

## A Perspectiva Relacional: a clínica psicoterapêutica redescobre a esperança

Alejandro Ávila Espada

### Resumo

O pensamento relacional e a sua aplicação à clínica psicológica, tiveram uma evolução fértil e rápida nas últimas duas décadas. Neste trabalho procura-se compreender as raízes do pensamento relacional e o recente desenvolvimento que teve em Espanha. Os significados de “relacional” são revisitados e são qualificadas as diferentes aplicações do termo. As abordagens diagnósticas e psicopatológicas e as teorias da técnica psicoterapêutica, são reconsideradas pela perspectiva relacional. Por fim, algumas das contribuições centrais da pesquisa (do desenvolvimento e do processo de mudança no ser humano) são revistas e são considerados os principais desafios que a clínica relacional enfrenta no futuro.

**Palavras-chave:** Psicanálise Relacional; Desafios; Pesquisa; Tendências; Psicopatologia; Psicodiagnóstico; Psicoterapia.

### Abstract

Relational thinking and its application to the psychological clinic has evolved fruitfully and rapidly over the last two decades. In this work, the roots of this thought and its recent development in Spain are realized and the meanings of “relational” are reviewed, qualifying the different applications of the term. Likewise, the diagnostic and psychopathological approaches and the theory of psychotherapeutic technique are reconsidered. Finally, some of the central contributions of research (of development and the process of change in the human being) are reviewed and the main challenges facing the relational clinic in the future are considered.

**Keywords:** Relational Psychoanalysis; Challenges; Research; Trends; Psychopathology; Psychodiagnosis; Psychotherapy.

English Title: The relational perspective: Clinical psychotherapy rediscovers hope

---

Uma primeira versão deste texto foi apresentada na Conferência inaugural da IV Reunião de Psicanálise Relacional, Salamanca, Hospedería Fonseca de la USAL, a 28 de Outubro de 2016. O tema central foi “Mentalização”. Baseia-se na revisão e actualização das propostas reunidas em vários trabalhos anteriores (Ávila, 2005, 2013a, 2013b, 2015a, 2015b, 2015, 2016). A primeira versão foi publicada em inglês na obra compilada pelo autor intitulada *Relational Horizons. Mediterranean voices bring passion and reason to Relational Psychoanalysis* (IPBooks, 2018). Agradeço aos meus colegas Joan Coderch, Carlos Rodríguez Sutil e Juan José Martínez Ibáñez, entre tantos outros, o debate e as ideias que partilhámos, bem como as valiosas opiniões recebidas em diversas ocasiões.

**Alejandro Ávila Espada** é Doutor em Psicologia e Psicólogo Clínico. Professor (aposentado) de Psicoterapia da Universidade Complutense (2004-2020) e da Universidade de Salamanca (1990-2004). Foi professor da Universidade Complutense desde 1976 e professor visitante em várias universidades da América Latina. Fundador e presidente Honorário da IARPP-Espanha. Foi membro do Conselho Consultivo do IARPP (2011-2018). Presidente Honorário do Instituto de Psicoterapia Relacional (Madrid). Editor de Clínica e Investigación Relacional. Entre as suas obras: *A tradição interpessoal. Perspectiva social e cultural da psicanálise* (Agora Relacional, 2013, edição espanhola) e *Horizontes Relacionais. As vozes mediterrânicas trazem paixão e razão para a psicanálise relacional* (IPBooks, 2018, edição em inglês). Mais informações e uma selecção dos seus trabalhos em: [www.psicoterapiarelacional.es/paginaspersonales/AlejandroAvilaEspada.aspx](http://www.psicoterapiarelacional.es/paginaspersonales/AlejandroAvilaEspada.aspx). Contacto: [avilaespada@psicoterapiarelacional.es](mailto:avilaespada@psicoterapiarelacional.es)

## Resumen

El pensamiento relacional y su aplicación a la clínica psicológica ha evolucionado fecunda y rápidamente a lo largo de las dos últimas décadas. En este trabajo se da cuenta de las raíces de este pensamiento y de su desarrollo reciente en España y se revisan las acepciones de “lo relacional”, matizando las diferentes aplicaciones del término. Así mismo se reconsideran los planteamientos diagnósticos y psicopatológicos y la teoría de la técnica psicoterapéutica. Finalmente se revisan algunas de las aportaciones centrales de la investigación (del desarrollo y del proceso de cambio en el ser humano) y se consideran los principales retos que afronta de cara al futuro la clínica relacional.

**Palabras clave:** Psicoanálisis Relacional; Retos; Investigación; Tendencias; Psicopatología; Psicodiagnóstico; Psicoterapia.

Título en castellano: La perspectiva relacional: la clínica psicoterapéutica redescubre la esperanza

Neste artigo é apresentada uma síntese conceptual baseada, historicamente, na prática clínica relacional de base psicanalítica. Começamos por situar a sua origem e evolução no nosso contexto - Espanha - a partir de raízes que derivam da história e da práxis do pensamento psicanalítico. Para depois discorrermos sobre a identidade conceptual, as polémicas e esclarecimentos que definem esta perspectiva; no campo do diagnóstico; da psicopatologia; da técnica psicoterapêutica e do processo de mudança. Terminamos com uma visão geral dos desafios que enfrentamos na clínica relacional.

### ***Raíces e contexto da origem - em Espanha - da perspectiva relacional***

Colocarei o leitor no contexto da história do pensamento relacional em Espanha, no campo clínico e comunitário da Saúde Mental, que é o meu contexto de referência. Após um longo período de gestação, o pensamento relacional, forja-se nas contribuições das últimas duas décadas.

Resultado de trajetórias que emergiram no último quarto do século XX, a história recente do pensamento relacional e intersubjectivo em Espanha teve o seu início formal nas Jornadas sobre “*Intersubjectividade e seus mediadores*” realizada em Almagro (Ciudad Real, Espanha) em 2002, com a participação de figuras proeminentes do pensamento relacional: Robert D. Stolorow, um dos principais criadores da *Teoria dos Sistemas Intersubjectivos* na América do Norte, e Gianni Nebbiosi, que era um dos representantes da *Psicologia do Self Contemporânea* no cenário europeu.

Estivemos presentes em Almagro a maioria daqueles que, naquela época, pensávamos a clínica nesta direcção, interessados e praticantes da perspectiva relacional, que, nas suas múltiplas facetas, agregou diferentes tradições da renovação psicanalítica, do pensamento humanista e da clínica psicológica socialmente comprometida.

Em Espanha os que convergiram em torno destas ideias vieram de diferentes tradições psicanalíticas e psicoterapêuticas: da psicanálise social, grupal e da vinculação, que incluiu o pensamento, o questionamento clínico e psicossocial, de E. Pichon Rivière (1985) quando destacou o social sobre o intrapsíquico<sup>1</sup>, ideia também presente em E. Fromm<sup>2</sup>; das propostas dialécticas e da “teoria do campo” que emanaram de José Bleger (1959) e dos Baranger (1969); bem como do reconhecimento da transcendência das abordagens interpessoais de Sullivan<sup>3</sup> e do trabalho com transtornos mentais graves desenvolvido por Frieda Fromm-Reichman e Harold Searles.

Outros colegas vieram da tradição kleiniana, mas foram mais além, passando da noção das fantasias inconscientes para a realidade social e interpessoal, que se concretiza na relação paciente-terapeuta (por exemplo Joan Coderch, 2001); havia, também, ávidos leitores identificados com as propostas de D. Winnicott (como por exemplo Augusto Abello e Ariel Liberman, 2011; Francesc Sainz, 2016); além de defensores do pensamento clínico de Ferenczi e seguidores da escola húngara e de Michael Balint (por exemplo Neri Daurella, 2013). Também convergimos com os ecos da Psicologia do Self Contemporânea, a partir da segunda fase do pensamento de Heinz Kohut (por exemplo, Ramón Riera, em Kohut, 2002). Muitos de nós liam, debatiam e acrescentavam ao trabalho clínico a influência das obras de Stephen Mitchell (2000), Stolorow, Brandchaft e Atwood (1997) e Stolorow, Atwood e Orange (2002) e outros autores, que foram identificados, no início do século XXI, como as referências deste pensamento.

Este *renascimento* local - eco de um fenómeno global - de um pensamento social e intersubjectivo só foi possível porque fez parte da psicanálise, desde os primeiros tempos, em controvérsia - pelo menos parcial - com o pensamento de Freud (veja-se Sándor Ferenczi, Otto Rank, Alfred Adler e Carl Jung), e, embora tenha sido repudiado pela psicanálise ancorada na ortodoxia freudiana, nunca foi renegado totalmente e renasceu uma e outra vez, emergindo da própria realidade social e das necessidades de abertura e compreensão clínica dos próprios psicanalistas. O que agora chamamos de Relacional não pode entender-se sem se afirmar a vigência da teoria do trauma frente à teoria da fantasia, bem como a liberdade técnica de Ferenczi; ou tão-pouco sem as interrogações sociais propostas por Adler ou as antropológico-culturais de Jung, todas elas chaves para a compreensão da construção da subjectividade.

---

1        Veja-se a obra de F. Fabris (2007) para uma melhor compreensão das contribuições e repercussões actuais do pensamento de Enrique Pichon-Rivière.

2        Para uma primeira abordagem da obra e da relevância de E. Fromm, ver o capítulo que R. Castaño lhe dedica na obra compilada por A. Ávila (2013c).

3        Para uma primeira abordagem do trabalho e relevância de H.S. Sullivan ver o capítulo que lhe dedico na obra por mim compilada (Ávila, 2013c).

