

Da pulsão à relação: o nascimento do psicoterapeuta¹

Hélder Chambel²

PsiRelacional, Lisboa, Portugal

Ser psicoterapeuta é um desafio permanente. A psicoterapia é uma experiência relacional e emocional intensa. Não temos consciência de tudo o que acontece na relação terapêutica. O estudo da teoria psicanalítica, a nossa experiência de vida, a nossa análise e supervisões dão-nos um enquadramento para tentar compreender a experiência relacional terapêutica. Neste encontro de *matrizes relacionais* o psicoterapeuta define uma atitude relacional derivada da sua subjectividade. Uma das dimensões dessa subjectividade, talvez a mais fácil de pensar, é a sua inspiração teórica. Identificam-se atitudes relacionais do psicoterapeuta derivadas da teoria psicanalítica e evidenciam-se as suas implicações clínicas.

Palabras clave: psicoterapia; relação terapêutica; psicanálise relacional.

Being a psychotherapist is a permanent challenge. Psychotherapy is an intense relational and emotional experience. We are not aware of everything that happens in the therapeutic relationship. The study of psychoanalytic theory, our experience of life, our analysis and supervisions give us a framework to try to understand the therapeutic relational experience. In this encounter of *relational matrices*, the psychotherapist defines a relational attitude derived from his subjectivity. One of the dimensions of this subjectivity, perhaps the easiest to think, is his theoretical inspiration. We identify the relational attitudes of the psychotherapist derived from the psychoanalytic theory and evidence of its clinical implications.

Key Words: psychotherapy; therapeutic relationship; relational psychoanalysis.

English Title: From the drive to the relationship. The birth of the psychotherapist.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Chambel, H. (2019). Da pulsão à relação: o nascimento do psicoterapeuta. *Clínica e Investigación Relacional*, 13 (1): cix-cxxxiii. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2019.130108 [v.castellana]

¹ Versão revista da comunicação “O nascimento do psicoterapeuta: de objecto a outro relacional, da teoria pulsional à psicanálise relacional” apresentada nas II Jornadas PsiRelacional: O Nascimento da Mãe. Lisboa, 18 de Maio de 2018.

² Psicólogo Clínico, Membro Efectivo da Associação de Psicanálise Relacional. helderchambel@gmail.com

"Eu sou porque tu és"

"Só posso ser através das outras pessoas"

Da filosofia Africana Ubuntu

Ser psicoterapeuta é um desafio permanente, como diz Thomas Ogden (2010), a psicanálise é uma experiência emocional vivida, como tal não pode ser registada, explicada ou contada, muitas vezes não pode mesmo ser compreendida. O encontro terapêutico convoca dimensões humanas pré-verbais onde as palavras são curtas demais para descrever a multiplicidade de acontecimentos que se entrelaçam entre psicoterapeuta e paciente. Não é possível, para além do óbvio, ter uma verdade absoluta sobre a dinâmica relacional, sobre a nossa subjetividade nem sobre a subjetividade do paciente. Navegamos num território complexo onde, em verdade, não temos consciência de muito do que acontece.

No entanto não se trata de navegar à deriva, temos as nossas bússolas, um conjunto de princípios organizadores que permitem pensar a relação terapêutica. Temos a nossa experiência de vida num determinado tempo social e cultural, um tempo constituinte da nossa subjetividade. Na minha subjetividade, encontro uma certa maneira de ser e estar constituída com as minhas relações significativas, encontro a minha análise, as supervisões que fiz, o estudo da teoria psicanalítica. É deste universo, da equação infinita entre todas as dimensões conscientes e inconscientes da minha subjetividade, que resulta a resposta que penso ser a melhor para ajudar o paciente, e para cada paciente a resposta é diferente, visto que também resulta da articulação da minha subjetividade com outra subjectividade.

Se quiser analisar isoladamente as dimensões constituintes das minhas respostas terapêuticas, e não creio que isso seja possível, por exemplo a leitura que faço das teorias psicanalíticas é influenciada por outras dimensões da minha subjectividade, mas se o quiser fazer como forma de pensar, o mais simples de isolar é a teoria psicanalítica que me serve de referência. É isso que vou tentar fazer, identificar na teoria psicanalítica fundamentos para as atitudes relacionais do psicoterapeuta.

Esta análise parte de três autores: Freud, Ferenczi e Winnicott, articulados com autores da psicanálise relacional. Destaco três orientações teóricas que fundamentam as atitudes relacionais do psicoterapeuta, uma dimensão de psicoterapeuta objeto da pulsão do paciente, ideia Freudiana, outra dimensão de psicoterapeuta que repara uma falha ambiental, aprofundada por Winnicott, e uma ideia de psicoterapeuta enquanto outro relacional provido de subjectividade e relacionalidade trabalhada por autores da psicanálise

intersubjectiva e relacional. Sei que é coisa redutora, que deixa de lado perspectivas diferentes e intermédias, mas pode ser organizador, pelo menos para mim.

I

Pensemos a ideia de uma dimensão de terapeuta objecto. No tempo inicial da psicanálise (Freud, 1893, 1894, 1895a, 1896a) a ideia é que há um incidente que provoca os sintomas histéricos, um abuso sexual do adulto à criança, este traumatismo age como um corpo estranho ao paciente na medida em que não tem lembrança dele, uma parte do consciente, constituído por afetos penosos é dissociado. A lembrança do acontecimento gera angústia e por isso é recalçada, na leitura de Freud a lembrança tem um *quantum* afetivo que precisa de ser descarregado. Supõe a existência de um sistema do tipo hidráulico em que as energias psíquicas procuram uma homeostase, a emoção associada à representação do trauma é mais do que o sistema tolera e dá-se, no caso da histeria, uma conversão somática, a energia psíquica é transposta para o corpo, é o retorno do recalçado sob a forma de sintoma.

O método clínico inicial é consciencializar o trauma, primeiro com o método catárquico sob hipnose, na ideia de descarregar a energia do trauma através da verbalização, depois com a associação livre de ideias conjugada com a interpretação, acredita Freud que é possível deduzir do discurso das pacientes o trauma original e que é possível torná-lo consciente através da interpretação (Freud 1904).

Num segundo tempo teórico Freud deixa de acreditar na *teoria da sedução* (carta a Fliess, 21/09/1897). Conclui que o que as histéricas contavam não eram factos, eram fantasias, nasce a ideia de realidade psíquica, a psicanálise, num movimento de *não foi um acontecimento foi a fantasia desse acontecimento* deixa o factor externo como origem da psicopatologia para segundo plano e centra-se no intrapsíquico e no desejo inconsciente.

Na *Interpretação dos Sonhos* (1900) Freud apresenta um aparelho psíquico com diferentes instancias em conflito, o desejo inconsciente quer irromper para a consciência, a censura não autoriza porque o desejo entra em conflito com as ideias morais e gera angústia, dá-se uma negociação, o desejo só pode aceder à consciência disfarçado de forma a não provocar angústia. A consciência transforma-se num baile de máscaras em que por processos como o deslocamento, a condensação ou o simbolismo, o que é não é, a verdade não está na palavra do paciente está no seu inconsciente. *O Homem não é senhor de si*, disse Freud. Os sonhos, os actos falhados e os sintomas são explicados nesta dinâmica.

A teoria da sexualidade (1905) concretiza o conteúdo do inconsciente, a fantasia inconsciente está relacionada com o desenvolvimento psicosexual de onde sobressai a ideia do Complexo de Édipo e de *pulsão*, fonte da *libido* que dinamiza o investimento no objeto.

