

# David Rosenfeld em entrevista com *Revista da Sociedade Espanhola de Psicanálise*<sup>1</sup>



David Rosenfeld acompanhado pela filha em uma homenagem

---

<sup>1</sup> Entrevista concedida à Sociedade Psicanalítica de Barcelona. Publicada originalmente: Rosenfeld, D. (2018). *Temas de Psicoanálisis: Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/2018/01/28/entrevista-a-david-rosenfeld/>

David Rosenfeld, psiquiatra e psicanalista, se formou em Buenos Aires, Argentina. Mais tarde morou e trabalhou em Paris, Londres e Estados Unidos. É professor consultor na Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria, da Universidade de Buenos Aires. É psicanalista didata da Associação Psicanalítica de Buenos Aires. Foi vice-presidente da IPA (Associação Psicanalítica Internacional) e recebeu numerosos prêmios internacionais por seus trabalhos científicos.

Ao longo de sua carreira profissional, o doutor Rosenfeld se interessou pela pesquisa teórica clínica e pelo tratamento psicanalítico dos transtornos psicóticos e outros transtornos mentais severos. Em 1992, publicou *The psychothic aspects of the personality*, que em 2015 foi traduzido para o espanhol em uma edição revisada e ampliada, com o título de *Lo psicótico. Aspectos de la personalidad*.<sup>2</sup>

Agradecemos sua atenta e generosa disponibilidade ao responder a nossa entrevista para falarmos de seu pensamento e seu trabalho.

**Temas de Psicoanálisis (TDP)** – *Doutor Rosenfeld, conhecemos seu extenso currículo profissional, mas gostaríamos de saber alguma coisa da pessoa que acompanha o profissional. Poderia nos dar alguns detalhes biográficos?*

**David Rosenfeld** – Nasci em Buenos Aires, em um bairro com maioria de imigrantes onde se falava muito o italiano de Gênova, o italiano do sul da Itália e também um alemão muito antigo, que meus avós conservavam.

Depois fiz o ensino fundamental por vários anos numa pequena cidadezinha, na alta Cordilheira dos Andes, onde aprendi muitas coisas dos índios mapuches, da palavra que cura e da magia. Também vi, com meus próprios olhos, como uma cabra criava um bebê. A mãe mapuche estava fora o dia todo, e, quando a nenezinha chorava, a cabra entrava pela porta e lhe dava a teta. Quando a nenezinha estava satisfeita, a cabra se afastava para comer perto da choça construída com pedras. Imaginem o que desperta isto na mente de um menino que vinha da cidade como eu. Também aprendi o interesse pela história e a arqueologia, juntando em cavernas flechas pré-históricas, ossos de dinossauros e ostras pré-históricas petrificadas. Imagino que deve ter me influenciado a estudar a arqueologia da mente.

Fui o primeiro homem que nasceu de uma família de imigrantes que fugia da fome e da perseguição na Polônia. A família de meu pai é da Holanda e foi vender cacau na Polônia. Meus pais e meus avós foram mestres em saber como

---

<sup>2</sup> Lançado no Brasil em 1994, pela Editora Vozes, com o título de *O psicótico: aspectos da personalidade*.

ir em frente apesar dos contratempos da vida. Os russos invadiram a Polônia e mandaram meu avô para a Sibéria, mas mesmo assim ele estava sempre sorridente; meu pai, aos 16 anos, viajou sozinho para a Argentina. Nasci em uma família que estava próxima: os pais, os avós e dois tios, muito afetuosos e sempre em volta de mim, vivendo em uma casa extremamente humilde. O choque que significou a mudança para outra casa e me separar de avós e tios pode ser a origem de minha compreensão do que sofrem as crianças pequenas diante de pequenas separações.

**TDP** – *O senhor se formou em Buenos Aires e começou ali seu trabalho. Depois se mudou para Paris e posteriormente para os Estados Unidos. Poderia nos dizer o que motivou estas mudanças de residência?*

**David Rosenfeld** – Eu me formei em Buenos Aires em psiquiatria, como residente no Hospital Psiquiátrico. Ali aprendi que tudo o que se fazia jamais deveria se fazer. Descobri o horror de não falar com os pacientes, e os tratamentos aterrorizantes como o uso do Cardiasol e do Eletrochoque.