Estas sementes encontraram um espaço natural de desenvolvimento na psicanálise, nos ecos deixados por todos estes autores e seus seguidores e vêem-se, especialmente, na abordagem interpessoal desenvolvida por Sullivan desde os anos 30 do século XX.

Sem a contribuição da sensibilidade interpessoal, tinha-se enquistado a crise da teoria da pulsão freudiana - como explicação central da dinâmica psíquica - ou do endogenismo kleiniano.

E a psicologia do ego norte-americana, ao colocar o seu foco na reorganização das defesas, conduziu, indirectamente, ao cenário relacional, redescobrimo a importância da transferência como um processo relacional (Merton Gill); também, qualquer consideração sobre as relações objectais, acabaria por destacar a centralidade do objecto (relacional) na construção da subjectividade e quando Jay Greenberg e Stephen A. Mitchell (1983) revêem estas concepções, já estávamos na antecâmara da formulação conceptual da clínica relacional (S.A. Mitchell, *Relational Concepts in Psychoanalysis*, 1988).

Na década de 1990 a ascensão da Psicanálise Relacional foi imparável e, desde então, esta perspectiva ocupou o lugar de destaque que merece, entre as principais tendências de mudança na psicanálise contemporânea, proporcionando uma casa comum para diferentes tradições de revisão psicanalítica.

Aos poucos, o interesse em resgatar a obra e o pensamento de Ferenczi, esquecido durante décadas, generalizou-se, principalmente, após a publicação de seu Diário Clínico escrito em 1932<sup>4</sup> e depois do desmantelamento das crenças falsas difundidas por Ernest Jones sobre a pessoa Ferenczi.

Winnicott já era relido e pensado para além da clínica infantil e o seu pensamento foi revisto, assim como a Psicologia do Self de Kohut. O trabalho junguiano mostrou muitos pontos de convergência com o pensamento relacional. A teoria da vinculação começou a ser considerada central para a clínica psicoterapêutica. A pesquisa da área do desenvolvimento não deixou de fornecer evidências do papel central dos processos de intersubjectividade precoce no desenvolvimento psíquico e as Neurociências confirmaram o papel do ambiente relacional como agente na configuração de redes neuronais que recebem experiências emocionais em conexão com significados modificáveis pela experiência relacional.

Ao mesmo tempo, na sensibilidade relacional era intrínseco o questionamento dos preconceitos de género (Jéssica Benjamin, 2004), bem como as restantes reivindicações derivadas de desigualdades sociais, raciais e ideológicas e dos desencontros entre diferentes tradições culturais (Neil Altman, 2009) ou a revisão ética da prática clínica, a partir das contribuições de filósofos (Donna Orange, 2010).

---

4 Só foi publicado em 1988, quando J. Dupont, seu legatário, pode divulgar o texto, já em diferentes idiomas.

Resumindo esta evolução histórica<sup>5</sup> das raízes conceptuais de uma clínica relacional da saúde mental, a tradição psicanalítica, com o foco posto no intrapsíquico, vai-se vendo, progressivamente, influenciada por numerosos desenvolvimentos teóricos dos próprios psicanalistas – clássicos e contemporâneos – que se permitem pensar mais livremente, a par com os avanços no conhecimento, que contribuem para uma melhor compreensão da natureza e do funcionamento dos processos que intervêm na diferenciação da subjectividade.

Esta complexa dialéctica entre visões conceptuais opostas, as evidências da investigação e as perspectivas epistemológicas, configura-se em torno de dois desenvolvimentos cruciais já mencionados: a teoria da intersubjectividade (uma proposta que surge no âmbito da Psicologia do Self contemporânea, desenvolvida principalmente por R.D. Stolorow e D.M. Orange) e o que viria a ser chamada de psicanálise relacional, expressão cunhada pelo pensamento de Stephen A. Mitchell, aglutinador de uma ampla concepção que não parou de se expandir desde o final do século XX.

Mais do que as questões institucionais ou os debates historicistas, destacarei a variedade e a qualidade das contribuições que confluem nesta nova perspectiva, uma poderosa evidência da transformação de um pensamento que se iniciou com a enorme obra de Freud, mas aberto a ser revisto por Ferenczi e no contraponto dos contributos de Jung e, com estes, por profunda simpatia, os tantos inquietos que foram procurando as raízes fundadoras da subjectividade.

O que partilham as linhas de pensamento, que convergem no relacional, é o seguinte:

- a) Foram desenvolvidas por clínicos com um interesse genuíno no atendimento das necessidades dos pacientes, sem sacrificá-los às demandas da pesquisa, à rigidez das teorias e às interpretações “ortodoxas”.
- b) Consideram central observar (e intervir) na relação co-criada, cenário partilhado e vivido por ambos, paciente e clínico, com o que cada qual “coloca” da própria personalidade e das suas matrizes relacionais, influenciando-se mutuamente, embora com assimetria quanto à responsabilidade ética (já que é o clínico que cuida do paciente e não o contrário).
- c) Reconhecem que o paciente e o clínico vêm e pertencem a um contexto social que os determina, aceitando, conseqüentemente, o questionamento dos significados sociais e ideológicos da intervenção clínica, o sentido e a função que desempenha numa dada sociedade e quais valores essa sociedade promove e nega.

---

5 No meu trabalho em 2015 (a) incluo um diagrama desta evolução como Figura 1, e da integração de diferentes linhas de pensamento na perspectiva relacional, como Figura 2.

A partir destas premissas e com estes vectores de transformação, dialoga-se no espaço relacional. Um espaço que, mais do que uma abordagem teórica prescritiva, se tornou um ponto de encontro na América do Norte, Inglaterra, Itália, Canadá – entre tantas outras áreas culturais – desde 2000, e, em Espanha, desde 2002, não se parou de fazer contribuições sistemáticas, de se desenvolver ideias e experiências que transformaram a nossa prática clínica, bem como a nossa maneira de ver o mundo como indivíduos e clínicos, um *mundo* cujas referências globais estão em profunda transformação.

Nesta mudança de tendências e identificação dos desafios da clínica orientada pelo pensamento relacional, a partir da base histórica descrita, farei primeiro uma viagem pelas suas abordagens conceptuais. Especificarei algumas propostas sobre diagnóstico e psicopatologia e, por fim, abordarei questões sobre a técnica, tudo isto à luz e sob o prisma do que nos trazem as abordagens e os resultados das pesquisas em Neurociência, Desenvolvimento Humano e Processo de mudança em psicoterapia.

### **O que é o Relacional?**

Entendemos como Relacional uma perspectiva a partir da qual se compreende a natureza dos processos humanos e sociais; processos que se manifestam tanto no desenvolvimento da subjectividade de cada ser humano (cuja natureza carrega uma intersubjectividade constitutiva, uma vez que o humano vem à vida orientado para a conexão social), como nas formações sociais resultantes da acção humana, todas elas derivadas de estruturas de relacionamento, numa matriz sócio-subjetiva constituinte.

O sujeito, a partir do temperamento com que o dota o seu legado biológico, desenvolve-se e molda-se no único mundo possível, o mundo relacional (Tronick et al, 1978; Stern, 1985; Trevarthen, 1993) através de suas redes de laços sociais e emocionais (desde os cuidadores primários à complexidade social posterior), participando no seu desenvolvimento e mudança<sup>6</sup>.

Resultante e agente da teia relacional vivida, o ser humano está em constante construção, uma construção feita nas ondas das experiências vividas, constantes potenciais de transformação, em cada nova experiência, inevitavelmente relacional, seja qual for a sua qualidade.

Cada olhar, cada contacto corporal, cada sintonia potencial ou ruptura com os outros significativos, que povoam os nossos contextos, contribuiu, de alguma forma, com o filtro do nosso temperamento, para que sejamos o que somos: potencialidades de acção e experiência dotadas de sentido em cada relação concreta, tanto nas interacções “reais”, como naquelas que são conteúdos do mundo mental subjectivo,

---

6 Sobre o papel da ligação emocional na construção e implantação da subjectividade, bem como os fatores evolutivos que a marcam, ver o trabalho de R. Riera (2011).

fantasias ou impressões mnésicas. Uma e outras contribuem para a constância objectal, para que nosso Eu permaneça, até certo ponto, integrado, manifestando-se nas, e com, as suas multiplicidades.

Pensar o outro, representando-o mentalmente, sentir com o outro, na assimilação e empatia experiencial, imitar e sentirmo-nos imitados, deduzir as intenções dele e sermos reconhecidos, reconhecer (-nos) nas nossas diferenças e, ao mesmo tempo, nos laços e nas fracturas, essa é a tarefa vivida, consolidada, procedimentalmente, em padrões relacionais que constituem os nossos sistemas de conhecimento relacional implícito, *que são tanto dos outros quanto de nós próprios*. Por isso, “Mentalizar” (Fonagy, 1989; Coderch, 2010) a matriz relacional a que pertencemos e em que existimos, será um processo central de estruturação da subjectividade, através de nos pensarmos com os outros e conosco próprios, nas nossas semelhanças e diferenças. Construimos, à vez, representações dos outros e de nós mesmos, não por meio de identificações, projecções e introjecções entre sujeitos já diferenciados. Os significados de quem/o que somos e quem/o que são os outros, resultam de um processo, intrinsecamente, grupal.