Depois de fundamentada e estabilizada a teoria no conflito intrapsíquico, e na sequência da apresentação de casos clínicos ilustrativos (Dora, 1905; Hans e Homem dos Ratos, 1909; Leonardo da Vinci, 1910; Schreber, 1911), Freud escreve vários textos sobre recomendações técnicas (Freud 1912, 1912b, 1913, 1914a, 1915) que se tornaram a base das regras técnicas posteriormente desenvolvidas e minuciosamente apresentadas em manuais técnicos, por exemplo Sandler (1973) ou Etchegoyen (1986), aspiração a que Freud, depois de demonstrar essa vontade, renunciou (Quinodoz, 2007).

O segundo movimento teórico de Freud, centrado na dinâmica intrapsíquica, tem consequências técnicas. A ideia deixa de ser consciencializar o trauma originário e passa a ser consciencializar o desejo inconsciente de forma a estabelecer novos equilíbrios na estrutura da mente do paciente. A teoria sexual fundamenta a interpretação que torna consciente o inconsciente e permite a cura.

Quando o paciente não aceita a interpretação Freud acha que se trata de resistência do paciente, veja-se o texto *A Negativa* (1925), em que afirma que é exatamente a negação de uma interpretação que a confirma, nesta leitura a psicanálise passa a ser a aplicação técnica de uma teoria ao paciente.

Neste contexto Freud centra-se na ideia de transferência e considera que os pacientes actualizam na relação com o analista o investimento libidinal e agressivo originariamente dirigido aos pais na infância, o que se torna um problema. A cura psicanalítica é feita pela consciencialização do inconsciente, a deriva libidinal para um investimento no analista impede a associação livre e a interpretação. A transferência é no entanto logo vista como uma vantagem terapêutica na medida em que a sua interpretação a consciencializa e dissolve (Freud, 1912a).

Neste enquadramento Freud conclui sobre a posição relacional do analista. O analista deve-se reger pela regra da abstinência, não gratificar os impulsos libidinais do paciente para não acentuar a transferência, o relacionamento com o paciente teria de se restringir ao período de análise. A regra da neutralidade exige que o analista seja neutro em relação a opiniões ou juízos, remete para o anonimato, o paciente não deve saber nada do analista. Tudo isto com o objetivo de não interferir nas associações livres e interpretações e de se afastar da ideia de *sugestão* do analista.

Em relação à contratransferência, Freud considera que o analista não deve sentir nada pelo paciente, compara a análise a uma cirurgia onde os afectos devem ficar de fora da mente do médico. A técnica deriva da teoria pulsional, do complexo de Édipo e da análise da transferência. É aqui que o psicoterapeuta objeto se mostra, um cirurgião desprovido de afecto que torna consciente o inconsciente do paciente.

Na passagem de um inconsciente de traumas recalcados para um inconsciente de desejo Edipiano, o papel do outro relacional muda radicalmente, de agente psicopatizante passa a alvo da pulsão ficando desprovido de subjetividade e relacionalidade. Como diz Mitchell (1998) embora a articulação com o externo não seja negada, por exemplo através de identificações, introjecções e projecções, a centralidade da teoria pulsional está no conflito intrapsíquico

Freud recomenda a retirada afectiva do espaço analítico. Resta saber se é possível. Talvez Freud, ainda que constituindo uma subjectividade para o sujeito da qual deriva o sintoma, coisa revolucionária para a altura, fique refém de uma biologia determinista e da ciência positivista, respeitoso lugar onde imaginava a psicanálise.

Muitos autores contemporâneos (Aron, 1996; Mitchell, 1997; Stolorow e Atwood, 2013) consideram a retirada relacional e emocional do analista do espaço terapêutico uma impossibilidade comunicativa, um *mito psicanalítico*. Consideram a metapsicologia Freudiana reducionista e mecanicista, um *racionalismo cartesiano* numa dinâmica alimentada pela pulsão que desvaloriza o contexto e o outro relacional na constituição e na transformação da pessoa. Freud fundamenta-se no mito da *mente isolada*, na psicologia de uma pessoa só. É a aceitação da possibilidade da *mente isolada* que permite a Freud fundamentar as regras técnicas e a retirada afectiva do analista da relação terapêutica (Atwood & Stolorow, 1992; Stolorow, Orange & Atwood, 2012).

Vale a pena lembrar a mudança de paradigma científico que ocorre nas ciências em geral. No tempo de Freud o positivismo era a resposta racional e objectiva às explicações pelo divino, entretanto a ciência complexificou-se. Hoje a verdade é relativa e contextual, falamos de sistemas abertos, complexos e não lineares onde o observador faz parte da observação. A biologia, a neurologia e a genética dão muito mais importância à dialética com o contexto e às emoções na constituição da mente. A teoria da ciência pós-moderna parece acompanhar a mudança de paradigma que os autores relacionais introduzem na psicanálise (Coderch 2010, 2012, 2014; Martínez Ibáñez, 2017). A mente que era vista como derivada de um conjunto de estruturas pré-determinadas no individuo é agora vista como emergente da interação da biologia com o meio, nesse sentido é um produto social (Mitchell, 1998).

É interessante reparar que muitos das nossas atitudes e comportamentos em psicoterapia, hoje, resultam das regras técnicas definidas por Freud, fundamentadas pela teoria pulsional e pela possibilidade de um psicoterapeuta *tela em branco*.

No tempo inicial da psicanálise Ferenczi foi o único dos *discípulos* de Freud que, mantendo-se no movimento psicanalítico, questionou a técnica psicanalítica. A partir de 1921 iniciou uma série de experiências terapêuticas, escreveu um conjunto de textos e um Diário Clínico guardado por Balint e publicado apenas em 1985. Nestes textos Ferenczi critica a técnica psicanalítica chamando para primeiro plano terapêutico, o ambiente, o trauma, a relação e a afectividade. O Diário Clínico e a história da sua publicação tardia diz muito sobre a relação entre Freud e Ferenczi no final a vida de Ferenczi. Aron e Harris descrevem esta comovente história em *The Legacy of Sandor Ferenczi* (1993). Aron (1996) considera que a publicação do Diário serviu de ancoragem histórica para os autores que trabalhavam nos conceitos relacionais e demonstra que a discussão teórico-clínica mantida entre Freud e Ferenczi se viria a transformar no pano de fundo das controvérsias psicanalíticas do futuro.

Em *A Criança e a sua Pulsão de Morte* (1929) Ferenczi diz que quando a criança nasce num ambiente onde não é acolhida com amor e proteção percebe, consciente ou inconscientemente, a rejeição e torna-se desconfiada e pessimista, perde a vontade de viver, pode mesmo adoecer e morrer. Diz-nos Ferenczi que são sempre conflitos com o mundo exterior que traumatizam e criam direções psicopatológicas no desenvolvimento. Nesta ideia volta à primeira teoria de Freud, o meio passa a agente na constituição psíquica. Em termos terapêuticos diz que aquilo de que os neuróticos precisam é que os deixemos, pela primeira vez, desfrutar de uma infância normal. Ferenczi pretende constituir-se como a figura parental instigadora da saúde mental que o paciente não teve. A técnica adapta-se às necessidades do paciente, é elástica, e as necessidades são de afeto e compreensão. Ferenczi pretende *sentir com* e nesta sintonia perceber quando e de que forma deve dizer alguma coisa, chamou este movimento de tacto psicológico.

Em *Confusão de Línguas entre Crianças e Adultos* (1933) faz uma crítica ao que chama de hipocrisia psicanalítica e defende a sinceridade, a honestidade e a afetividade no processo terapêutico. Considera o trauma como fundamental na constituição psíquica. Analisa o trauma desestruturante a partir da confusão de linguagens entre a ternura da criança e a sexualidade do adulto e diz que a técnica analítica repete o mecanismo do trauma. Actua como o *desmentido traumático* na medida em que a vivência traumática verbalizada pelo paciente é interpretada como fantasia pulsional. O analista funciona como o adulto que desmente o sentir da criança ao mesmo tempo que a culpa e desculpabiliza o agressor, obrigando a criança a *enterrar viva* parte de si. Diz ainda que a postura do analista, fria,

distante, indiferente e desconfiada do investimento libidinal ou agressivo do paciente, derivada das regras de abstinência, anonimato e neutralidade, criam um ambiente em tudo semelhante aos ambientes traumáticos.