Mas também aprendi a não temer os quadros graves da psiquiatria. Meu estudo foi contrabalançado com aulas de psiquiatria dinâmica e psicologia dirigidas pelo professor Pichon Rivière, que nos fez incluir a família nos tratamentos. Ao mesmo tempo, eu mesmo comecei a fazer meu tratamento psicanalítico com meu salário da residência médica psiquiátrica.

Conseguir uma bolsa para estudar em Paris foi uma coisa que mudou minha vida. Tive sorte de encontrar os grandes professores da psicanálise francesa, que me receberam com os braços abertos, como Daniel Lagache, Lebovici, Diatkine, Laplanche, Pontalis; e tive, além disso, a oportunidade de continuar meus estudos de filosofia, que havia começado em Buenos Aires. E era, ainda, quase um sonho ir às aulas de Jean-Paul Sartre, em que estava Simone de Beauvoir, e depois ir à outra aula de Lévi-Strauss, brigando com as teorias de Sartre. Acho que foi uma época de ouro de Paris. Além disso, Paris tem uma história muito especial para mim, porque minha querida avó sempre me falava da irmã que morava lá.

Depois fiz os seminários psicanalíticos em Buenos Aires, mas comecei a viajar todos os anos para Londres, onde felizmente pude fazer supervisão e estar em alguns seminários com os grandes gênios da prática clínica e da prática e teoria com pacientes graves e/ou com episódios psicóticos. Tive a sorte de que todo o grupo que estava ligado a Melanie Klein recebesse a mim e a minha esposa com os braços abertos. Por mais de quinze anos, fomos durante mais de um mês fazer supervisão em Londres.

Estar em Londres com a criadora do método de observação do bebê e da mãe

foi outra coisa que mudou minha vida e meu pensamento psicanalítico. Depois fui estudar nos Estados Unidos. Morei em Nova Iorque por um tempo e aprendi que lá há grandes clínicos, mas que expressam os materiais clínicos em linguagens e idiomas teóricos diferentes. Pude estar com os admirados Otto Kernberg, Harold Searles e Bryce Boyer, mestres da clínica e teoria das psicoses esquizofrênicas e dos transtornos *borderline*. Também tive o prazer de dialogar semanalmente com Margaret Mahler. Todos eles me ensinaram a pensar que todo episódio psicótico pode ser algo transitório.

**TDP** – *Como acha que ter desenvolvido sua atividade profissional em diferentes países influenciou sua experiência e seu pensamento psicanalítico?*

**David Rosenfeld** – Descobri que tanto em Buenos Aires quanto em Paris, Londres e nos Estados Unidos há excelentes clínicos psicanalíticos, mas definem o mesmo fato clínico com palavras diferentes ou em linguagem teórica diferente. Sendo ainda muito jovem, descobri que brigavam nos congressos por palavras, mas que explicavam a mesma coisa. Isso me ajudou a não ser um fanático e a descobrir que definem fatos clínicos com palavras às vezes incompreensíveis.

**TDP** – *O senhor tem uma longa trajetória clínica e profissional. Da leitura de suas publicações se deduz uma influência da teoria kleiniana das relações de objeto, mas também a elaboração de teorias próprias, partindo da experiência clínica. Poderia nos dar sua opinião a respeito da integração entre teoria e experiência clínica?*

**David Rosenfeld** – Trato de utilizar o melhor de cada teoria, porque não há nenhuma teoria que explique todos os pacientes. Aprendi a não ser um fanático e a estar com um paciente, e não com um livro. Não acho que o analista que trata um paciente e interpreta como um livro esteja em contato emocional com seu paciente. Mas, respondendo à pergunta, a mistura de países, teorias e professores foi uma grande coqueteleira em minha cabeça, que levei muitos anos para ordenar muito lentamente.

O que eu acrescentei de forma pessoal foram minha curiosidade e meu bom senso, e isso não se aprende com os livros nem nos seminários psicanalíticos. Curiosidade e bom senso vêm de minha infância e de minha família, assim como acho que a capacidade de conter um paciente grave tem muito a ver com como me cuidaram e contiveram em minha infância.