Entre as premissas teóricas<sup>7</sup> ou conceitos centrais da abordagem relacional, devemos acrescentar, ao que já foi dito, pelo menos três precisões conceptuais:

- A ruptura com a distinção cartesiana mente-corpo, que nos prendeu em uma concepção do sujeito como uma “mente isolada” (o que a psicanálise clássica descreveu como estrutura psíquica organizada a partir da interacção inconsciente das pulsões em conflito com o social), um mero recipiente de vestígios traumáticos, fantasias e defesas. A proposta relacional contribui com uma viragem profunda que pode resumir-se no deixar de considerar a subjectividade como “aparelho psíquico” contentor, para considerar *a subjectividade como resultado da matriz relacional ou teia vincular* composta pela história das experiências de relações significativas, através dos contextos vividos e dos traços psíquicos e neuronais que daí se articulam. A experiência psíquica e os processos mentais passam, assim, a ser considerados o produto de uma influência recíproca entre o sujeito e os outros num contexto intersubjectivo bidireccional (formado na intercomunicação de mundos de experiência em interacção recíproca), articulado em *princípios organizadores inconscientes* e em enredos intersubjectivos inter-fantasmáticos.

---

7 Continuo aqui qualificando as propostas de Coderch (2011) para mostrar minha própria visão do assunto, integrando o rico panorama de propostas constituintes (Mitchell, Stolorow-Atwood-Orange, Bromberg, Lachmann, Aron, e tantos outros), bem como avaliações anteriores (Ávila, 2015a). Ver, também, a recente contribuição de Carlos Rodríguez Sutil (2021b) intitulada “Epistemologia relacional e psicanálise”.

- O principal objecto de estudo da clínica relacional é a intersubjectividade, quer dizer, é o nível de fenómenos onde ocorre um intercambio intersubjectivo, determinante para construção da experiência subjectiva e para o desenvolvimento do self. A intersubjectividade trata-se de quando, pelo menos duas subjectividades, constituem esse campo, obrigadas ao reconhecimento mútuo e onde toda subjectividade se conhece no reconhecimento do outro num contexto sociocultural. A actividade psíquica desdobra-se em *padrões e conteúdos da experiência de relação* passíveis de ser representados, que surgem do desdobramento de necessidades humanas fundamentais (incluído vinculação e reconhecimento) e das dificuldades da articulação e desenvolvimento próprios. A intersubjectividade, no reconhecimento mútuo, é um aspecto intrínseco do desenvolvimento do self, no qual, a gratificação do narcisismo primário desempenha um papel determinante, até que possa ser substituída por transformações saudáveis do narcisismo na interacção social. O subjectivo e o interpessoal determinam-se, reciprocamente, mas, assumimos que o subjectivo se constitui mediante a inscrição-intervalização das experiências intersubjectivas. Estas experiências intersubjectivas internalizadas são mediadas biologicamente e articulam-se numa subjectividade que é, inevitavelmente, intra, inter e transsubjectiva e que se tece como uma narrativa identitária.

- Consequentemente, o conceito de inconsciente terá de ser reformulado, diferenciando os seus processos em diferentes dimensões que integram, pelo menos, três níveis de fenómenos: 1) *O inconsciente pré-reflexivo*, estruturas pré-reflexivas da experiência, derivadas das interacções precoces, que operam como esquemas<sup>8</sup>, o que Lyons-Ruth (1999) chamou de nível procedimental-implícito; 2) *O inconsciente dinâmico*, que era o objecto clássico da psicanálise, o pulsional reprimido<sup>9</sup>; mas também os estados afectivos sepultados por defesas, ao não receberem validação empática do meio ambiente, para se protegerem de retraumatização e 3) *O inconsciente invalidado* [experiências que não puderam ser articuladas porque nunca evocaram uma resposta do ambiente que não cumpriu a função de dar palavra e significado, isto é, o *conhecido não pensado* (Bollas, 1987)]. Processos inacessíveis à consciência podem e devem ser compreendidos a partir dos seus contextos relacionais de origem e significação.

---

8 Princípios organizadores que operam fora da consciência, moldando e tematizando as experiências da pessoa.

9 Experiências que eram objecto de representação mental, mas às quais foi negada a articulação consciente por serem percebidas como ameaçadoras às relações essenciais para a sobrevivência física e mental.

Devo acentuar que o relacional não constitui uma escola ou abordagem do pensamento psicológico, como escolas e abordagens que são determinadas por tradições históricas ou de autor, mas sim uma perspectiva para o conhecimento; experiência e acção humana. Não é relacional observar relações ou, simplesmente, considerar as manifestações dos processos psíquicos nas relações humanas, mas sim compreender a natureza intersubjectiva e social do psíquico e repensar o sujeito a partir dessa perspectiva. Não é relacional usar este termo como rótulo ou adjetivo sem estarem implicados os pressupostos fundamentais descritos.

Definido, então, nestes termos, o nosso objecto de estudo e práxis, identificaremos agora que conceptualizações psicopatológicas e que operacionalizações das técnicas de diagnóstico e intervenção são genuinamente características do pensamento relacional.

### ***Reconsiderando o diagnóstico e a psicopatologia***

Todo o diagnóstico implica algum tipo de categorização com referência às dimensões de normal - patológico. A psicopatologia tem-se constituído tanto na tentativa de sistematizar a observação clínica, como na produção de uma semiologia e linguagem que nos permita trazer a complexidade do sofrimento humano para a observação sistemática e para o diálogo consensual entre os clínicos. Originalmente, sobrecarregada na sua dependência do modelo médico da doença, a psicopatologia sempre esteve destinada à polémica, pois a singularidade da experiência, que se expressa no *facto psicopatológico* (um sujeito que sofre ou faz sofrer os outros, sem que o seu meio seja capaz de compreender e acompanhar ou tolerar tal sofrimento), não pode ser reduzida a entidades nosológicas, excepto para fins de comparação e de linguagem partilhada entre observadores. Mas nenhuma abordagem de categorias nos pode dar conta do que, na realidade, é importante nas pessoas: o que eu sinto, que tu sentes, que eu sinto... numa sequência infinita, onde todos os planos de intersubjectividade se cruzam, desde a figuração intrasubjectiva (o sujeito interpretando o seu mundo de experiência), a intersubjectividade que temos descrito nas relações interpessoais e fantasias sobre essas relações, à transsubjectividade (onde o subjectivo se transcende e se manifesta em fenómenos que escapam ao nosso entendimento).

Mesmo que não nos possamos desligar completamente do termo *psicopatologia*, o que vivemos na clínica não se reduzirá ao sintoma que a semiologia psicopatológica nos ajudou a reconhecer e delimitar, muito menos se reduz a identificar os “quadros clínicos”, que nos confundem mais que ajudam a ligar-nos e compreender o mundo de experiências do outro.

Se ficarmos no nível dos sintomas, deixamos de reconhecer a pessoa em quem eles se expressam, onde fazem sentido; se assumimos como determinada a estrutura e organização da personalidade e representarmos as características dinâmicas

e clínicas do sujeito, mediante uma categoria diagnóstica, para além de nossa tranquilidade conceptual, podemos perder a pessoa, que nunca será aquela síndrome ou entidade nosológica, por muitos critérios que cumpra. Em última análise, como destacarei mais tarde, a utilidade da identificação nosológica-diagnóstica é a melhor definição do tratamento e, como bem sabemos, se os diferentes “tratamentos” psicológicos têm algo em comum, é a sua dificuldade em ser generalizados.

Ao colocar o foco da indagação clínica nos sintomas ou quadros clínicos, afastamos da nossa tarefa essencial: viver a experiência do encontro que se pode tornar transformador, justamente, porque não “coisifica”, mas deixa em aberto a possibilidade de que a subjectividade possa emergir e, até certo ponto, seja conhecida e partilhada. Porque o ser humano apresenta um constante processo de individuação a partir da sua intersubjectividade essencial. É, portanto, como refere Rodríguez Sutil (2014), trabalhar com “a pessoa em relação e com os seus problemas”. Este é um bom ponto de partida para pensar os factos psicopatológicos do ponto de vista da clínica relacional, entendida como a “ciência humana e social” da experiência subjectiva. Partiremos do conhecimento de uma linguagem (a da semiologia e das classificações psicopatológicas consensuais) para, de seguida, não estarmos sujeitos às suas restrições, indo mais além do seu desejo reducionista e simplificador, como nos acontece, ao usar rótulos como Histeria ou Estado-limite, deixamos de conversar e partilhar com a pessoa, para nos gratificarmos com a descoberta de uma clínica “coisificada”.

Se queremos ligar-nos, compreender, reconhecer o outro na sua singularidade, deixando em aberto a oportunidade de transformação no encontro, o clínico deve procurar um equilíbrio, sempre instável, entre a necessidade de se reconhecer e de reconhecer o outro que se conhece, uma abertura à experiência que pode surpreender a qualquer momento. Nessa tarefa, os clínicos relacionais aceitam o desconforto de não “coisificar” o outro, escondendo-o atrás de rótulos diagnósticos e limitam, tanto quanto possível, a tendência de compreendê-lo a partir dos nossos esquemas internalizados derivados das teorias.

Superadas as exigências da clínica quotidiana, onde teremos de usar a nossa ética de ajuda e administrar os nossos recursos (veremos depois), abre-se um espaço onde teremos que desconstruir, sucessivamente, os filtros da nossa compreensão teórica, até que o encontro intersubjectivo singular emerge e inicia-se uma jornada única com cada pessoa e em cada contexto.

Nesta desconstrução, depois de estarmos implicados, nós, os clínicos relacionais:

- Configuramos um espaço de contenção com o outro e, posteriormente, um vínculo de suporte, após termos ultrapassado a atenção necessária às urgências da clínica, onde orquestramos, para as necessidades do paciente e seus limites de possibilidade, um conjunto de medidas que operam no real.

- Manifestamos a nossa compreensão experiencial sobre a qualidade e as características dos conflitos que se desenrolam em cada pessoa, principalmente, na sua expressão interpessoal, mas, também, na sua experiência intrapsíquica. (Consideramos que estão no âmbito do conflito os esquemas disfuncionais que operam fora da consciência, enquanto o transtorno deriva das limitações neuronais – de qualquer origem, traumática ou biogenética – no processamento dos referidos esquemas).