Neste ambiente o analista coloca-se numa relação de mestre/discípulo que infantiliza o paciente, diz Ferenczi que o analista vagueia por cima do paciente como uma divindade não percebendo que grande parte da transferência erótica ou agressiva é provocada exactamente por esta postura do analista. De modo a agradar ao analista, o paciente, terá de negar o seu sentir e *enterrar viva* uma parte de si passando a funcionar em função do desejo do analista. Diz na nota de 12 de Junho do Diário Clínico: "*os pacientes testam até onde o analista é capaz de os aceitar como eles são ou até que ponto se tem de moldar ao desejo do analista para serem aceites*". Considera ainda que os pacientes percebem o inconsciente dos analistas e agem em função disso.

Ferenczi propõe uma técnica regressiva e maternal, onde predomina a interação, o infra-verbal, o *sentir com*, ambiente que deve permitir ao analista entrar em contacto com a criança traumatizada que há no paciente. No seu entender os resultados da psicanálise não se dão pela consciencialização da verdade inconsciente mas sim pela revivência emocional de situações traumáticas no aqui e agora terapêutico. As notas de 4 e 17 de agosto do Diário Clínico são interessantes, Ferenczi diz que não são só os pacientes que projetam o seu mundo interno para a relação analítica também os psicanalistas projetam o seu mundo interno para os pacientes. Esta é a ideia de Aron (1996) que numa perspectiva relacional diz que a interpretação do analista diz mais sobre o mundo interno do analista que do paciente.

Freud discordava de Ferenczi, diz-lhe na carta de 02/10/1932 "*Não queria perder a esperança de que viria a reconhecer a inexatidão técnica das suas conclusões, já não acredito que se corrija como eu me corriji há uma geração atrás*". Ferenczi morreria pouco depois. Quando Freud escreveu que seria impossível a psicanálise esquecer-lo, parecia adivinhar o que se preparava para acontecer, durante mais de 40 anos a psicanálise esqueceu Ferenczi. Mas mesmo *enterrado vivo* Ferenczi não morreu, vários autores inspirados em Ferenczi foram fazendo o seu caminho. A crítica de Ferenczi era devastadora, mas o certo é que o externo e a relação primária fariam história nas décadas seguintes e Ferenczi é considerado um precursor dos avanços em psicanálise.

Greenberg & Michell (1983) e Ávila Espada (2013) explicam a reatualização das ideias de Ferenczi por duas vias, pela Sociedade Britânica (escola das relações de objecto e grupo dos independentes) e pela escola das Relações Interpessoais Norte-Americana.

Em relação às teorias interpessoais Norte-Americanas, Ferenczi é uma pedra angular na origem da tradição interpessoal, principalmente através de Clara Thompson, que

conjuntamente com Erich Fromm e Harry Sullivan, fundaram nos anos 40 o William Alanson White Institute onde o valor das relações interpessoais era central e os textos de Ferenczi objecto de culto. A escola das Relações Interpessoais dava importância aos aspectos sociais e culturais na formação do sujeito. É deste contexto que vai surgir a ideia de psicanálise relacional, Mitchel e Greenberg formaram-se exatamente no William Alanson White Institute e foi ali que pensaram escrever o livro *As Relações de Objeto na Teoria Psicanalítica* (1983). Para muitos foi a peça chave da mudança paradigmática que se opera na psicanálise durante os anos 80.

O livro é um estudo comparativo de escolas psicanalíticas que define uma linha divisória entre um modelo relacional e o modelo pulsional. A perspectiva relacional, neste primeiro momento, é o conjunto de teorias que não negando o intrapsíquico dizem que ele é construído numa dialética com os outros, por oposição paradigmática ao modelo pulsional em que o outro é principalmente objeto da pulsão.

Em relação grupo dos independentes da Sociedade Britânica, Balint, muito próximo de Ferenczi, foi viver para Londres em 1939 e estabeleceu uma ponte entre Ferenczi e o grupo dos independentes, recorde-se que este grupo coloca-se fora da guerra entre Klenianos e Freudianos, defendendo uma ideia antidogmática e criativa da formação, da teoria e da prática psicanalítica. É deste grupo Winnicott.

Freud morreria em 1939 e a técnica psicanalítica não foi questionada até aos anos 50, altura em que autores como Paula Heimann (1950) trabalham o conceito de contratransferência como forma de compreender o mundo interno do analisando. A contratransferência passa a estar ao serviço da análise para a compreensão do intrapsíquico do paciente. Mais aprofundadamente Winnicott (1947), Racker (1948) e Margaret Little (1951) consideram a subjectividade do analista para a compreensão do acontecer terapêutico.

Estes avanços estão enquadrados nos trabalhos Melanie Klein que a partir de 1920 tinha inaugurado o movimento das relações objectais. Baseada na ideia de "*a sombra do objecto caiu sobre o eu*", do texto de Freud "*Luto e Melancolia*", explora os mecanismos de identificação e introjeção, e ainda que de forma dúbia (Greenberg & Mitchel, 1983) abre a porta à constituição do sujeito pela internalização do objecto. A questão está na dúvida se a pulsão (na sua relação com a fantasia inconsciente) contém em si uma pré-formatação do objecto ou se o objecto existe enquanto realidade externa parcial e/ou inteira.

Simultaneamente Fairbairn aprofunda esta ideia e revê por completo a teoria psicanalítica com a ideia de que a *pulsão procura o objecto e não o prazer* (Fairbairn, 1944). O meio valoriza-se como constituinte do sujeito.

Com Melanie Klein e Fairbain, fundadores da escola das relações objectais, o *self* é em muito determinado pelos objectos internalizados e pela dinâmica entre eles, no caso de Klein com um motor *phantasmático* e pulsional, no caso de Fairbain com uma energia própria baseada na busca de relacionalidade.

Em termos clínicos, mantem-se as regras técnicas Freudianas. Alarga-se o conteúdo da interpretação, no caso de Fairbain, de forma radical, abrindo a porta, ainda que de forma dúbia, à constituição do analista como bom objecto interno do paciente, mas em substância não se altera a centralidade do método clínico: a consciencialização do inconsciente como forma de *cura*, seja ele libidinal ou objectal, numa relação enquadrada nas regras técnicas de Freud.

II

É também nesta altura que Winnicott começa a trabalhar com profundidade a ideia de um analista função que repara uma falha no desenvolvimento do paciente. Winnicott (1964) diz-nos que o bebé não existe. Esta afirmação tem implícita uma crítica, se em Freud e em Klein o bebé parece ter uma unidade inicial, em Winnicott *o bebé não existe* sem o meio, o bebé constitui-se na relação com a mãe. Winnicott desloca o foco do mundo interno do bebé para a mãe como constituinte do psiquismo e da psicopatologia. Neste movimento relativiza os principais conceitos da psicanálise, deixa para segundo plano a sexualidade infantil, a mãe enquanto objeto pulsional e toda a mecânica pulsional da metapsicologia.

Para Winnicott (1988) a dependência do recém-nascido é absoluta, não sobrevive sem os cuidados do ambiente, uma dependência que o bebé desconhece pois considera como *self* tudo o que o rodeia incluindo a mãe. O desenvolvimento emocional segue uma linha de *continuidade existencial* que compreende as fases de *dependência total*, *dependência relativa* e *independência relativa*, nestas fases ocorrem três processos, o processo de *integração*, o de *personalização* e o de *realização*. É necessária uma *mãe suficientemente boa* para que o movimento de continuidade existencial se concretize, o bebé tem em si o potencial mas precisa do meio para activar esse potencial.

