

## A personalidade muda?

Isaura Manso Neto

### Resumo

A autora pretende fazer uma reflexão sobre os resultados das psicoterapias psicanalíticas através da perspectiva das mudanças da/na personalidade. Começa por introduzir o conceito hipercomplexo de personalidade e carácter; assim, através dos seus vários constituintes, exporá os elementos que são passíveis de mudança, de transformação, de cura. Apresentará uma conceptualização psicanalítica em sentido lato e neuropsicanalítica, o que implica a consideração da grande importância dos processos e fenómenos inconscientes; salientará os padrões relacionais não conscientes e ego sintónicos, a sua dificuldade de diagnóstico, de eventuais alterações e os factores favorecedores dessas mudanças/alterações. Dito de outra forma, a psicopatologia relacional veiculada pela personalidade dos intervenientes de uma relação poderá ser trabalhada psicologicamente, mudada se identificada e acompanhada pelo desejo de mudança.

**Palavras-chave:** Personalidade; carácter, padrões relacionais, psicopatologia relacional, resultados das psicoterapias psicanalíticas.

### I - Introdução

A resposta a esta pergunta deve ser encarada com o maior cuidado possível na análise dos vários conceitos implicados e na síntese final - a conclusão.

Se achássemos que não muda, será que estaríamos aqui? Só curamos sintomas? E os sintomas não farão parte da Pessoa doente? E não será que podemos considerar alguns mecanismos de defesa e traços de carácter como verdadeiros sintomas?

Uma pessoa doente com sintomatologia diagnosticável no Eixo I das classificações internacionais tem uma personalidade diferente daquela que existe quando essa sintomatologia desaparece ou se atenua?

Fui educada psiquiatricamente, o que incluiu e inclui a formação dinâmica, num meio em que se considerava não a Doença, mas a Pessoa Doente. Alguns de nós lembrar-se-ão do complexo esquema conceptual concebido pelo Prof. Henrique Barahona Fernandes (1907-1992) sobre a Personalidade, com os vários níveis de profundidade em interacções recíprocas.

Para reflectir sobre este tema, teremos de clarificar a noção de personalidade; quais as áreas e elementos que a compõem e quais deles podemos mudar e como,

o que implica também a avaliação de resultados das intervenções psicológicas e psiquiátricas.

Muda-se a personalidade?

Talvez, Se quisermos, Se sentirmos necessidade.

E o que é querer? É ter consciência crítica – *insight* – de que algumas das nossas características são disfuncionais, patogénicas e ou patológicas para nós e ou para os outros; é preciso ter consciência da nossa psicopatologia relacional (Neto, 2014). Habitualmente, com excepção da existência de ganhos secundários, quere-se curar os sintomas. E o resto de nós?

E o que podemos mudar na personalidade? E através de que é que podemos mudar? Quais os mecanismos de mudança? E como se avalia o que se muda? E quem?

## II – Penso ser importante clarificarmos o que consideramos como Personalidade

Se formos consultar livros da especialidade, verificamos que fogem à definição clara deste conceito, bem como aos de carácter e temperamento.

Não se encontram com facilidade definições de personalidade em si mesma. Passa-se rapidamente para a semiologia das perturbações da personalidade. Esta foi uma das razões que me fizeram recordar com reconhecimento e gratidão alguns ensinamentos do Prof. Barahona Fernandes (1935). A forma como abordava a personalidade, não é tão óbvia como na altura me parecia, colocando a personalidade como conceito central na Medicina, como uma complexa e dinâmica organização estrutural somato-psíquica cuja textura não se pode separar da situação ambiental em que se encontra.

No Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora (2011), Personalidade vem definida como:

- Unidade integrativa de uma pessoa, compreendendo o conjunto das suas características essenciais (inteligência, carácter, temperamento, constituição) e as suas modalidades próprias de comportamento
- Consciência da unidade e identidade do eu
- Carácter daquele que é uma pessoa quer física, quer moral (personalidade jurídica).

### Carácter:

- Psicologia: maneira habitual e constante de reagir, própria de cada indivíduo
- Índole, temperamento
- Génio

### Temperamento:

- Conjunto de características psicológicas que estão na base do comportamento geral de determinado indivíduo; modo de ser, índole, feitio, carácter.

- Personalidade forte que não se deixa influenciar pelas opiniões dos outros

- ...