- Consideramos que o conflito matriz é originado por déficits ambientais precoces, reeditados nas matrizes relacionais posteriores. A trama psíquica tece-se no conhecimento relacional implícito que deriva da matriz das relações iniciais, incluindo, progressivamente, nódulos conflituais derivados de cenários de carência afectiva ou que requerem uma super-adaptação compensatória do déficit. Esses conhecimentos relacionais implícitos são aqueles que se articulam como padrões de organização inconscientes (ou redes neurais específicas), que se repetem em cenários de relacionamento que contribuem para a sua activação. Esses “conflitos” são recriados, fora da consciência, na história do sujeito, através das relações e dos relacionamentos actuais, a relação terapêutica é uma oportunidade de aceder à sua experiência relacional e à possível modificação da mesma. Por isso, prestamos especial atenção às condições de déficit e à experiência traumática que todos os seres humanos carregam.

- Como Coderch sublinha (ver Coderch e Plaza, 2016), do ponto de vista da psicanálise relacional, a principal fonte de distúrbios emocionais que as pessoas apresentam, reside na falta de satisfação das necessidades emocionais do sujeito durante a infância (amor, atenção, cuidado, comunicação, aceitação do seu amor, compreensão, etc.). Por essa razão, os clínicos relacionais participam na regulação de um equilíbrio óptimo de provisão-frustração, tendendo para a provisão que restaura lacunas relacionais fundamentais da pessoa.

- Depois de observá-las no encontro clínico, evitamos focar-nos na dinâmica e no controle das defesas mais evidentes, embora se procure privilegiar a aquisição de recursos, para activar defesas mais maduras e flexíveis.

- Consideramos as características da organização estrutural da personalidade observável (nas suas manifestações interpessoais), e nas suas expressões na clínica, aceitando que, qualquer uso de categorias é instrumental como protótipo de limites difusos, que nós, clínicos, usamos para reduzir, provisoriamente, as nossas limitações do conhecimento, e não como representações da “realidade” do sujeito da experiência.

- Reconhecemos a presença de determinantes temperamentais na expressão multifacetada da personalidade. A multiplicidade essencial da experiência que o sujeito constrói de si ocorre como uma integração entre a individualidade cultural-social e a biofísica em que se expressa.

- No nosso encontro possível com o outro, verificamos a reedição da matriz relacional que integra a constante evolução dos padrões vinculares vividos pela pessoa desde o nascimento, a partir dos quais, como indivíduo, percorreu a linha de desenvolvimento narcísico e configurou, até certo ponto, um padrão de vinculação dominante e fez a transição da dependência para a independência, estabelecendo (e recuperando) significados. A matriz que se reedita, no presente relacional, reúne essas características e surge, novamente, a oportunidade de regulá-las e desenvolvê-las.

- Uma psicopatologia não é relacional porque dá ênfase à descrição de como as “condições psicopatológicas” se expressam em disfunções nas relações interpessoais, mas porque identifica os processos psicogenéticos e evolutivos que determinam as bases relacionais do sofrimento humano que se expressa e é identificado como patológico.

Tendo em conta o exposto, mais que estabelecer uma *Psicopatologia*, nós, os clínicos relacionais, precisamos repensar a nossa prática e a nossa experiência clínica para identificar as bases relacionais do *sofrimento mental excessivo* e a sua expressão multifacetada no ser humano, na fantasia, no corpo e, claro, nas relações, tanto íntimas, como naquelas que, por efeito dos padrões de relacionamento social, actuam como agentes ou como vítimas. Este é o objectivo de nossa abordagem diagnóstica, a que me referirei a seguir.

Se não precisarmos de identificar categorias diagnósticas precisas que orientariam a nossa prática, que abordagens e técnicas diagnósticas serão úteis para nós? E por que precisamos delas?

Procedimentos diagnósticos, que consideram o sujeito como objecto de observação a ser compreendido o mais objectivamente possível constituem uma abordagem enganosa, mas não sem utilidade nenhuma. Observar é essencial, se suspendermos ao máximo o preconceito do observador, sem esquecer que será sempre uma observação participante, implicada e contextual. Observamos recolhendo todo o conteúdo da observação, o objecto da observação, o sujeito agente da mesma e o vínculo que nos une num contexto concreto. Sullivan ajudou-nos a entender o valor inestimável da indagação detalhada, como estratégia para alcançar um conhecimento mais complexo e profundo da realidade interpessoal que dá sentido a todas as experiências e que é crítica em relação a qualquer abordagem que se posicione num *continuum* normal-anormal, saudável-patológico. Por isso, reconhecemos a primazia indiscutível da entrevista clínica, que se dá, precisamente, no plano interpessoal através de uma investigação detalhada e permite-nos apreciar as subtilezas da conexão interpessoal, que deslizam pelas diferentes linguagens, verbais e não verbais.

São diálogos explícitos e implícitos, que facilitam a recolha de narrativas. Narrativas, essencialmente interpessoais, que nos remetem para o autobiográfico, para o

contextual, para o histórico-subjectivo e para a complexa matriz de significados presentes em qualquer encontro. O sujeito – supostamente observado – conta-nos histórias, que nós multiplicamos e replicamos em possíveis enredos de interação.

Por isso, a técnica diagnóstica essencial é a entrevista livre, em que facilitamos que o sujeito-suposto-observado narre as experiências e memórias, contribuindo com a sua narrativa de participante observador envolvido no que vivenciou. E o observador recolhe esta história da qual é participante – ela é relatada a ele – ressoa na sua experiência, tentando manter o equilíbrio de quem observa os acontecimentos, sem poder estar fora deles. Em torno da entrevista, qualquer tática que sirva à produção da narrativa será muito útil: por ex. induzindo a produção de narrativas interpessoais (RAP: *Paradigma de anécdotas de relación*<sup>10</sup>); indagando sobre recursos de mentalização (por exemplo, MEMCI<sup>11</sup>). E os recursos expressivos gerados pelo próprio sujeito (documentos pessoais e autobiográficos), ou o desenho, o rabisco ou o jogo, como suportes de uma narrativa rica em potencial, que ainda não possa ser transferida para a linguagem verbal, mas presente em seus conteúdos.

Cada abordagem nomotética, cada objectivação quantitativa ou psicométrica tenta reduzir a ambiguidade dos dados e, acima de tudo, a inconsistência dos critérios do observador, o que tem sido necessário para clarear interpretações ideológicas; mas, a riqueza dos dados, está no seu carácter ideográfico e, portanto, as chamadas técnicas qualitativas abrem a porta para que encontremos a subjectividade. O nosso propósito não é categorizar, mas sim saber, para abrir a porta para do autoconhecimento e do conhecimento partilhado.

Na clínica relacional, não será estratégico nem prioritário – embora seja enriquecedor – obter com precisão categorias de organização estrutural, padrões de vinculação, sistemas motivacionais intervenientes, níveis de defesas. Nem, obviamente, definir uma base de critérios de sintomas ou síndromes. O clínico relacional equilibra o conhecimento sistemático, formulado nas teorias, com o observável na singularidade da situação clínica, recusando-se a reduzir o observado à categoria de observação. Em contrapartida, vai construir a narrativa de uma experiência partilhada onde o sujeito-suposto-observado passa a ser agente de autoconhecimento através da função reflexiva que desenvolve no encontro com o clínico, onde ambos se conhecem. A estratégia diagnóstica consistirá em recriar a capacidade do sujeito de se observar no contexto interpessoal, permitindo-se ser acompanhado nessa observação. A técnica é o diálogo intersubjectivo em todos os planos da linguagem. As táticas do clínico ajudam-no a não recuar na investigação intersubjectiva. O propósito será despertar um campo de possibilidades que o sujeito-suposto-observado alienou para mitigar a ansiedade que o encontro interpessoal desperta, descobrindo o seu

---

10 O RAP (Paradigma de anécdotas de relación) é um método de evocação e recolha de narrativas de conflitos relacionais, que permitem inferir o Tema central do Conflito Relacional (Luborsky, 1990). Adaptação espanhola de Alejandro Ávila e Yolanda López del Hoyo.

11 MEMCI: Método de Avaliação da Mentalização no Contexto Interpessoal (ver em Lanza e Bilbao, 2019)

papel nessa espécie de inversão de papéis ou acomodação patológica (Brandchaft, Doctors & Sorter, 2010), que lhe permite reduzir o sofrimento da carência, do trauma ou do conflito, mas que é um obstáculo ao seu desenvolvimento pessoal.

### **Existe uma teoria relacional da técnica psicoterapêutica?**

As reflexões que acabamos de fazer sobre o diagnóstico indicam, claramente, a direcção e o significado da nossa resposta. Aceitemos formular um eixo técnico para a acção do clínico, que se estruture em torno da capacidade de obter conhecimento interpessoal dos processos intersubjectivos, que configuram a vida psíquica. Na essência, a nossa principal “técnica” é a observação participante mediada pelo questionamento ético do sentido da nossa participação e com o limite da nossa capacidade de estar em sintonia com o outro-que-sofre (Orange, 2011). Mas não estamos a falar de uma técnica instrumental, que possa ser descrita num manual operativo (embora na formação utilizemos ‘manuais operativos’ para construir melhores habilidades de observação dos fenómenos humanos complexos, evitando, no entanto, regras procedimentais a serem seguidas pelo clínico). Neste sentido, um de nós (Rodríguez Sutil, 2021a) publicou, recentemente, um manual “anti técnico”, no qual refere que o conhecimento técnico da experiência clínica, ao longo de décadas de prática e de diferentes pontos de vista, se equilibra na demanda intersubjectiva de co-criar o processo psicoterapêutico em cada díade.