A *mãe suficientemente boa*, para além da *preocupação materna primária*, uma identificação com o bebé da ordem do simbiótico que permite atender as suas necessidades, deverá exercer três funções centrais: *holding*, *handling* e *apresentação do objecto*. O *holding* é uma função de sustentação, em que a mãe coloca o bebé na vivência de uma rotina de cuidados e proteção que o sustentam psiquicamente. O *handling* está relacionado com o toque que harmoniza a vida psíquica e o corpo.

Progressivamente o bebé vai tendo consciência do *não eu*, a constituição do *eu* é feita por contraste com o que é sentido como *não-eu*, depende da capacidade da mãe introduzir elementos de separação, ao não corresponder ao desejo permite uma saída da onnipotência. Entre o *eu* e o *não-eu* surge o espaço potencial, local de objetos e fenómenos transitivos (espaço entre um e outro onde se pode ancorar a ideia de *terceiro* e de *intersubjectividade*). A existência deste espaço significa a presença de uma mãe suficientemente boa (Winnicott, 1971).

As observações do desenvolvimento primitivo têm impacto na abordagem clínica, diz Winnicott (1984) que os pacientes que não tiveram uma mãe *suficientemente boa* vão viver na análise uma relação de *dependência absoluta*, regressiva, onde o analista fica no lugar da mãe *suficientemente boa*. Propõe-se assegurar, num nível simbólico, a função de sustentação que possibilita desenvolver sentimentos de segurança primitiva. Winnicott diz ainda que o analista se deve deixar *usar* pelo paciente consoante as suas necessidades terapêuticas. Trata-se de uma posição relacional muito diferente da defendida por Freud. Como demonstram Black & Mitchell (1995) Winnicott transforma a prática psicanalítica a partir das características da mãe *suficientemente boa*.

Salientemos uma das ideias com implicações clínicas, a ideia de intrusão. Diz Winnicott que a mãe *suficientemente boa* incorpora o movimento do bebê, adapta-se às suas necessidades, funda-se neste movimento as bases do *self verdadeiro*, potenciador de gestos espontâneos e de sentimentos de autenticidade. Quando a resposta do mãe ignora o bebé falamos de intrusão, movimentos que não respeitam os tempos e a espontaneidade do bebé, aqui a descoberta da criança é substituída pelo gesto da mãe e interrompe-se o processo de continuidade existencial, a criança passa a funcionar com movimentos de reacção e submissão, as bases do *falso-self*. A criança submetida desconhece o seu desejo, a criança é a vontade da mãe, a submissão passa a fazer parte da sua natureza, parte de si não sabe de outra parte de si espontânea e criativa. Renuncia à esperança de ver as suas necessidades satisfeitas e adapta-se ao que o meio lhe dá.

Há uma posição relacional que valoriza a descoberta do bebé e outra que é uma imposição e de onde deriva a ideia de *falso-self*. É aqui que a interpretação no sentido Freudiano pode ser vista como uma intrusão que leva à criação de um *falso-self* no paciente, ou seja, não se procura conhecer o *self* do paciente, pelo contrário aplica-se uma teoria ao paciente à qual ele tem forçosamente de se adaptar, seguindo Freud, considera-se resistência a expressão da *self* espontâneo. A interpretação em Winnicott tem de ser construída a dois, ao jeito do *squiggle game* (Blanco e Liberman, 2011).

Casement (2013) aprofunda o conceito de intrusão e refere os perigos de um dogma psicanalítico ao nível de uma religião, coisa que fica no polo oposto daquilo que a psicanálise de melhor nos pode oferecer. Evidência a necessidade de não ultrapassarmos a angústia da nossa ignorância com uma postura de donos da verdade, que é uma intrusão no mundo interno do paciente da qual resulta a criação de um *falso-self* e uma idealização do psicoterapeuta infiltrada na fragilidade do paciente.

A ideia de um psicoterapeuta que desempenha a função de mãe *suficientemente boa* pretende retomar o desenvolvimento onde ele não foi bem-sucedido por falha ambiental.

Slochower (2018) refere que a crítica relacional a este modelo se centrou na ideia de que existe uma infantilização do paciente colocado numa posição de dependência desamparada que alimenta a superioridade do analista. Um paternalismo sem mutualidade intersubjectiva. Aparentemente Benjamim (2012) evidencia isso mesmo. A questão está na forma como Winnicott atende, ou não, à subjectividade da mãe e do analista para além do exercício de uma função. A ideia estará na passagem de um modelo de compensar o que o paciente não teve, para outro de transformar e expandir o que o paciente tem através de uma relacionalidade facilitadora do reconhecimento da subjectividade de cada um.

III

Por fim, vejamos uma dimensão do psicoterapeuta como outro relacional provido de subjectividade e pensemos o que muda na equação terapêutica. A radicalidade clínica da psicanálise relacional está no deslocar o foco da análise do mundo interno do paciente para a análise da relação terapêutica. Não se trata de desvalorizar o mundo interno do paciente, trata-se de estudar a articulação do mundo interno do paciente com o mundo interno do psicoterapeuta num reconhecimento mútuo (Benjamim, 2012) e numa relação muito específica, como é a relação psicoterapêutica, enquadrada numa determinada cultura social (Altman, 2011; Coderch, 2017).

Se aceitamos que no essencial a relação precoce é intersubjectiva, a mãe faz o filho que faz a mãe, numa co-criação interactiva de regulação mútua (Stern, 1985; Beebe & Lachmann, 2002), então a relação terapêutica só pode ser compreendida estudando a articulação da subjectividade do psicoterapeuta com a do paciente. Por muito que nos custe entrar na equação não somos coerentes se não o fizermos. É um desafio imenso. Talvez um exercício impossível. No entanto também é impossível estudar a mente de uma pessoa sem ser na interacção com a de outra pessoa (Mitchell, 1997).

A inclusão da subjectividade do psicoterapeuta na equação terapêutica obriga a uma nova conceptualização de alguns conceitos e abre portas a outros que melhor expliquem a interacção terapêutica. Várias perguntas se colocam perante a crítica relacional: se o inconsciente não é pulsional numa dinâmica de conflito metapsicológico, então de que inconsciente falamos? Se não é a interpretação clássica e o *insight* que transformam e se a contenção terapêutica não é suficiente, então o que transforma na relação terapêutica?

Freud e os autores relacionais partem de pontos de vista diferentes. Freud conceptualiza o humano num conflito interno que se articula com o externo, a psicanálise relacional, não recusando a tradição psicanalítica, recusa a ideia de um inconsciente pulsional que existe dentro de nós de forma fixa, estruturada e pré-determinada.

Mitchell (1998) tenta uma integração de várias perspectivas relacionais na ideia de *matriz relacional*. A matriz relacional pode ser uma referência para a compreensão da experiência humana e dos conceitos aprofundados pela psicanálise relacional.

Mitchell (1988) utiliza a imagem de Escher *Drawing Hands*, em que duas mãos se desenhavam simultaneamente, como metáfora da relação entre a biologia e as relações humanas na constituição do sujeito. A estrutura biológica age no meio e é simultaneamente desenhada pelo meio relacional, trata-se de uma dialética interactiva de transformações mútuas. Mitchell integra a pulsionalidade dizendo que o desejo se experimenta no contexto da relação e é esse contexto que o define e significa. Assim, se para Freud a mente surge de pressões endógenas, para o modelo relacional a mente surge da interacção com outras mentes. Ressalva Mitchell que a questão não é se Freud deu ou não importância ao meio e à cultura, que deu, a questão está na forma como definiu essa interacção para a constituição do sujeito.

Mitchell define a dinâmica psíquica integrando três áreas correspondentes a três modelos psicanalíticos: a *psicologia do self*, as *teorias interpessoais* e as *teorias das relações de objecto*. Considera que para a compreensão do humano teremos de atender à sua matriz relacional que é composta por três dimensões indissociáveis: o si-mesmo, o mundo objectal interno e o espaço de interacção com os outros. Estes três elementos são pele, carne e osso de um todo psíquico impossível de estudar isoladamente.