Tratei de escrever modelos para explicar os pacientes que ia tratando;

o modelo epistemológico se cria ou se inventa para tentar explicar um tipo de paciente. Se servir para esse paciente e para muitos outros, poderei transformá-lo em uma teoria ao nível epistemológico. Sempre parto da experiência clínica para criar um modelo e uma teoria. O modelo se inventa e se cria por si mesmo.

**TDP** – *Os desenvolvimentos na investigação psicanalítica constataam que determinados grupos de pacientes esquizofrênicos e de outras patologias com transferências e mecanismos psicóticos (transtorno limítrofe, transtornos narcisistas, perversões, adições, transtornos dos impulsos e antissociais) podem se beneficiar de uma psicoterapia psicanalítica. Também há evidência acumulada nas últimas décadas de que a associação de intervenções psicossociais com os tratamentos biológicos é crucial para melhorar o prognóstico e avaliação da esquizofrenia. Em sua opinião, que lugar a psicoterapia psicanalítica ocupa no tratamento dos transtornos psicóticos?*

**David Rosenfeld** – Em princípio, penso que todo episódio psicótico é transitório. Trato de não petrificar um paciente e o diagnóstico não o chamando de esquizofrênico crônico desde a primeira entrevista. Penso que são episódios psicóticos na puberdade, na adolescência, na juventude, e em todos os meus livros podem se encontrar, de forma abundante e detalhada, sessões de pacientes que se curaram de episódios psicóticos na juventude. Todo paciente merece iniciar uma psicoterapia psicanalítica acompanhada ao mesmo tempo de uma medicação que o ajude a escutar o médico. Pensar desta maneira os episódios psicóticos em minha cátedra de psiquiatria na Universidade de Buenos Aires gerou violentas reações, contra minha forma de ensinar, de psiquiatras ancorados na Idade Média, quando lhes expliquei que ensinar a evolução infantil de zero a cinco anos era prevenção da psicose.

**TDP** – *E, em sua opinião, quais seriam os critérios psicopatológicos e de outro tipo – momento do processo do transtorno, fatores psicossociais e familiares, etc. – para deduzir a analisabilidade de um paciente com um transtorno psicótico?*

**David Rosenfeld** – Primeiro é preciso pensar que todo paciente é analisável e curável, e não ser um papagaio que repete livros escritos por gente que nunca teve experiência real como psicoterapeuta psicanalista com pacientes em episódios psicóticos. É preciso pensar que todo paciente pode mudar ao longo do tratamento, que não há nada rígido: tudo é instável e mutável.

Todo episódio psicótico pode ser transitório, e é necessário combinar a

psicoterapia individual com a psicoterapia familiar, assim como a instituição psicossocial quando é necessária a internação. É dessa forma que escrevo e descrevo os tratamentos em todos os meus livros dedicados ao tratamento de pacientes psicóticos, drogadição e psicose infantil. Sempre me guiou a atitude de meus professores dando a entender que é possível a transferência em pacientes psicóticos, que é possível trabalhar, melhorar e curar uma criança autista, coisa que consegui demonstrar em meu livro *The Creation of the Self and Language*.<sup>3</sup> No filme incluído neste livro, mostra-se um menino desenganado por seis hospitais, a quem consigo recriar a estrutura da linguagem, de sua mente, e se demonstra que agora é um menino normal, frequentando a escola fundamental. Se não tivesse filmado sessão por sessão, o público nunca teria acreditado que o autismo infantil pode ser curado. Sempre lembro a frase de Freud quando diz que, mesmo em um estado de alucinação crônica, que é como se chamava antes a esquizofrenia, “*in some corner of the mind there is a healthy person hidden* (em algum canto da mente, há uma pessoa saudável escondida)”.