Assim, o que, consensualmente, chamamos de “técnica” clínica é, nesta perspectiva relacional, uma forma particular de reflectir sobre e de viver a experiência da participação subjectiva do terapeuta e do paciente no encontro clínico, onde a experiência cooperativa de descoberta será o guia do processo.

Dialogando com um colega (Martínez Ibáñez, comunicação pessoal) identificámos uma série de premissas relacionais que dizem respeito ao que chamamos de “técnica”, são elementos que configuram a estratégia relacional de escuta/observação intersubjectiva que o clínico faz do sujeito-suposto- observado:

1. Colocamos em primeiro lugar, no centro da observação, a relação entre a pessoa chamada de paciente e o chamado terapeuta, pois é o campo partilhado por ambos ao qual temos acesso directo.
2. Privilegiamos pensar os fenómenos a partir da sua estrutura, causa e manifestação pelo menos no campo bi-pessoal, nunca apenas como pertencentes a uma única pessoa.
3. Focamos a nossa atenção (com o paciente) nos “acontecimentos reais” nos quais ele ou ela participa, sem substituí-los por fantasias, embora sem negar o papel da fantasia na identidade.

4. Pensar os pensamentos ou a mentalização, passa a ser o eixo principal da tarefa terapêutica, em conexão com as emoções que eles carregam e contextualizam<sup>12</sup>. Construimos, com a pessoa, linguagem e pensamento carregados de emoções, para a “experiência que não pode ser formulada” (D.B. Stern, 1997).

5. Para a compreensão do funcionamento mental utilizamos a teoria dos sistemas não lineares complexos (com o observador e o observado incluídos).

6. Reconhecemos a angústia em todos os seus planos de manifestação, desde a acomodação patológica, que reduz a ansiedade interpessoal, até a angústia em relação ao crescimento psíquico e não apenas à separação ou perda.

7. Definimos os movimentos do comportamento humano, tendo em consideração a vitalidade para sobreviver, a orientação para o desenvolvimento e para a vida.

Nas abordagens progressivas do método terapêutico, destaca-se o caminho que Kohut formulou há décadas para ter acesso ao campo intersubjectivo (objecto de estudo da intersubjectividade), ao que chamou método “empático-introspectivo” (1971,1977,1984). Neste método são investigados os princípios que organizam a experiência do paciente (através da nossa possibilidade de conhecê-los em ressonância empática), os princípios que organizam a experiência do terapeuta (através da introspecção) e o campo intersubjectivo criado entre eles (o vincular), que os inclui. Todos os diferentes planos e níveis de comunicação (verbal, para-verbal, não verbal, ressonância empática) estão presentes no encontro e no desdobramento das subjectividades no seu constante desenvolvimento.

A situação terapêutica<sup>13</sup> é bi-pessoal e eticamente igualitária, embora, moderadamente, assimétrica em seus papéis. Gira em torno da experiência e exploração da influência mútua entre os dois participantes, como ocorre essa influência e co-determinação permanente, sem uma hierarquia de valores associada a esses dois papéis. A sua principal propriedade é a mutualidade, entendida como o reconhecimento mútuo da experiência partilhada pelo clínico e pela pessoa que busca ajuda e da influência mútua que exercem um no outro (Aron, 1996, 2013). O recente debate sobre o papel do enquadramento na situação terapêutica (Coderch e Codosero, 2015; Ávila, 2015b) fornece reflexões centrais sobre o equilíbrio entre os limites de protecção necessários para todos os participantes e a flexibilidade que facilita o aproveitamento pleno da experiência que se vive na clínica.

---

12 Ver, também, o trabalho de J.J. Martínez Ibáñez (2012).

13 Configurada como terapeuta e paciente, num quadro, principalmente, ético, que configura e define o contexto de tal situação.

O processo de mudança, por ser estrutural chamamos-lhe “analítico”<sup>14</sup>, verifica-se quando ocorrem mudanças no conhecimento relacional implícito dos participantes, fundamentalmente, pela interação dos diferentes “mundos de experiência” ou intersubjectividade, o que requer um vínculo com constância e continuidade suficiente, uma magnitude que nunca pode ser objectivada com antecedência. Ou seja, só saberemos, experiencialmente, se estamos a mudar, o paciente com o terapeuta e o terapeuta com o paciente.

Os recursos tradicionais da técnica psicoterapêutica de base racional (a interpretação formulada e sua possível consequência, insight) podem contribuir para esse objectivo, mas a contínua conexão empática entre os dois, a chamada investigação empático-introspectiva<sup>15</sup>, sentida como um processo de influência mútua, é o eixo norteador do processo de mudança psíquica, derivada do profundo envolvimento emocional do terapeuta (e do paciente) no encontro intersubjectivo, que é, em última instância, um processo de ajuda humana, o que ocorre na psicoterapia. Não há neutralidade possível, como já enfatizaram Stolorow e Atwood (2013), mas sim envolvimento e mutualidade regidos pela ética.

Como sugerimos há duas décadas, quando recolhemos um longo percurso de estudo “técnico” e reflexão sobre o papel da subjectividade do clínico na sua prática (Aburto, Ávila et al, 1997), é através do envolvimento pessoal (ética e teórico-tecnicamente falando) que o clínico desempenha um papel primordial no tratamento, que se desdobra por processos de mutualidade e reconhecimento que não negam nem a diferença dos papéis, nem a sua assimetria funcional, na ética essencial do encontro, pressupõe-se dar<sup>16</sup> (espaço próprio) ao outro, reconhecê-lo. A mutualidade é um processo dinâmico, em que o paciente e o terapeuta são, mutuamente regulados ou, mutuamente influenciados, um pelo outro, consciente e inconscientemente. Essa regulação recíproca desencadeia sentimentos, pensamentos e acções, que se integram na experiência de cada sujeito.

Após décadas de observação e investigação do processo terapêutico e dos fenómenos envolvidos nos processos de mudança (ver abaixo), os temas habituais revisitados em todas as teorias da acção terapêutica requerem um repensar do seu carácter relacional central, tanto na essência como na natureza: aliança terapêutica, transferência, contratransferência, estilo do terapeuta, enactment, resistência, impasse, reacção terapêutica negativa, ansiedade de separação. Parte desse trabalho já foi realizada por autores relacionais (Orange, Atwood & Stolorow, 2012; Coderch, 2010, 2011, 2012; Buechler, 2015; Ehrenberg, 2016; entre outros). Diante da clássica concepção neutra e assimétrica da posição do terapeuta, que perpassa todos os conceitos acima mencionados, a perspectiva relacional transforma cada

---

14 Processo analítico ou Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica são sinónimos em termos das implicações teóricas, técnicas e éticas colocadas pelo contexto clínico.

15 O método descrito por H. Kohut (1971, 1977, 1984) ao qual já nos referimos.

16 No sentido de E. Ghent (1990, v. Castellana, 2014)

fenómeno do encontro clínico numa exploração respeitosa da realidade conjunta, dando origem a significados mútuos que terapeuta e paciente – como díade terapêutica na oportunidade de reencenação das suas matrizes relacionais – construíram. Algumas evidências derivadas da clínica em exame:

1 - Não há transferência e contratransferência, mas sim uma mútua influência bidireccional entre terapeuta e paciente, em todos os planos de conexão e interacção, significada pelos contextos actuantes nos diferentes níveis de fenómenos (intra, inter y transsubjectivos).

2 - Na situação analítica facilita-se – conjuntamente com outros factores subjectivos e ambientais – o desdobramento do processo que leva à mudança, um novo ambiente de experiência é criado e pode ser descrito como um equilíbrio óptimo entre “provisão relacional” (tanto quanto necessária, não mais, para restaurar faltas self-objetais e satisfazer necessidades básicas nesse plano) e “frustração relacional” (a mínima, mas necessária, que permita a percepção da falta, que possibilita a exploração activa do ambiente e a promoção espontânea do jogo e da criatividade). A provisão e a frustração relacional não são, deliberadamente, colocadas em jogo, são efeitos inevitáveis do encontro entre os mundos de experiência diferentemente organizados do paciente e do terapeuta. O terapeuta não “decide” recompensar ou frustrar, mas esses efeitos ocorrem e, conseqüentemente, podem ser observados, partilhados e pensados no desenvolvimento da tarefa terapêutica.

Em suma, o clínico relacional define a sua estratégia de mudança através de tudo o que lhe permite que a dimensão relacional se transforme no plano central da acção terapêutica e, nesse registo, as técnicas e tácticas que podem ser utilizadas são facilitadoras, mas não são consideradas agentes causais. A interrogação técnica que fizemos exige que agora nos posicionemos sobre o valor da pesquisa para o clínico relacional.

### **A investigação é útil para o clínico relacional?**

Vivemos na moda da *evidência*, presos no argumento “politicamente correcto” de que, tanto por razões científicas quanto socioeconómicas, as intervenções clínicas ou tratamentos realizados para aliviar o sofrimento das pessoas e curar a patologia devem ser baseados nas evidências científicas disponíveis e, conseqüentemente, devemos utilizar apenas aqueles que tenham a sua eficácia comprovada por meio de algum critério aceite pela comunidade científica. Isto leva-nos para o cenário dos “ensaios clínicos padronizados”, por exemplo: o “duplo-cego” que é extrapolado do campo da medicina para o campo dos tratamentos psicológicos e psicossociais e, quando esse nível de rigor não é possível, vai-se para o das evidências correlacionais, para além de outros níveis de evidências aceitáveis. Mas, se assumirmos essa posição, ignoraremos algumas das características essenciais das intervenções psicológicas, qualquer que seja o nosso quadro teórico de referência. Por exemplo, nós ignoramos que:

1. As intervenções psicológicas não se limitam à aplicação de uma tecnologia, inscrevem-se numa estratégia de influência interpessoal que uma pessoa desdobra na(s) outra(s), na qual podem ser utilizadas técnicas aparentemente estruturadas, mas que são, decisivamente, conotadas com a qualidade intersubjectiva da acção e dos múltiplos contextos presentes nos seus significados.