Em relação às teorias das relações de objecto internalizadas já vimos as posições de Melanie Klein, Fairbairn e Winnicott. Sucintamente: as teorias interpessoais (a partir dos trabalhos de Sullivan, Erich Fromm e Clara Thompson) colocam o foco da análise nas relações interpessoais do paciente e no seu contexto social e cultural. Por sua vez as teorias da Psicologia do Self (partindo dos trabalhos de Anna Freud, Hartmann, Spitz, Mahler e concretizada por Kohut) procuram compreender a articulação e a adaptação do ego

(enquanto estrutura metapsicológica) com o meio e com a pulsionalidade. Principalmente com Kohut (1971, 1977) considera-se o Self como entidade independente (e transversal) a todas as instâncias da estrutura metapsicológica. Estudando pacientes narcísicos Kohut identifica as necessidades da criança na construção de um *Self* coeso e suficientemente valorizado. É neste contexto que surge o método clínico de *empatia introspectiva* como forma de, terapêuticamente, entender e atender as necessidades do *self* do paciente. O foco está na análise do self e não no conflito intrapsíquico.

Na leitura integrativa de Mitchell a relação com o outro, o objecto interno e o si-mesmo configuram-se de forma permanente numa dinâmica aberta e não linear de passado, presente, interno e externo. Entrelaçam-se e transformam-se, regulam-se mutuamente de forma subtil e complexa. É um modelo aberto que tendo uma estrutura não é estrutural no sentido de uma rigidez pré-definida de repetição de padrões internalizados. O sentido do si-mesmo é um processo em transformação interligado com o objeto interno e com as relações interpessoais, a dinâmica dos objetos internos é evolutiva na interacção entre as relações interpessoais e o si-mesmo. Nesta leitura o intrapsíquico passa de estrutura arqueológica fechada para um processo aberto em permanente desenvolvimento.

O conflito na perspectiva relacional está inerente à interacção das diferentes dimensões de relacionalidade. O sentido de si procura expressar-se de forma satisfatória mas encontra conflitos de relacionalidade interna e externa, com os objectos internos e nas relações interpessoais, resulta daqui a origem do sentir, do sintoma e da psicopatologia relacional. A matriz relacional tem um sentido desenvolvimental inerente e uma necessidade de estabilidade na regulação mútua entre todos os elementos. Esta dinâmica de processo entre os elementos da matriz faz-se numa dialética entre duas dimensões interligadas: processos explícitos e processos implícitos (ou inconscientes). Este é um inconsciente relacional e processual diferente do inconsciente pulsional.

Em termos clínicos não estudamos o individuo, estudamos a sua matriz relacional na relação com outras matrizes relacionais, uma matriz relacional não existe sozinha. A análise do encontro terapêutico complexifica-se porque estudamos o encontro da matriz relacional do paciente com a do psicoterapeuta. Este encontro é interactivo de influência recíproca numa dialética entre processos explícitos e implícitos.

A transferência, nesta perspectiva, pode ser pensada com o conceito de *conhecimento relacional implícito* estudado pelo *Boston Change Study Group*. Lyons-Ruth (2010) refere-se a este conceito como um conjunto de estratégias relacionais aprendidas desde a primeira infância. São modelos internos que resultam da internalização de padrões relacionais precoces, são gerados por movimentos de regulação mútua imperceptíveis vivenciados em

milésimas de segundo. Ocorrem antes da aquisição da linguagem, são anteriores à capacidade de evocar imagens ou representações verbais e não se tem acesso a eles pela consciência. A sua forma de representação não é composta por imagens ou palavras mas sim por procedimentos que determinam o *como estar com alguém*. São estes modelos que servem de base para estabelecer contacto com a realidade, são um saber implícito com padrões mais ou menos rígidos actualizados permanentemente na interacção relacional. Talvez neste ponto pudesse ter optado, de forma similar, pelo conceito de *princípios organizadores* e pela noção de *inconsciente pré-refletido* de Atwood & Stolorow (1992).

A transferência, neste sentido, é a actualização do *conhecimento relacional implícito* na relação com o psicoterapeuta. A questão que se coloca é que no encontro terapêutico não há apenas uma transferência, há duas transferências, a transferência do paciente e a transferência do psicoterapeuta, o que temos em estudo é a articulação entre duas transferências. Não podemos aceitar uma *transferência pura* do paciente, na medida em que a transferência do paciente está inserida na dinâmica relacional com o psicoterapeuta. Por sua vez, o termo *contratransferência*, enquanto ressonância no psicoterapeuta da transferência do paciente, não é suficiente para descrever o que acontece porque não contém na sua definição a subjectividade do psicoterapeuta (Mc Laughlin, 1981; Aron, 1996). Na perspectiva relacional a análise transferencial e contratransferencial é incompleta porque supõe uma *transferência pura* da paciente (desligada da interacção com o psicoterapeuta) e não inclui a subjectividade do psicoterapeuta no processo relacional.

O conceito de *enactment* pode ajudar a descrever o acontecer terapêutico. Bromberg (2011) relaciona este conceito com o trauma e a dissociação. O trauma tem o efeito de um tsunami, destabiliza os aspectos identitários com um afecto caótico superior ao que a mente é capaz de processar. A dissociação é a forma de escape quando não há escapatória possível, é a solução perante o terror da dissolução identitária (lembro a teoria do trauma Ferenczi). A capacidade dissociativa, em maior ou menor grau, tem um carácter adaptativo. O *enactment* surge como um acontecimento resultante do encontro entre partes dissociadas do psicoterapeuta e do paciente. Cria-se uma situação com significado inconsciente para terapeuta e paciente que é baseada em estados dissociados do self dos dois, pode estar ancorado no passado mas é sempre algo de novo. Renik (1993, 1996) na ideia da *irreducibilidade da subjectividade* do psicoterapeuta, alarga o conceito e vê a interacção inconsciente como constante e inevitável, a psicoterapia é um grande e inevitável *enactment* em que só a análise dessa interacção permite a sua transformação (Ferenczi chegou a este ponto e encontrou como solução a discutível *análise mutua*).

Sassenfeld (2010) assinala que para a emergência e resolução do *enactment* é necessário que o psicoterapeuta se esqueça dos manuais de técnica clássica e tenha uma atitude terapêutica baseada na autenticidade e na espontaneidade.

Subjacente à análise da interacção relacional inconsciente está o conceito de *self disclosure*. Este tema ganha importância a partir do momento em que sabemos que não é possível não estar na relação terapêutica, a abertura da subjectividade do psicoterapeuta não é uma escolha, é uma inevitabilidade (é o que dizem as teorias da comunicação), o que o psicoterapeuta diz e não diz, faz e não faz é revelador do que pensa e sente. Pensar que o paciente não interpreta (consciente e inconscientemente) o comportamento do psicoterapeuta agindo em função disso, é uma infantilização do paciente. A questão é o que faremos com a inevitabilidade do *self disclosure* e quais são as consequências relacionais das atitudes terapêuticas que escolhemos em cada situação clínica.

A interpretação enquanto ferramenta chave da transformação também é colocada em causa pelos estudos do Boston Change Study Group. Levenkron (2009) refere que tradicionalmente o analista tira padrões de significado que traduz verbalmente, através da interpretação, remetendo para o passado e para mundo interno do paciente (num sentido intrapsíquico pulsional, objectal ou da dinâmica entre estruturas, análise das defesas). Esta é a profundidade psicanalítica clássica. Sucede o saber relacional implícito, pelas suas características precoces e experienciais, não poder, na sua essência, ser pensado nem verbalizado. O essencial das transformações nos procedimentos relacionais internos, na memória implícita, não resulta do pensamento consciente mas sim da experiência, o que limita a ideia da interpretação como fator chave de transformação.