John Nemiah (1966) - 4ª edição da tradução da 4ª impressão, publicada em 1966: «Foundations of Psychopathology», Oxford University Press Inc., Nova York, EUA:

**Personalidade:** “termo usado frequentemente como sinónimo de carácter, a personalidade refere-se à soma total das pulsões do indivíduo, aos seus sentimentos, ideias, defesas, capacidades e talentos, ao seu comportamento social e às suas reacções, na sua organização global, incluindo-se os fenómenos comuns a todos os seres humanos, assim como aos que fazem com que cada pessoa seja uma unidade única.” (p.308)

**Carácter:** “este termo é frequentemente usado como sinónimo de personalidade. Num sentido restrito, refere-se aqueles aspectos da personalidade que constituem o Ego e que, na sua manifestação, fazem com que a pessoa seja distinta de outra pessoa.” (p. 302-3)

Henri Ey et al (1974), no seu manual de Psiquiatria aborda, assim, a Personalidade: “A Personalidade ou o ser consciente de si” (p.35).

“O corte transversal da vida psíquica passa necessariamente pelo estado do nosso corpo num dado momento. O corte longitudinal segue a trajectória da nossa história. As relações do nosso organismo e da nossa história são sempre problemáticas, por isso podemos admitir que a nossa história tal como a iremos compreender, isto é, a construção da nossa personalidade e do seu Mundo, não pode estar contida apenas nas moléculas materiais do nosso corpo ou nos circuitos funcionais do nosso aparelho neuronal cerebral. Ela é uma «auto-construção» que, dependendo basicamente do nosso corpo e tendo em conta os dados empíricos, junta ao nosso organismo a organização do Eu.” (p. 35-36).

É sobre este conceito de MOI que penso poder traduzir-se por EU que Ey elabora o conceito de Personalidade.

Este EU constitui-se sucessivamente como:

- Sujeito do seu próprio conhecimento,
- Artesão do seu próprio mundo,
- Autor da sua personagem,
- Mestre do seu próprio carácter. «..., mas é preciso repetir que esta organização da pessoa é essencialmente uma construção que se elabora em simultâneo pela organização neurobiológica, pelas experiências primárias, pelas relações inter-humanas, culturais, afectivas e sociais, pelas funções psíquicas de base, pelo carácter e pelo temperamento». E, é claro que grande parte desta organização é inconsciente nas 3 áreas que o caracterizam: dinâmico, implícito, e o subconsciente (p.-37).

Ey, na década de 70 do século passado, (p.122-132) falava da Semiologia das perturbações da personalidade como patologia do Eu e dividia-as em:

- 1 – Semiologia das perturbações do carácter
- 2 – Semiologia dos conflitos intrapsíquicos da pessoa (o Eu neurótico)
- 3 – Semiologia da alienação da pessoa (o Eu psicótico ou delirante)
- 4 – Patologia do sistema intelectual da pessoa (o Eu demencial)
- 5 - Agenesias da personalidade.

Porquê trazer para aqui um livro do século passado pelo qual eu própria não estudei profundamente? Porque me parece que é preciso o exercício do pensamento de forma diferente dos actuais manuais, demasiado espartilhados nas classificações internacionais e nas necessidades de estudos de avaliação, muito superficiais na conceptualização e compreensão da Pessoa e do seu adoecer.

Christian Scharferter (1996), na sua Introdução à Psicopatologia Geral, quando aborda a personalidade, é a do psiquiatra que é comentada em termos da sua psicopatologia e das características que deve ter e como se podem avaliar. A personalidade parece ser abordada através das várias funções: consciência, consciência do Eu, consciência da experiência da realidade, orientação, vivência do tempo, memória e recordação, atenção e concentração, pensamento, linguagem e fala, inteligência, afectividade, percepção, apercepção, delírio, energia vital, motricidade, agressão, obsessões e fobias, actos impulsivos, pulsões, sexualidade. Este autor é dos poucos que fala de temperamento, na área da energia vital: «A energia individual, a mobilidade e a energia actuante, determinam o «ritmo pessoal», o qual, juntamente com o estado de ânimo de base, constitui um componente essencial do temperamento.

O Psychodynamic Diagnostic Manual – PDM (2006) apresenta uma definição de personalidade no capítulo de padrões de personalidade: «Estamos a definir personalidade como maneiras relativamente estáveis de pensar, sentir, comportar-se, e de se relacionar com outros.... Alguns destes processos são conscientes, outros inconscientes e automáticos (ou, de acordo com uma linguagem da neurociência cognitiva, implícitos)» (p. 17, tradução da autora).