**TDP** – *O que pode nos dizer sobre o enquadramento necessário para possibilitar o tratamento psicanalítico?*

**David Rosenfeld** – O enquadramento não existe, o enquadramento vai se criando ao longo dos anos; o que se faz no começo do tratamento com um paciente é um contrato. E um contrato não tem nada a ver com a vivência emocional dentro da mente de um paciente de sentir que há um dia e uma hora fixa para estar com seu terapeuta. Leva muitos meses até que o paciente sinta em seu mundo interno que tem esse dia e essa hora para ele. Quanto ao enquadramento, eu utilizo cinquenta minutos mantidos na mesma hora, no mesmo dia, mesmo com pacientes internados, como por exemplo no caso do paciente dependente de drogas, no capítulo do livro *The Soul, the mind and the psychoanalyst*, publicado por Karnac Books. Não é habitual que um paciente muito grave aceite estar no divã.

O enquadramento é uma criação dialética entre o paciente e o terapeuta. Assim o filósofo Jean-Paul Sartre nos ensinou a respeito da palavra liberdade. A liberdade é uma palavra que vai se criando dialeticamente ao longo do tempo.

**TDP** – *Poderia falar, para nossos leitores, de sua contribuição para o conceito de transferência psicótica?*

**David Rosenfeld** – Chamamos de transferência psicótica as experiências

---

<sup>3</sup> Nota da RT: Não editado em português.

transferenciais intensas, primitivas, que acontecem com pacientes durante as sessões. É sempre uma regressão intensa, e principalmente *o convencimento absoluto da concepção psicótica da relação intensa ou agressiva com o psicanalista*. Por isso, alguns também chamam de transferência delirante. O conceito transferência psicótica é um modelo que usamos para descobrir uma relação com o analista de experiências muito intensas, primitivas e indiferenciadas, constituídas sobre objetos parciais. Meus professores e supervisores em Londres me ensinaram que em toda análise acontece, em algum momento, um momento de transferência delirante ou transferência psicótica. Também me baseio em Freud quando diz que mesmo nos casos mais graves a que os psiquiatras atendem às vezes a transferência não fica excluída tão completamente, que não possa ser utilizada durante algum tempo. Nas depressões psíquicas, nas modificações paranoicas leves e na esquizofrenia, conseguimos resultados inequívocos mediante a análise. É importante voltar a estudar e reler um dos últimos trabalhos de Freud, “Análise terminável e interminável”, para poder responder à pergunta de vocês. Pode-se ler em monografias da Associação Psicanalítica Internacional – Monografia Número 1: *Análise terminável e interminável* –, em que há uma excelente tradução do alemão, com comentários de cinco psicanalistas. Este volume foi doado a todas as associações psicanalíticas.

**TDP** – *Em seus escritos, o senhor afirma a importância da compreensão e contenção da transferência e contratransferência para dar significado e interpretar os sintomas psicóticos. Pode nos falar sobre essa questão?*

**David Rosenfeld** – A contratransferência é o futuro da investigação dos pacientes severamente perturbados ou com episódios psicóticos. O paciente nos obriga a sentir emoções muito intensas da época em que ainda não tinha palavras para expressá-las. As emoções que um psicanalista recebe em sessão se chamam contratransferência, mas o que a gente sente precisa ser escrito e levado a uma supervisão, nunca despejado sobre um paciente. É preciso saber conter contratransferências e emoções intensas que os pacientes nos fazem sentir. Às vezes são mecanismos dos quais conhecemos muito pouco, como pode ser a estrutura semântica da linguagem, a sintaxe, o uso de verbos imperativos, a estilística da linguagem, a música da voz ou os gritos ou o cheiro ou o mau cheiro com que um paciente pode vir. E também os silêncios. Não existe a não comunicação. Por isso, é importante levar tudo para a supervisão ou para o próprio analista pessoal do terapeuta. É importante esclarecer que tivemos a sorte em Buenos Aires de receber o primeiro livro dedicado à contratransferência no mundo. Foi escrito

por Heinrich Racker e influenciou muito toda a escola da Argentina na questão da contratransferência.

**TDP** – *Em sua opinião, quais as condições necessárias de enquadramento interno e externo para poder conter fenômenos transferenciais e contratransferenciais tão difíceis?*

**David Rosenfeld** – A capacidade de contenção que um psicanalista deve ter. São sempre necessárias a supervisão e a análise pessoal. A firmeza do enquadramento ajuda o paciente a perceber a firmeza e solidez do terapeuta. Como diz um poeta, “caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao andar”.