2. Problemas mentais e comportamentais, transtornos psicopatológicos, não são entidades patológicas específicas. Já insistimos que o modelo limitado das doenças infecciosas à clínica psicológica não é sustentável, pois não encontraremos no psíquico o agente mórbido que, controlado e erradicado, leva à saúde do organismo. Nem mesmo o aparente padrão repetido de características e dinâmicas de alguns transtornos de conduta (as fobias, por exemplo, e, especificamente, o medo de voar) não reduz as diferenças subjectivas e contextuais. Este é um bom exemplo de que podemos ajudar a pessoa a administrar melhor as suas dificuldades através da exposição progressiva à condição evitada, construindo esquemas mentais alternativos e adquirindo habilidades de controle da ansiedade, mas esse é o seu tecto de possibilidade: os procedimentos tecnificados facilitam a adaptação, mas o que fazem não ajuda o sujeito a construir-se e a desenvolver-se como pessoa. Entendemos que é daqui que começa a acção genuína e mais valiosa do clínico, que, como ser humano, utilizou o seu saber para diminuir o sofrimento e atender às necessidades de sobrevivência do outro. O clínico começa a desenvolver seu verdadeiro trabalho terapêutico ao participar no desbloqueio do crescimento da pessoa.

3. O agente 'técnico' da referida intervenção interage a um conjunto de níveis com o sujeito da intervenção, que não se podem limitar às variáveis que a técnica, supostamente, manipula. O 'técnico' pode-se imaginar a implementar um procedimento objectivo, mas os processos mobilizados não estão sob o controle da técnica. Por exemplo: o 'técnico' dessensibilizou o sujeito ao acompanhá-lo na exposição, mas as nuances externas à técnica manifestadas na sua interacção pessoal com o sujeito, e nos sistemas de significados mobilizados no vínculo, fazem a diferença para a pessoa, encarnada numa experiência que leva consigo, que não pode ser descrita nem avaliada.

4. Qualquer investigação requer replicação, dentro ou entre assuntos. Mas dois tratamentos psicológicos nunca são realmente comparáveis. Cada intervenção é única, cada díade terapêutica é única, cada sujeito é diferente do outro, cada momento do ciclo vital contribui com suas nuances. Cada intervenção ocorre num contexto e num tempo diferente. Não há replicação, apenas figuração de semelhança.

5. Consequentemente, todas as evidências disponíveis são artificiais, pois embora reúnam descrições e comparações sob certos controles, por

mais exaustivas, sistemáticas e aleatórias que possam ser, não há evidências de causalidade, apenas co-variação e probabilidade, que indicam tendências de fenómenos que poderiam ser repetidos, mas nada que pertença a um nível real de qualquer interacção concreta futura.

Essas reflexões levaram epistemólogos e clínicos como Hoffman (2009) a rejeitar a estratégia heurística e a defender para o clínico uma posição hermenêutica idiossincrática contextual e construtivista de cada interacção clínica. Recentemente, contribuí na mesma linha, refutando muitos dos argumentos usuais na cultura da “evidência”, obra à qual remeto o leitor (Ávila Espada, 2020).

Então, a pesquisa é irrelevante para o clínico? Obviamente, não, porque os médicos aprenderam muito com os avanços feitos em vários campos da pesquisa científica. No que se refere à compreensão do facto clínico, à escolha das suas estratégias e à reinterpretção de sua prática, tem havido resultados muito importantes em pelo menos três áreas de pesquisa: a) Neurociências; b) pesquisa em desenvolvimento humano; c) a investigação do processo de mudança (em psicoterapia)<sup>17</sup>. Em cada um desses campos temos extensas revisões que reúnem infinitos avanços; que nos permitem entender porque a nossa clínica tem de ser relacional; fornecem-nos ideias inestimáveis para resgatar o ser humano como agente de mudança; ensinam-nos que a relação terapêutica é o plano decisivo onde a mudança é promovida e articulada; para que o sujeito se torne um agente transformador de si mesmo.

Mas aprender com a pesquisa e fazer uso significativo dela, não significa que o clínico tenha apenas de usar as técnicas, supostamente, “validadas” pela pesquisa. O clínico precisa ouvir e construir um diálogo com o que a pesquisa descreve a partir de um determinado contexto. Não precisamos de generalizar o resultado de uma técnica, mas sim aprender a riqueza de possibilidades que a observação sistemática fornece para condições hipotéticas. O clínico vive na posição ideográfica, marcado pela sua sensibilidade aos processos subtis e complexos que podem ser representados. A pesquisa aspira ao ideal nomotético descritivo relacionado com o seu potencial explicativo-preditivo. Ao mesmo tempo, como o pesquisador, o clínico deve comprometer-se, eticamente, com o outro que sofre e não se submeter às demandas da sua ideologia clínica (teoria). O bom clínico é, essencialmente, um observador comprometido com a verdade da experiência (do paciente, do clínico) e, como tal, é um observador rigoroso, que faz ciência da experiência subjectiva.

O paciente muda expandindo os seus recursos de mentalização e/ou usando-os para desenvolver a sua intersubjectividade e procura no terapeuta um aliado para a mudança. As formas pelas quais o clínico participa desses processos são muito variadas, enquanto o paciente usa o clínico – conscientemente ou não – para se

---

17 Veja, a título de exemplo, uma contribuição derivada de um projecto desenvolvido no nosso contexto, há mais de uma década, publicado recentemente: Ávila Espada (2021).

desenvolver. Quando a investigação do processo de psicoterapia se aprofunda no caso único, detecta esses processos em um nível fino (micro), e quando tira conclusões da generalização de grupos clínicos e procedimentos comparados (nível macro), oferece resultados que o clínico terá de reconsiderar se são ou não aplicáveis ao contexto particular de cada intervenção.

Lingiardi, Holmqvist & Safran (2016) forneceram-nos, recentemente, uma excelente revisão sobre o possível diálogo entre a pesquisa em psicoterapia e a viragem relacional da clínica, onde mostram como décadas de pesquisas sobre a aliança terapêutica têm, progressivamente, proporcionado um entendimento clínico útil de quais decisivos são os processos relacionais envolvidos na mudança.

Este é o paradoxo relacional: os processos relacionais inerentes à intersubjectividade essencial do ser humano são examináveis sob condições de observação controlada e sistemática, com eles adquirimos um enorme conhecimento sobre o ser humano em muitas facetas (intersubjectividade precoce, vinculação, inferência intencional<sup>18</sup>, mentalização, ligação emocional, comunicação extra-verbal, etc.); mas, esse conhecimento não é aplicável de forma prescritiva como uma técnica ou tática; é um conhecimento que mobiliza as nossas capacidades de observação e auto-observação, contudo não nos fornece ferramentas aplicáveis de forma universal. Sem se enriquecer com as contribuições da pesquisa, o clínico desvaloriza as suas habilidades, com a pesquisa torna-se a prática mais técnica e esgota-se num mundo voltado para a tecnologia. Não podemos ceder a essa demanda, mesmo que necessitemos das contribuições da investigação – veiculadas com o “politicamente correcto” dos nossos porta-vozes – para nos permitir sustentar a nossa prática relacional. A subjectividade – produto da qualidade intersubjectiva – tem que prevalecer e assim evitar a alienação do subjectivo no controle social marcado pela macrotendência, que nos direcciona para um cenário onde a tecnologia da comunicação decide o que e quem somos.

Concluindo, destacarei alguns dos principais desafios que enfrentamos como clínicos relacionais.

### Principais desafios a enfrentar pela perspectiva relacional

*I. Saber transmitir na nossa prática a relacionalidade essencial do ser humano:* mais uma vez reiteramos que o que distingue a condição humana é a nossa essência social, tanto como origem como consequência dessa natureza. As

---

18 A inferência de intenções é um processo constatado na investigação do desenvolvimento cognitivo precoce e é essencial para o processo de mentalização. Inferir o que o outro, realmente, quer alcançar, em vez do que o que parece fazer (comportamento observável) é a chave para a ligação intersubjectiva. Ligamo-nos com o outro se conseguirmos ler as suas intenções e não as suas acções, e pretendemos integrar factos e intenções.

especificidades do ser humano (Linguagem, Memória Complexa, Teoria da Mente – como consequência a Educação – Jogos e Instituições) convergem todas como causa e consequência da nossa especificidade. Entre os nossos sistemas de necessidades (Relacionadas com o nosso próprio corpo; Sociais e de Conhecimento), o social é decisivo como contexto de provisão e como configurador da nossa acção e da nossa experiência.

*II. Incorporar a essência relacional da mudança:* a subjectividade, que nos dá, permanentemente, a base do sentido de Identidade, é diferente em cada pessoa e está sujeita à imprevisibilidade radical de se tornar ela mesma, *ela muda conosco*. Foi construída na interdeterminação entre as nossas possibilidades genético-biológicas e os diferentes ambientes intersubjectivos e sócio naturais da nossa existência. A nossa determinação genética está aberta a todos os factores epigenéticos que influenciam a organização neuronal muito complexa e progressiva, que será intensamente diferenciada nos primeiros anos de vida e, de forma menos decisiva, ao longo de todo o ciclo da vida. A nossa plasticidade neuronal, as contribuições dos primeiros e posteriores ambientes intersubjectivos, de cuja co-construção participamos, permanentemente, a diferenciação de uma realidade psíquica subjectiva, configuram-se entre si numa dialéctica essencial entre traços sinápticos e traços psíquicos. Somos participantes inevitáveis da nossa história e do nosso devir e é isso que nos diferencia, na essência, como seres humanos.