A análise conjunta do *enactment* através da resposta à pergunta: “*o que é que se passa aqui entre nós?*”, pelo seu carácter experiencial, permite aceder aos processos relacionais implícitos e tem potencial transformador da relacionalidade interna e externa do paciente. É neste sentido que se refere a confusão entre o superficial e profundo, o potencial transformador está mais na aparência de superficialidade que na eloquência interpretativa do profundo.

Podemos pensar, numa leitura pela matriz relacional de Mitchell, que a interpretação, colocada sob a forma de iluminação do inconsciente, age sobre o sentido do si-mesmo. A autoridade da verdade, para além de não transformar o *conhecimento relacional implícito*, coloca o si-mesmo numa posição relacional de adaptação à inferioridade e submissão, anulando a sua capacidade de agentividade. Em última análise repete o padrão relacional que se pretende transformar pela interpretação.

É neste contexto que ganham sentido os conceitos de terceiro analítico na perspectiva de Ogden (2004) ou de Benjamin (2012). Um espaço terceiro intermédio e virtual construído por paciente e analista. É neste espaço, em grande parte inconsciente, que são articuladas as subjectividades de cada um. A compreensão do paciente vem da compreensão da articulação relacional com o psicoterapeuta. Como diz Ogden (2004), pensando em Winnicott, *não existe paciente sem analista nem analista sem paciente.*

Penso que em todas as estruturas que vamos arquitetando para tentar compreender a relação terapêutica há um elemento móvel e difícil de definir que alimenta todos os elementos dessas estruturas: a emoção. A emoção está para a relação terapêutica como o sangue está para o nosso corpo. Quando tentamos perceber quais são os fatores da relação humana com potencial terapêutico muitos autores (Ávila Espada, 2013; Lachman, 2007, Coderch & Espinosa, 2016) ancorados em estudos da vinculação e na experiência clínica referem que mais importante que o *insight* racional é a conexão e a regulação emocional com o paciente.

Lewis Aron (Naranjo, 2010) conta que Freud foi analista de Ferenczi, durante essa análise Ferenczi terá dito a Freud que se queria sentir emocionalmente ligado a ele, Freud interpretou em termos libidinais como uma tendência homossexual, "*crece e sé um homem*" terá dito Freud. Ferenczi procurava uma experiência emocional, Freud respondeu com uma interpretação racional e sexual. Este episódio é simbólico das controvérsias entre os dois. Na nota de 19 de Junho do *Diário Clínico* Ferenczi fala da necessidade de um amor analítico que serve de contrapeso às situações traumáticas, diz que nenhuma análise poderá realmente ter êxito se não chegarmos a amar o paciente, na nota de 11 de Agosto diz que o objetivo final de uma análise didática é que o futuro analista seja capaz de sair do seu narcisismo e amar os outros.

A afectividade e os processos emotivos estão entrelaçados em todas as dimensões relacionais, é na dimensão emocional que se ancoram os processos de vinculação, a cognição, a memória, a formação do self (Coderch & Espinosa, 2016). As emoções são indissociáveis da experiência humana e são o motor da relacionalidade. Veja-se o livro de António Damásio com o sugestivo título *O Erro de Descartes* (1994) onde ficamos com a ideia de que o pensamento dança a música das emoções.

Lachman (2007) respondendo à pergunta "*como acontecem as transformações?*" enumera três princípios fundamentais: regulações mútuas contínuas; interrupção e reparação das regulações mútuas; e momentos afectivos profundos. A psicoterapia é um andamento relacional, uma intimidade de regulação mútua, em última análise, afectiva. O motor desta regulação mútua é a capacidade de expressão afectiva e a conexão emocional empática.

As regras clássicas fecham esta porta, mas mesmo sem fundamentação teórica, facilmente caímos num racionalismo teórico defensivo da intimidade, do sofrimento do paciente e dos sentimentos que surgem entre nós e os pacientes. No polo oposto teríamos a intimidade intrusiva que não respeita tempos e limites do paciente (recordo o *tacto psicológico* de Ferenczi).

A regulação emocional passa muitas vezes por expressões corporais que contém mensagens emocionais implícitas, aproximações e afastamentos, pequenas subtilezas, um tom de voz, um olhar, um toque, um cumprimentar diferente. Todos os sentimentos passam pela relação terapêutica através da verbalização, mas principalmente por movimentos impercetíveis de auto e de mútua regulação que definem um ambiente afetivo. Talvez a análise da regulação emocional mútua possa ter potencial de transformação na relacionalidade interna e externa do paciente. Buechler (2012, 2015) fala do papel crucial da implicação emocional do analista com o paciente e considera que a vivência e análise de sentimentos como a alegria, a vergonha, o ódio ou o medo no paciente, no analista e na dinâmica entre os dois é fundamental.

Neste âmbito ganha significado a ideia de mutualidade (Aron, 1996) que reconhece a necessidade de colaboração mútua num trabalho feito a dois, co-criado, esta mutualidade, até porque integrada numa relação assimétrica por natureza, contém em si um valor terapêutico. Aron recorda Ferenczi quando dizia que a humildade do analista e até o reconhecimento das suas dificuldades tinha um efeito terapêutico nos pacientes.

Entrelaçado neste tema está o da autoridade do psicoterapeuta, a questão não é tanto uma autoridade *dona da verdade* mas uma autoridade derivada do reconhecimento da capacidade de manter um registo relacional transformador. Temos a autoridade da responsabilidade, sabemos das consequências das dinâmicas relacionais de dominação e submissão, e por isso a mutualidade clínica é relevante. Ou não fossem os nossos pacientes humanos, exactamente tanto quando nós.

Neste encontro de matrizes relacionais, a questão da técnica, enquanto método pré-definido, perde algum sentido porque navegamos no desconhecido, cada matriz relacional é única, o campo onde trabalhamos é único, nunca veio em nenhum livro. Temos as nossas bússolas mas a *irreducibilidade da subjectividade* do paciente e do psicoterapeuta põe em causa a ideia de técnica. Oranje, Atwood & Stolorow (1997) dizem que este trabalho é mais uma prática na medida em que o encontro de duas subjectividades deixa em aberto um campo indefinido e imprevisível que não é passível de uma técnica *á priori*. A técnica *á priori* distorce o campo e fecha-o.

Pensando em Klein e Freud diríamos que rompendo com o positivismo científico da época, estes autores constituíram uma subjectividade (que dava sentido aos sintomas) para os pacientes, no entanto depois fecharam os pacientes à chave dentro da subjectividade que para eles construíram.

A perspetiva relacional obriga-nos a refletir sobre regras e hábitos que temos como certos, não existem soluções universais e cada relação, em cada momento, exija de nós negociação. A negociação sincera, justa e honesta pode ser em si mesma terapêutica. Com cada paciente teremos de criar um novo enquadramento, um novo processo, novos limites e novas regras organizadoras da experiência terapêutica. Neste sentido Bacal (2017) fala de uma *responsividade ótima* do psicoterapeuta derivada da relação com cada paciente e de cada situação clínica, e de uma *teoria da especificidade* que remete para a análise da singularidade de cada relação terapêutica.

O psicoterapeuta nasce quando deixa de ser uma tela projetiva, uma função ou uma caixa-de-ressonância do mundo interno do paciente para se tornar num constituinte do espaço terapêutico. Todos pensamos na melhor forma de ajudar os nossos pacientes. A nossa resposta, o nosso entendimento, advém da complexidade da nossa subjectividade. Atwood & Stolorow em *Faces in a Cloud* (1979) demonstram que as conclusões teóricas a que chegaram autores como Freud ou Jung estão relacionadas com a subjectividade dos próprios, quer dizer que as conclusões a que chegamos sobre o paciente e a relação terapêutica resultam da nossa subjectividade. Não creio que isso seja um problema, pode ser, se não tivermos consciência desta inevitabilidade.