**TDP** – *Devido à necessidade que esses pacientes têm de tratamentos multidisciplinares e de institucionalização em muitos momentos de seu processo, quais são, em sua opinião, as condições necessárias de integração multidisciplinar e de dinâmica institucional que permitem a compreensão e terapia psicanalítica?*

**David Rosenfeld** – No caso de internação psiquiátrica, é necessário coordenar com o encarregado da medicação, o psicoterapeuta da família, e poder estar em um hospital psiquiátrico que permita ao psicanalista trabalhar. O hospital e seus dirigentes são os que me devolvem o que acontece com um paciente quando eu não estou com ele. Conseguir a compreensão da dinâmica mental é a tarefa do psicanalista com a ajuda de toda uma equipe em torno do paciente. É imprescindível o tratamento da família como grupo, que é de onde surge a doença mental do paciente.

**TDP** – *Pode nos falar de como e quando é possível estabelecer uma aliança terapêutica com a parte saudável ou neurótica do paciente psicótico?*

**David Rosenfeld** – Chega-se a uma aliança terapêutica ao longo dos anos, e é necessário que o psicoterapeuta tenha a capacidade de tolerar durante longos anos que os terrores e ódios permitam se alimentar e receber alguma coisa do psicanalista. É importante a serenidade do psicanalista, o tom de voz cálido, o uso das palavras, a linguística, e principalmente não ser uma máquina de interpretar. Repito, não ser uma máquina de interpretar: ser antes um analista que pergunta, e na pergunta inclui uma compreensão da mente do paciente.

**TDP** – *Continuando com a técnica, como entende o manejo da interpretação*

*– conteúdo, estilo, momento – no caso do paciente psicótico? O que pode nos dizer, ainda, sobre a compreensão e o manejo das reações terapêuticas negativas nestes pacientes?*

**David Rosenfeld** – Todo paciente tem em algum momento uma reação negativa de violência contra o terapeuta, e temos de estar preparados, esperar por isto. Não acho que seja a teoria da inveja o que explica a reação terapêutica negativa. Às vezes são as interpretações malfeitas do psicanalista. E às vezes a violência é a forma de este paciente mostrar, na sessão, como foi maltratado em sua infância.

O manejo técnico é anotar o que a gente sente e levar à supervisão e ao seu próprio analista. Com esta resposta quero dizer que não se pode responder a esta pergunta feita por vocês de uma forma genérica.

**TDP** – *Pode nos explicar sua teoria do “encapsulamento autista defensivo” e de que situações clínicas deriva? Como diferencia este tipo de encapsulamento autista de outros tipos de autismo?*

**David Rosenfeld** – No encapsulamento, há uma preservação de identificações e afetos primitivos, que depois são encontrados bastante preservados na adultez. Sugiro, como modelo explicativo, que há uma interação dialética entre dois sistemas: um busca encapsular (o que não quer dizer dissociação, mas preservação) e assim se blindar; o outro perde – apesar de tudo – valiosas identificações por efeito do terror. De um polo ao outro destes dois mecanismos, vai se desenvolvendo o drama interno.

No encapsulamento há uma preservação de identificações primitivas, vínculos afetivos e o idioma da infância que depois são encontrados bem preservados na adultez. Por exemplo, o idioma italiano em um paciente e o idioma alemão em outra paciente que haviam fugido da perseguição nazista, que começam a falar em italiano e em alemão em uma sessão sem se darem conta.

O encapsulamento se abre de repente e não provoca confusão. Em troca, o retorno de aspectos dissociados e projetados, sempre na clínica, provoca confusão mental. No caso de pacientes cujos familiares foram assassinados ou desapareceram durante a ditadura militar argentina, usando a teoria do encapsulamento autista conseguimos recuperar as canções infantis dos primeiros anos de vida que aparecem bem preservadas em uma cápsula, em um encapsulamento. E assim também às vezes aparece bem preservado o idioma da infância que parecia ter desaparecido.