*III. Recuperar a participação e o sentido socio-subjectivo na nossa prática clínica:* a perspectiva relacional, através da análise dos fenómenos de vinculação (intra, inter e trans-subjectivos) que integram a matriz relacional, além de transformar a clínica psicológica, e, em particular, a psicanálise contemporânea, ofereceu novos horizontes para o clínico, que, para além da sua afiliação conceptual, lhe permitiu recuperar uma ilusão dotada de significado para o trabalho com o paciente, graças à valorização do significado do seu envolvimento e participação no processo de mudança, um processo em que todos os presentes são co-participantes.

*IV. Pensar criticamente as teorias nas quais nos construímos:* A perspectiva relacional fornece a base para pensar sobre uma renovação conceptual de todas as teorias e métodos de acção clínica. As propostas que aqui sintetizamos não se formulam como proposições dogmáticas, mas sim como eixos para pensar, uma vez que todas as teorias clínicas têm de enfrentar a presença contínua do factor intersubjectivo, com a natureza vinculativa dos fenómenos observados na clínica, que não são apenas propriedades da psique ou do comportamento do paciente, mas sim fenómenos de um sistema mais amplo, representado na clínica pela complexidade do sistema paciente-terapeuta-instituição-sociedade.

*V. Filiar as nossas raízes para nos reconhecemos na sua evolução:* a tradição vinculativa, fundamento da preocupação pela transformação da nossa teoria e da nossa prática clínica, conduziu-nos a este diálogo, no qual reflectimos sobre as propostas teóricas e técnicas que nos permitem entender o nosso trabalho. Destacamos o legado da Psicanálise Interpessoal, da Teoria da Vinculação, do pensamento winnicottiano, da Psicologia de Duas Pessoas e da Psicologia do Self, da primeira Psicanálise Relacional ou da Teoria da Intersubjectividade. Todas elas são abordagens que convergem nas preocupações partilhadas por muitos de nós: aprender com a experiência de nós mesmos com e através dos nossos pacientes, manter viva a esperança de transformação e defender o encontro de contribuições de diferentes tradições teóricas e clínicas.

*VI. Aceitamos que a perspectiva relacional se transforma, constantemente, com as contribuições de múltiplas disciplinas e níveis de análise que a enriquecem e questionam:* Entre elas, e como Coderch sublinhou, a Teoria do Conhecimento, a Fenomenologia e Hermenêutica, a Antropologia e a Cultura, além de disciplinas clínicas e contribuições da investigação. Ambas convergem num ethos em que a maior e melhor consciência social do valor da subjectividade, face à alienação provocada pela evolução da sociedade tecnológica, tem contribuído para reivindicar o carácter relacional da individualidade como essencial à evolução. Como se reflecte, abundantemente, na cultura, na literatura, na arte, onde surgem novas formas de relacionamento e, sobretudo, a primazia dos valores do encontro pessoal sobre os perigos de esvaziamento dos objectos do Eu, por detrás de um disfarce social tecnológico pseudo-comunicativo, no qual, podemos ficar enrolados. O clínico de hoje é chamado a implicar-se no atendimento de necessidades contextuais e actuais do sujeito, uma vez que não há mudança duradoura possível desligada dos vectores de transformação da sociedade contemporânea.

*VII. Aprendemos com a investigação, mas sem abrir mão da nossa essência clínica:* as evidências fornecidas pelas pesquisas em Neurociências nas últimas décadas sustentam uma causalidade psíquica capaz de modelar o orgânico (Kandel, 2007a, 2007b; Damásio, 2006), com os conceitos de Plasticidade e Marcador Somático, o que, essencialmente, significa que a experiência pode ser inscrita na rede neuronal, efectuando assim uma mudança psíquica e uma incorporação da experiência emocional. Na experiência, em geral, aquela que tem um carácter transformador é a experiência relacional, como mostram as pesquisas de desenvolvimento que destacam a forma como a subjectividade é construída na intersubjectividade precoce, e como os processos de vinculação e regulação mútua, constituintes das primeiras experiências, são, fundamentalmente, os mesmos que contribuem para modificar o conhecimento relacional implícito na experiência terapêutica e vital do adulto.

O nosso desafio é, assim, praticar clínica sem ceder às pressões da tecnologização<sup>19</sup>, conscientes que nos envolvemos relacionalmente, que estamos no registo dos processos de mutualidade e que, ser clínico, significa estar aberto às surpresas da alteridade e à riqueza da “terceridad”<sup>20</sup> humana. Isto merece o esforço da nossa prática, uma dialéctica entre as emoções e a reflexividade partilhada no encontro clínico, que nos permite recuperar a esperança de realizar uma prática clínica significativa. Assim nos tornamos pessoas, todos nós, trilhando o caminho de mudança com os outros.

### Nota de Agradecimento

Ao Hélder Chambel e ao Filipe Baptista-Bastos pela revisão generosa e aprofundada da tradução deste texto para português.

### Referências

Abello Blanco, A. y Liberman, A. (2011). *Una introducción a la obra de Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional*. Ágora Relacional.

Aburto, M., Ávila Espada, A. et al. (Colectivo GRITA). (1999). La subjetividad en la técnica analítica. *Intersubjetivo*, 1(1), 7-55.

Aburto, M., Ávila Espada, A. et al. (Colectivo Grita). (2007). La terceridad y el cambio según el psicoanálisis relacional. Breve vocabulario. *INTERPSIQUIS*. 2007

Altman, N. (2011). *The Analyst in the Inner City* (2<sup>nd</sup>. Ed.). *Race, Class and Culture Through a Psychoanalytic Lens*. Routledge.

Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press (v. castellana: *Un encuentro de Mentes*. Univ. Alberto Hurtado, 2013).

Aron, L. (2013). Prefacio a la edición castellana de *Influencia y Autonomía en Psicoanálisis* (S.A. Mitchell). En *Ibid*. Madrid. Ágora Relacional (pp. 11-28)

Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 2, 195-220.

Ávila Espada, A. (2013a). Hacernos personas recorriendo el camino del cambio. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(1): 79-86.

---

19 Este aspecto foi desenvolvido por J. Coderch nas suas obras de 2017 e 2018.

20 Para uma revisão sobre este conceito, ver Aburto, Ávila et al (2007).

Ávila Espada, A. (2013b). La relación, contexto determinante de la transformación. Reflexiones en torno al papel de la interpretación, el insight y la experiencia emocional en el cambio psíquico. *Temas de Psicoanálisis* n.º 6, Julio 2013.

Ávila Espada, A. (Ed.) (2013c). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en Psicoanálisis*. Ágora Relacional, Col. Pensamiento Relacional n.º 8.

Ávila Espada, A. (2015a). Psicoterapia psicoanalítica relacional. Lugar de encuentro de la evolución del psicoanálisis. Cap. 3 (pp.41-62) en la obra de J. Guimón (Coord.) *Un cuarto de siglo de psiquiatría psicodinámica*. Eneida/Puntos de Vista 40.

Ávila Espada, A. (2015b). Del encuadre como factor técnico a la intersubjetividad del vínculo terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (2): 394-397.

Ávila Espada, A. (2016). The intersubjective: A core concept for psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(3), 186-190.

Ávila Espada, A. (2020). La Psicoterapia y el Cambio Psíquico, entre las evidencias basadas en la práctica, y la práctica basada en las evidencias. Una reflexión relacional sobre la psicoterapia en el siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31(116): 29-52.

Ávila Espada, A. (2021). Can we learn on psychotherapeutic process dimensions with single case study?. A Comprehensive Model of Change Processes Integrating Qualitative & Quantitative Methods derived from a Case under Psychoanalytic Psychotherapy. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 273-301. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.452>

Ávila Espada, A. et al. (Colectivo GRITA). (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 4(2), 155-192.

Bacal, H.A. (Ed.) (1998). *Optimal responsiveness: How therapists heal their patients*, Northvale, NJ: Jason Aronson.

Balint, M. (1979). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Paidós (Trabajo original publicado en 1967)

Baranger, W. y Baranger, M. (1969). *Problemas del campo psicoanalítico*. B.A: Kargiema

Beebe, B. y Lachmann, F. (2013). *The origins of Attachment: Infant research and adult treatment*. Routledge

Benjamin, L. (2004). Beyond doer and done to: an intersubjective view of thirdness, *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 5-46. [Traducción castellana en *Intersubjetivo*, 2004, 6 (1), 7-38]

Bleger, J. (1959). *Psicología de la conducta*. Paidós, 1977

Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought known*. Free Association Books. [Versión castellana: *La sombra del objeto*. Amorrortu, 1992]

Boston Change Process Study Group. (2010). *Change in psychotherapy: A unifying paradigm*. Norton.

Brandchaft, B., Doctors, S. y Sorter, D. (2010). *Toward an Emancipatory Psychoanalysis*.

Brandchaft's Intersub-jective Vision. Psychoanalytic Inquiry Book Series.

Bromberg, P.M. (1998). *Standing in the Spaces. Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation*. The Analytic Press.

Bromberg, P.M. (2011). *The Shadow of the Tsunami and the Growth of the Relational Mind*. Routledge.

Buechler, S. (2015). *Marcando la diferencia en las vidas de los pacientes. Experiencia emocional en el ámbito terapéutico*. Ágora Relacional [Original de 2008]

Coderch, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Paidós-Fundación Vidal i Barraquer.