Temos de ter em conta as nossas fragilidades, os nossos traumas, o nosso narcisismo e os nossos *estados fascistas da mente* (Bollas, 1994), o pior que nos pode acontecer é pensarmos que isso só diz respeito aos outros, que estamos resolvidos ou curados. Precisamos de ultrapassar o mito de que na psicoterapia há uma pessoa doente e outra saudável, a complexidade do humano não permite essa dicotomia e em boa verdade nem sabemos o que é uma *cura* em psicanálise, temos apenas como objetivo proporcionar à pessoa que nos procura níveis de relacionalidade interna e externa mais satisfatórios.

Acredito que é da consciência das nossas dificuldades que pode advir o nosso potencial: uma ética relacional da qual resulte uma relação humana o mais justa possível, que contenha em si mesma potencial terapêutico, quem sabe o único potencial terapêutico que temos, ou não soubéssemos nós da importância da relação no sofrimento e na psicopatologia. Uma relacionalidade democrática, numa intimidade terapêutica entre diferentes matrizes relacionais em que uma está atenta às dinâmicas implícitas e implicada emocionalmente com o sofrimento do outra.

Não há relação de ajuda nem teoria que valha a pena se não tiver por princípio a humanidade e a autenticidade possível. O registo de um em cima outro em baixo, um eu que sabe e outro que não sabe, mantém ou implementa um registo de adaptação e falso-self (Casement, 2013) e de domínio e submissão (Benjamim, 1988).

Oranje (2011, 2016) fala da necessidade de uma mudança ética em psicanálise, baseada na hospitalidade, solidariedade e responsabilidade perante *o outro que sofre*, uma *hermenêutica da confiança* por oposição à *hermenêutica da suspeita*, a suspeita da pulsionalidade do paciente, a suspeita da psicopatologia. Diz que a resistência do paciente à verdade do analista não é uma defesa de motivações inconscientes inferiores, nem a proteção de um ego frágil, mas sim uma luta pela sobrevivência psicológica.

A responsabilidade ética de Oranje perante *um irmão que sofre* e que deve ser recebido com hospitalidade num reconhecimento e valorização da sua subjectividade encontra paralelismos na filosofia ancestral africana Ubuntu seguida, por exemplo, por Néelson Mandela. Ubuntu não é uma teoria filosófica (como acontece nas teorias filosóficas das sociedades ocidentais), Ubuntu é uma prática filosófica que advém da relação entre as pessoas, e que, curiosamente, tem subjacente a ideia de intersubjectividade (*eu sou porque tu és, eu só posso ser através das outras pessoas*). Esta consciência intersubjectiva apela à responsabilidade perante o outro, nós somos os outros. É muito interessante que a ancestralidade Africana tivesse nos seus princípios relacionais comunitários a ideia de intersubjectividade e responsabilidade perante o outro, logo África, vítima da intrusidade destrutiva do colonialismo Europeu que se julgava superior e dono da verdade.

Se Freud se colocava perante a psiquiatria numa posição de recuperação da subjectividade que a ciência positivista anulava aos pacientes (na busca de uma localização cerebral para os sintomas), ao mesmo tempo se colocava perante a sociedade num desafio à época Vitoriana defendendo a expressão da sexualidade, talvez hoje a psicanálise se possa colocar perante a sociedade numa posição de responsabilidade ética perante o outro, na ideia de intersubjectividade em que todos somos responsáveis uns pelos outros.

Talvez a psicanálise deva apelar a uma sociedade onde ninguém pode ficar contente com a humilhação do outro. Isto porque sabemos (pela evolução da história da psicanálise e dos seus conhecimentos teóricos) que é a humilhação, a negação e a desvalorização da subjectividade do outro que provoca ciclos de sofrimento psíquico.

Mais importante que a competição é a cooperação. Vivemos de princípios totalizantes (desde os vencedores e os *lossers* aos rótulos psicopatológicos) que anulam a subjectividade do outro, objectificam e em última análise podem destruir num mecanismo

que Bollas (1994) descreveu como Estados Fascistas da Mente. Dentro e fora dos consultórios temos a responsabilidade do que sabemos no que fazemos.

Um último ponto de reflexão sobre a clínica: Mitchel (1988) refere que o abandono da técnica clássica gerou o medo do *vale tudo*, como se ao abandono da autoridade clássica, da neutralidade, do anonimato e abstinência só pudesse corresponder a irresponsabilidade. É exactamente a responsabilidade que leva a mudar de atitude terapêutica. Seria irresponsável se não tivesse a flexibilidade de me transformar para o que penso ser melhor para os pacientes, mesmo que o faça com assombro e medo.

Por outro lado Slochower (2018) diz que toda a teoria psicanalítica tem um ideal clínico contruído em guerra com ideais clínicos de outras teorias, polarizamos, elevamos a nossa posição, estereotipamos e denegrimos os outros. A psicanálise não pensava a subjectividade do analista, foi exactamente aí que o paradigma relacional foi fazer o seu ideal, onde antes estava a necessidade de mais análise agora está o *ouro puro* da clínica. Numa recente edição com o interessante título *De-Idealizing Relational Theory. A Critique From Winthin*, Corbett (2018) chama a atenção para a excessiva valorização da espontaneidade do psicoterapeuta que esquece a necessidade de privacidade e de um espaço de contemplação. Slochower (2018) valoriza a necessidade de colocar entre parêntesis a subjectividade para exercer funções de *holding*. Acrescenta que a mutualidade clínica não é um dado adquirido mas sim um caminho.

Concluindo, a Psicanálise está em constante transformação, mais hoje que ontem, mas sem dúvida desde o início, é na relação humana, nas suas múltiplas dimensões, que a teoria e a prática psicanalítica colocam a chave do entendimento do que somos, do que fomos e do que poderemos ser. É na relação humana que crescemos e nos transformamos e por isso só com o estudo da relação humana, e a relação psicoterapêutica é evidentemente uma relação humana, poderemos ter esperança em contribuir para a transformação daqueles que, pelo seu sofrimento, nos procuram.

REFERÊNCIAS

- Abello Blanco, A. & Liberman, A. (2011). *Una Introduccion a la obra de D. W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional*. Madrid: Ágora Relacional
- Altman, N. (2011). El psicoanálisis en el contexto cultural. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 389-402. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Aron, L. & Harris, A. (1993). Discover and Rediscover. In *The Legacy of Sandor Ferenczi*, Ed. Aron & Harris. Hillsdale: *The Analytic Press*.

- Aron, L. (1996). *Meeting of minds. Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Atwood G. & Stolorow R. (1992). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder Editorial. (2004).
- Atwood, G. Orange, & D. Stolorow, R. (1997). *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la parática psicoanalítica*. Madrid: Ágora Relacional. (2012)
- Atwood, G., Orange, & D. Stolorow, R. (1997). *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la parática psicoanalítica*. Madrid: Ágora Relacional. (2012)
- Ávila Espada, A. (2013). La relación, contexto determinante de la transformación. *Temas de Psicoanálisis*. N. 6. Julho de 2013.
- Ávila Espada, A. (2013). Los orígenes de la perspectiva interpersonal e sócio-cultural. *En La Tradición interpersonal, Perspectiva social e cultural en psicoanálise*. Alejandro Ávila Espada (Ed). Madrid: Ágora Relacional.
- Bacal, H.A. (2017). La especificidad de la eficacia terapéutica en el tratamiento psicoanalítico. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (2): 217-231. [Recuperado de www.ceir.info]
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*. London: Analytic Press.
- Benjamin, J. (1988). *Los Lazos del Amor. Psicoanálisis, feminismo e el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós.
- Benjamin, J. (2012). El Tercero. Reconocimiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (2): 169-179. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Black, M. e Mitchell S. (1995). *Más allá de Freud. Una Historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder Editorial. 2004.
- Bollas, C. (1994). *Ser un personaje: psicoanálisis y experiencia del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bromberg, P. (2011). *La sombra del tsunami y el desarrollo de la mente relacional*. Madrid: Ágora Relacional. (2017).
- Buechler, S. (2012). Déficit de autoestima en una sociedad cambiante. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (1): 52-XX. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Buechler, S. (2015). La alegría, la vergüenza, el arrepentimiento y la tristeza en la terapia. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (2): 345-357. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Casement (2013). *Further Learning from the Patient: The analytic space and process*. London: Routledge.
- Corbett, K. (2018). The analyst's private space: spontaneity, ritual, psychotherapeutic action, and self-care. In *De-Idealizing Relational Theory. A Critique From Within*. Ed. Aron, Grand & Slochower. New York: Routledge.
- Coderch, J. & Espinosa, A. (2016) Emoción e relaciones humanas. El psicoanálisis relacional como terapéutica social. Madrid: Ágora Relacional.