O encapsulamento autista é uma teoria ou um modelo para explicar como podem se preservar em uma cápsula fechada por poderosos mecanismos autistas

os vínculos mais valiosos da infância. E isso não é dissociação, é encapsulamento. Na prática clínica, sabe-se que a diferença está em que o encapsulado e guardado aparece subitamente em uma sessão, e o paciente continua falando, sem se dar conta, em seu idioma infantil que pensava ter perdido.

Um exemplo é o paciente que foge do nazismo na Alemanha e diz que não lembra mais o idioma de sua infância; e subitamente fala em alemão na sessão de análise e pode cantar canções de ninar infantis nesse idioma.

Outro exemplo é a história que relato no capítulo do meu livro *El alma, la mente y el psicoanalista*, em que mostro como se abre a cápsula autista. Trata-se de um jovem paciente cujos pais desapareceram quando ele tinha um ano e meio, na repressão da ditadura argentina. Em uma sessão de análise, reapareceram de modo súbito canções de ninar de sua infância. Nós dois, ele e eu, cantamos juntos essas canções. Assim, recuperaram-se a música e os vínculos afetivos que ele perdeu com um ano e meio. Outro exemplo é o paciente que recuperou o nome próprio da infância que não era Mario, mas Moshe. Repito, no encapsulamento não acontece como na dissociação ou cisão (*splitting*), que costuma provocar estados de confusão quando os aspectos previamente dissociados retornam ao *self*. Esta é a diferença clínica.

O encapsulamento autista tem a finalidade de preservar vínculos em uma parte da mente, e pode se abrir se há um analista que o possa conter. Esta teoria foi desenvolvida a partir de tratamentos de pacientes torturados, pacientes que fugiram do nazismo da Europa ou de campos de concentração, e foi publicada em catalão na *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, da Sociedade Espanhola de Psicanálise. O título do trabalho é *11 de Septiembre, dictadura militar*.

**TDP** – *Partindo da investigação clínica com pacientes psicóticos, dependentes de drogas e psicossomáticos, o senhor desenvolve o conceito teórico de “imagem corporal primitiva”. Poderia detalhar para nós esta teoria e sua expressão na clínica, assim como sua utilidade no manejo terapêutico destes pacientes?*

**David Rosenfeld** – É uma imagem corporal psicótica. Como acontece sempre, são os pacientes que me ensinam. Eu só botei o nome para criar um modelo epistemológico que pode ser útil para um paciente ou para muitos outros. É a concepção em momentos de desarme mental, em que transmitem o desarme, liquefação e desaparecimento do ego mental, e o expressam através de uma imagem corporal. Repito, expressam a falta de solidez mental transmitindo uma fantasia

imaginada do corpo, que não é sólida ou que é líquida ou transparente. O que eu faço tecnicamente é pensar estas fantasias acerca das imagens do corpo como transmissões do estado mental de um paciente.

Vocês tiveram a gentileza de fazer um comentário sobre meu novo livro em espanhol publicado no número 14 de *Temas de Psicoanálisis: Lo psicótico*. Ali descrevo fantasias da imagem corporal de um paciente que acredita que não tem sangue, outro que ficou sem sangue e outro que acha que é apenas um saco de sangue sem ossos, sem nada sólido, sem solidez interna, sem solidez do ego. Estes pacientes transmitem, através de fantasias do corpo, o estado mental.

**TDP** – *Já entrando no campo da psicossomática e dos transtornos por adição de substâncias, quais são suas experiências e seus critérios de indicação de psicoterapia psicanalítica para estes pacientes?*

**David Rosenfeld** – Em todos os casos de transtornos psicossomáticos e transtornos por adição química ou adição por computadores é útil começar uma terapia psicanalítica.

Eu sempre penso que todos os casos são modificáveis, e isso se demonstra no caso de um paciente viciado em drogas que começa um tratamento aos 34 anos, ou no caso do jovem com adição por computadores que teria terminado sua vida num hospital de tipo medieval.