Coderch, J. (2006). *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis. Diversidad y vinculaciones interdisciplinarias*. Herder.

Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Ágora Relacional

Coderch, J. (2012). *Interacción, Realidad y Cambio Psíquico. La práctica de la psicoterapia relacional-II*. Ágora Relacional.

Coderch, J. (Coord.) (2014). *Avances en Psicoanálisis Relacional. Nuevos campos de exploración para el psicoanálisis*. Ágora Relacional.

Coderch, J. (2017). *Comprendiendo a una sociedad en cambio para comprender a los pacientes*. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (1): 51-69.

Coderch, J. (2018). *La apertura del psicoanálisis a la realidad social y personal de los hombres y de las mujeres*. *Clínica e Investigación Relacional*, 12 (1): 11-28.

Coderch de Sans, J. y Codosero Medrano, A. (2015). *Entre la razón y la pasión. Algunas reflexiones acerca del espíritu del encuadre en el Psicoanálisis Relacional*. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (2): 358- 393.

Coderch, J. y Plaza, A. (2016). *Emoción y relaciones humanas*. Ágora Relacional.

Damasio, A.R. (2006). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Crítica - Edición Drakontos Bolsillo [Original de 1994]

Daurella, N. (2013). *Falla básica y relación terapéutica*. Ágora Relacional.

Davies, J.M. (2007). Sobre la Naturaleza del Self: la Multiplicidad, el Conflicto Inconsciente y la Fantasía en el Psicoanálisis Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (1): 53-62.

Eagle, M. N. (2011). *From classical to contemporary psychoanalysis. A critique and integration*. Routledge.

Eagle, M.N. (2013). *Attachment and psychoanalysis: Theory, research and clinical implications*. Guilford.

Ehremberg, D.B. (2016). *Al filo de la intimidad. Extendiendo el alcance de la interacción psicoanalítica*. Ágora Relacional [Original de 1992]

Fabris, Fernando A. (2007). *Pichon-Rivière, un viajero de mil mundos. Génesis e irrupción de un pensamiento nuevo*. Polemos.

Fairbairn, W.R.D. (1952). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Hormé, 1978. (*Psychoanalytical Studies of the Personality*. Tavistock Press, de 1952, reimpresión en 1994).

Ferenczi, S. (1932). *Sin simpatía no hay curación*. *Diario Clínico de 1932*. Amorrortu, 1996

Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline personality. *Bulletin of the Anna Freud Center*, 12: 91-115.

Fonagy, P. (2013). There is room for more than doublethink: The perilous status of psychoanalytic research. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 116-122.

Freud, S. (1914). Introducción al Narcisismo. En *Obras Completas* (vol. II). Biblioteca Nueva, 1973. Zur Einführung des Narzi-mus. En *Studienausgabe* (vol. III). Frankfurt am Main : S.Fisher, 1975.

Greenberg, J. y Mitchell S.A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard University Press.

Hoffman, I.Z. (2009). Doublethinking our way to “scientific” legitimacy: The dissection of human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57 (5): 1043-1069.

Kandel, E.R. (2001a). *Principios de Neurociencia*. MacGraw-Hill. (Original de 2000).

Kandel, E.R. (2007a). *En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Katz (Original de 2006).

Kandel, E.R. et al. (2007b). *Psiquiatría, Psicoanálisis y la Nueva Biología de la Mente*. Ars Médica [Original de 2005]

Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. Int. Univ. Press. [v.c.: *Análisis del Self*. Amorrortu Ed.]

Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press. [v.c.: *La restauración del sí-mismo*. Paidós, 1980]

Kohut, H. (1979). *Los dos análisis del señor Z*: edición traducida y comentada por Rogeli Armengol, Ramón Riera y Silvio Sember. Herder. 2002.

Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Ed. A. Goldberg & P.E. Stepansky. University of Chicago.

Lanza, G. y Bilbao, I. (2019). Caracterización del Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI). *Aperturas Psicoanalíticas*, (60), e4, 1-17.

Lingiardi, V., Holmqvist, R. y Safran, J.D. (2016). Relational Turn and Psychotherapy Research. *Contemporary Psychoanalysis*, 52 (2): 275-312.

Luborsky, L. (1990). The Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) Interview as a versatile source of narratives. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding transference: The CCRT Method*. Basic Books.

Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry* 19:576-617. [Versión castellana en *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 4, 2000]

Martínez Ibáñez, J.J. (2012). *Las dos edades de la mente. Vicisitudes del funcionamiento mental*. Ágora Relacional.

Mitchell, S. A. (2000). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. Siglo XXI. [v. original de 1988: *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Harvard Univ. Press.]

Mitchell, S.A. (2015). *Influencia y autonomía en Psicoanálisis*. Ágora Relacional. [v. original: *Influence and autonomy in psychoanalysis*. The Analytic Press, 1997].

Orange, D.M. (2010). *Thinking For Clinicians. Philosophical Resources for Contemporary Psychoanalysis and the Humanistic Psychotherapies*. Routledge. [V. castellana: *Pensar la práctica clínica: Recursos Filosóficos para el Psicoanálisis Contemporáneo y las Psicoterapias Humanistas*. Cuatro Vientos, 2012]

Orange, D.M. (2011). *The Suffering Stranger: Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*. Routledge [V. castellana: *El desconocido que sufre*. Cuatro Vientos, 2013]

Orange, D.M. (2016). *Nourishing the Inner Life of Clinicians and Humanitarians; The ethical turn in Psychoanalysis*. Routledge.

Orange D., Atwood G., Stolorow R. (2012). *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Ágora Relacional, [V. original: *Working intersubjectivity: Contextualism in psychoanalytic practice*. Analytic Press, 1997]

Pichon Rivière, E. (1985). *Teoría del Vínculo*. Ediciones Nueva Visión

Riera, R. (2011). *La conexión emocional*. Octaedro [Original en catalán, publicado en 2010]

Rodríguez Sutil, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación y sus problemas*. Ágora Relacional.

Rodríguez Sutil, C. (2021a). *Pequeño Manual de Anti-técnica psicoanalítica relacional*. Ágora Relacional.

Rodríguez Sutil, C. (2021b). *Epistemología relacional y psicoanálisis*. Ágora Relacional-Serie Ensayos y Experiencias.

Safran, J.D. (2012). Doublethinking or dialectical thinking: A critical appreciation of Hoffman's "double-thinking" critique. *Psychoanalytic Dialogues*, 22, 710-720.

Safran, J.D. y Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impassess, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51 (3): 381-387.

Safran, J.D., Muran, J.C. y Shaker, A. (2014). Research on therapeutic impassess and ruptures in the therapeutic alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, 50 (1-2), 211-232.

Sainz, F. (2016). *Winnicott y la perspectiva relacional en Psicoanálisis*. Herder.

Siegel, D.J. (2007). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclée de Brouwer [Original de 1999: *The Developing Mind*. The Guilford Press]

Siegel, D.J. y Hartzell, M. (2005). *Ser padres conscientes. Un mejor conocimiento y comprensión de nosotros mismos contribuye a un desarrollo integral y sano de nuestros hijos*. Vitoria: La Llave [Original de 2003]

Slavin, M.O. y Kriegman, D. (1992). *The adaptative design of the human psyche: Psychoanalysis, Evolutionary Biology and the Therapeutic Process*. Guilford Press.

Stern, D. B. (2007). El ojo que se ve a sí mismo: Disociación, *enactment* y el éxito en el conflicto. *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (2): 329-358. [v. original: The Eye Sees Itself: Dissociation, Enactment and the Achievement of Conflict. *Contemporary Psychoanalysis*, 2004, 40:197-238]

Stern, D.B. (1997). *Unformulated Experience. From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*. The Analytic Press.

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal World of the Infant*. Nueva York: Basic Books. [Traducción española: *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Paidós, 1991

Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Norton & Co.

Stolorow, R. D. y Atwood, G.E. (1997). Deconstructing the Myth of the Neutral Analyst: An Alternative from Intersubjective Systems Theory. *Psychoanal. Q.*, 66:431-449 (Versión castellana en *CeIR*, 7 (1), 2013.)

Stolorow, R. D. y Atwood, G.E. (2004). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder. [Original *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. 1992] Traducción de Ángels Córcoles, M. Josep Estruch, Maite Jordán, Marta Lleonart, Núria Mata, Teresa Mas, Ramon Riera y Montse Ventura.

Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Orange, D. M. (2002). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. Basic Books.

Stolorow, R. D., Atwood, G.E. & Brandchaft, B. (Eds.) (1994). *The Intersubjective Perspective*. Jason Aronson, Inc. 220 pp.

Stolorow, R. D., Brandchaft, B. & Atwood, G.E. (1987). *Psychoanalytic Treatment. An Intersubjective Approach*. The Analytic Press. 1987. Pp. 187 pp.

Sullivan, H.S. (1963). *Estudios Clínicos de Psiquiatría*. Ed. Psique [Original de 1940]

Sullivan, H.S. (1964). *La teoría interpersonal de la Psiquiatría*. Horme. [v. *Interpersonal theory of Psychiatry*: edición a cargo de H. S. Perry y M. L. Gavel. N. Y: w. w. Norton & Co., 1953]

Tomasello, M. (2007). *Los orígenes culturales de la cognición humana*. Amorrortu [Original de 1999: *The Cultural Origins of Human Cognition*. Harvard University Press]

Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: an infant communicating.

En U. Neisser (ed.) *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 121-173). Cambridge University Press.

Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S. y Brazelton, T.B. et al. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J. Communication*, 27: 74-80.

Wachtel, P.L. (2008). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*. The Guilford Press.

Winnicott, D.W. (1979). *Realidad y Juego*. Gedisa [Original de 1951]