- Coderch, J. (2012). *La relacion paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis e la psicoterapia psicoanalítica.* Barcelona: Herder Editorial.
- Coderch, J. (2014). *Avances en psicoanálisis relacional. Nuevos campos de exploración para el psicoanálisis.* Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J. (2010). *La Práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis.* Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J. (2017). Comprendiendo a una sociedad en cambio para comprender a los pacientes. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (1): 51-69. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Damásio, A. (1994). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano.* Lisboa: Publicações Europa-América.
- Etchegoyen, H. (1986). *Los Fundamentos de la técnica psicoanalítica.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fairbairn, R. (1944). Estrutura endopsíquica considerada em termos de relações de objecto. In *Estudos Psicanalíticos da Personalidade.* Lisboa: Vega Editora.
- Ferenczi, S. (1929) *El niño mal recibido y su impulso de muerte. Psicoanálisis IV. Madrid: Espasa-Calpe. (1984). pag. 85-90.*
- Ferenczi, S. (1933). *Confusion de lengua entre los adultos y el niño. Psicoanálisis IV. Madrid: Espasa-Calpe. (1984). pag. 139-149.*
- Ferenczi, S. (1988). *The Clinical Diary of Sándor Ferenczi.* Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press.
- Freud, S. (1887-1904). *A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess.* Edição de Jeffrey Masson. Rio de Janeiro: Imago Editores (1986).
- Freud, S. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. Edição Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. (1987) V. III. p. 33-47.
- Freud, S. (1894). As Neuropsicoses de Defesa. Edição standard brasileira. V. III. Rio de Janeiro: Imago. (1987). p. 49-65.
- Freud, S. (1895a). *Estudos sobre a Histeria.* Edição standard brasileira. Vol.VII. Rio de Janeiro: Imago (1987).
- Freud, S. (1896a). A hereditariedade e a etiologia das neuroses. Edição Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. (1987) V. III, p.133-148.
- Freud, S. (1900). *A Interpretação dos Sonhos.* Edição standard brasileira. Vol. IV e V. Rio de Janeiro: Imago (1987).
- Freud, S. (1904). O método psicanalítico de Freud. Edição standard brasileira. Vol.VII. Rio de Janeiro: Imago (1987), p.231-238.
- Freud, S. (1905). *Três ensaios sobre a sexualidade.* Edição standard brasileira. Vol.VII. Rio de Janeiro: Imago (1987) p.117-230.

- Freud, S. (1912a). A dinâmica da transferência. Edição Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XII, p.129-143.
- Freud, S. (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Edição Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XII, p.145-159.
- Freud, S. (1913). Sobre o início do tratamento. Edição Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XII, p. 161-187.
- Freud, S. (1914a). Recordar, repetir e elaborar. Edição standard brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 189-203.
- Freud, S. (1925). A Negativa. Edição standard brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago (1996). p. 261-269.
- Greenberg, J., & Mitchell, S. (1983). *Relações de Objecto na Teoria Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores. 2003..
- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 31. p.81-84.
- Kohut, H. (1971). Análisis del Self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (1977)
- Kohut, H. (1977). A Restauração do Self. Rio de Janeiro: Imago Editora. (1988)
- Lachmann, F. (2007). El proceso de transformar. *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (1): 42-52. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Levenkron, H. (2009). Abordando lo implícito. Puntos de encuentro entre el Grupo de Boston para el estudio del proceso de cambio y el psicoanálisis relacional. *Clinica e investigación relacional*, 3 (3): 495-524 [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Little, M. (1951). Counter-Transference and the Patient's Response to It. *Int. J. Psycho-Anal.*, 32:32-40.
- Lyons-Ruth, K. (2010). El desarrollo de los conflictos y las defensas en los procesos relacionales implícitos. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (2): 321-335. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Martínez Ibáñez, J. J. (2017). La Mente y el inconsciente relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (2): 352-368. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Mc Laughlin, (1981). Transference, Psychic Reality, and Countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 50(4):639-64.
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge: Harvard University.
- Mitchell, S. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Naranjo, R. (2010). Entrevista a Lewis Aron. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (3): 678-684. [Recuperado de www.ceir.org.es]

- Ogden, T. (2004). The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique, *The Psychoanalytic Quarterly*, 73:1, 167-195,
- Ogden, T. (2010). *Esta arte da psicanálise - Sonhando Sonhos Não Sonhados e Gritos Interrompidos*. Porto Alegre: Artmed.
- Orange, D. (2011). "La actitud de los héroes": Bernard Brandchaft y la hermenéutica de la confianza. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 507-515. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Orange, D. (2016). El guardián de mi hermano. Recursos para un giro ético en Psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (1): 11-2. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Orange, D. (2016). Una actualización: de la Teoría de los Sistemas Intersubjetivos al Giro Ético en Psicoanálisis, *CeIR*, pp. 27-48. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Racker, H. (1941). "Neurose de Contratransferência". In *Estudos sobre Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas. (1982)
- Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *The Psychoanalytic Quarterly*, 62 (4), 553-571.
- Renik, O. (1996). The perils of neutrality. *The Psychoanalytic Quarterly*, vol. LXV, N. 3, págs. 495-517 (1996)
- Sassenfeld J., A. (2010). Enactments: Una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1): 142-181. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Slochower, J. (2018). Going too far: relational heroines and relational excess. In *De-Idealizing Relational Theory. A Critique From Within*. Ed. Aron, Grand & Slochower. New York: Routledge.
- Stern, D. N. (1985). *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde la psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós. (1991)
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1979). *Faces in a cloud: Subjectivity in personality theory*. Northvale: Aronson.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1992). *Los Contextos del Ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder Editorial. (2004)
- Stolorow, R. & Atwood, G. (2013). Deconstruyendo el mito del analista neutral: Una alternativa desde la Teoría de los Sistemas Intersubjetivos. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (1): 60-74. (original de 1997). [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Stolorow, R.D., Orange, D.M. y Atwood, G.E. (2012). Horizontes del Mundo. Una alternativa post-Cartesiana al Inconsciente Freudiano. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3): 434-451. [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Winnicott, D. (1971). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (1975).
- Winnicott, D. (1947). O Ódio na contratransferência. In *Da Pediatria à Psicanálise. Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (2000).
- Winnicott, D. (1964). *The Child, the Family and the Outside World*. Londres: Pelican Books.

Winnicott, D. (1984). *Deprivación e Delincuencia*. Buenos Aires: Paidós. 1990.

Winnicott, D. (1988). *Da Pediatria à Psicanálise. Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (2000).

Winnicott, D. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Original recibido con fecha: 26/9/2018 Revisado: 15/03/2019 Aceptado: 30/03/2019
En este mismo número de CeIR se publica online la versión castellana de este trabajo.