É importante sublinhar, mais uma vez, que a parte psicótica da personalidade às vezes está expressa nos quadros psicossomáticos e nas adições. Nos casos de psicoses e fragmentação, a percepção do problema não está na mente do paciente: foi expulsa e projetada em outros espaços, em outras mentes alheias, ou em objetos ou no próprio corpo, como é o caso do paciente psicossomático. Em todo caso, “psicossomático” é o que não tem palavra e linguagem para expressar suas vivências e conflitos em palavras.

**TDP** – *Quanto à relação intersubjetiva com pacientes psicóticos e com outros transtornos mentais severos, pode nos falar do manejo e contenção das emoções de paciente e terapeuta? Como transitar dos movimentos de aproximação empática ao distanciamento com perspectiva?*

**David Rosenfeld** – É uma pergunta difícil de responder de forma genérica, como conceito e resposta genérica. Depende do paciente, do momento do tratamento e do estado emocional do terapeuta. Insisto de novo: primeiro, ter capacidade de escutar em silêncio, anotar a contratransferência e levar em conta as emoções que

o psicanalista sente como mensagens silenciosas que um paciente perto de suas emoções e terrores nos obriga a sentir. Tratar sempre de perguntar, em vez de ser uma máquina de interpretar, e saber escutar como um ser humano.

**TDP** – *No tratamento dos pacientes psicóticos ou com outras patologias severas, o senhor conseguiu combinar o rigor com a abertura e a flexibilidade. Acha que este pode ser um dos caminhos que leva ao progresso na psicanálise?*

**David Rosenfeld** – No tratamento de pacientes severamente perturbados, é preciso ter a mente aberta para escutar, e não repetir livros, não recitar livros ao paciente. Muitas vezes estamos falando, batendo papo com um paciente; e, somente quando entendo, faço uma interpretação, com sutileza, afeto e pouca insistência. Imagino que, quando perguntam pela flexibilidade, querem dizer que o importante é o que acontece na mente do psicanalista: psicanálise é pensar na transferência, no mundo interno do paciente e no mundo infantil do paciente, além do que faz a nós, os terapeutas, sentir. A psicanálise não está no divã ou num móvel, a psicanálise está na mente do terapeuta.

**TDP** – *E, para terminar, doutor Rosenfeld: a partir de sua extensa experiência como psicanalista, como o senhor vê o futuro da psicanálise?*

**David Rosenfeld** – Penso que a psicanálise progrediu com aqueles que se animaram a tratar de casos que não haviam sido tratados no passado ou que nunca existiram anteriormente. Ao se tratar um paciente dependente de drogas sete dias por semana e internado, descobrem-se coisas que antes não conhecíamos com tal profundidade. Na época de Freud, não existiam as adições por computadores e videogames. Ou também as novas teorias sobre o autismo, porque eu pessoalmente atendi crianças autistas durante onze anos sem interrupção, o que me permitiu criar novos modelos e novas teorias.

Nos países que visitei, vi um grande entusiasmo por estudar psicanálise e seguir a carreira psicanalítica. O entusiasmo dos alunos da Turquia, Ucrânia, Armênia e vários países latino-americanos pela psicanálise foi para mim uma tremenda surpresa. É muito agradável ver tantos alunos interessados em estudar psicanálise e iniciar uma carreira como psicanalistas.

A psicanálise é uma ciência de transmissão de pessoa para pessoa. Entre paciente-terapeuta, supervisor-terapeuta e professor-aluno. E não basta somente ler nos livros e na internet. Tem que ser um diálogo de perguntas e respostas. E

ter o mais básico para ser psicanalista, que, como disse antes, vem da infância e é a curiosidade e o bom senso.

**TDP** – *Muito obrigado, doutor Rosenfeld, por esta entrevista.*

**David Rosenfeld** – Obrigado a vocês. □

Recebido em 12/09/2018

Aceito em 26/09/2018

Tradução de **Ernani Ssó**

Revisão gramatical de **Ellen Garber**

Revisão técnica de **Paulo Oscar Teitelbaum**

**David Rosenfeld**

Billinghurst 1451, 9º “A”

1425 Buenos Aires – Argentina

e-mail: [rosenfeld236@gmail.com](mailto:rosenfeld236@gmail.com)

© *Temas de Psicoanálisis: Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis*

Versão em português *Revista de Psicanálise* – SPPA