Defende que falar de perturbações mentais implica, antes de mais, compreender os processos mentais normais: «A Saúde Mental compreende mais que a simples ausência de sintomas. Envolve o funcionamento mental global, incluindo as relações; a profundidade, o alcance e a regulação emocionais; capacidades de ligação e de auto-observação... o funcionamento mental saudável é mais que a ausência de sintomas psicopatológicos observáveis. Envolve o conjunto total das capacidades humanas cognitivas, emocionais e de comportamento» (p. 2, tradução da autora). Considera haver um espectro entre formas mais flexíveis, mais normais, e as menos flexíveis de gerir a realidade interna e externa, de gerir e reagir às adversidades. Menciona estudos em que se sugere a avaliação de gravidade da perturbação da personalidade através da presença ou ausência das seguintes capacidades:

- Ver o self e os outros de forma complexa, estável e cuidadosa (identidade).

- Manter relações íntimas, estáveis e satisfatórias (relações de objecto)
- Experienciar no próprio e nos outros uma completa gama de afectos adequados à idade (tolerância afectiva).
- Regular impulsos e afectos de modo a promoverem adaptação e prazer, com flexibilidade usando defesas ou estratégias de vinculação.
- Funcionar de acordo com uma sensibilidade moral consistente e madura (integração do superego).
- Apreciar, se não mesmo confirmar, noções convencionais do que é real (teste da realidade).
- Responder á adversidade com os próprios recursos e recuperar dos episódios de sofrimento sem dificuldade excessiva (força do Eu e Resiliência). (p. 22, tradução da autora).

Se consultarmos bibliografia mais directamente ligada à neurociência, constatamos que nos capítulos dos livros e nos índices - Cozolino (2014,2006); Damásio, (2020, 2017, 2010, 1994); Melo (2017); Panksepp & Biven, (2012); Pliszka, S.R., (2003); Solms, M. (2015) o conceito de Personalidade não aparece. Encontrei referências ao conceito de Personalidade em Panksepp, J. (1998, p.16) no capítulo de “History and major concepts”, ao introduzir o tema do “hereditário / adquirido: 50% 50%; realça que nenhuns comportamentos são herdados formalmente; o DNA só transmite informação para a construção de cadeias de proteínas que se combinam entre si e com moléculas derivadas do ambiente numa variedade de formas tanto no sentido espacial como temporal. Já não há dúvidas que os tecidos cerebrais criam o potencial para que certos tipos de experiências ocorram, mas também não há dúvidas que as experiências de vida, sobretudo as precoces, podem mudar os pormenores do cérebro para sempre” (tradução da autora). Outra referência: Susan Hart (2008), no capítulo 14: “The Foundation of Personality: self and consciousness”, conclui (p.319): “a personalidade e as estruturas do self são criadas num contexto histórico através de experiências relacionais ao longo da vida. As estruturas básicas do sentido do self são fundadas na infância precoce e gradualmente, novas representações se desenvolvem reorganizando as primitivas. A organização cerebral radica em estruturas genéticas cuja maturação é indispensável para que esta evolução ocorra. O sistema nervoso necessita de estimulação para a sua maturação; uma estimulação desadequada na infância precoce tem como resultado danos neuronais. Para que o sistema nervoso adquira consciência reflexiva e graus cada vez mais complexos de consciência, os circuitos neuronais têm de ser coerentemente organizados” (tradução da autora).

É realmente difícil a exploração conceptual da personalidade de modo que seja possível saber o que se pode mudar neste sistema e como. Será que o termo permanece útil e válido cientificamente?

O que é um facto é que nas classificações internacionais há um conjunto de perturbações mentais referenciadas como Perturbações da Personalidade. Em minha opinião e na da psicoterapia analítica em geral, é sempre útil clinicamente

entender a personalidade globalmente, haja ou não critérios para classificar uma perturbação da personalidade. (PDM, 2006, P. 23).

Será que a podemos definir como a forma como cada um de nós desenvolve a sua mente de modo a encontrar soluções para as necessidades inatas que permitem a vida em interacção com o meio? Cito a forma como Mark Solms (2018) enumera estas necessidades inatas e as suas associadas “*predictions*” que traduzo como crenças, pressupostos ou mesmo profecias, dada a origem projectiva das mesmas, parecendo-me melhor que previsões:

- 1 - Necessitamos de nos relacionar/procurar compreender/ter curiosidade (*seeking* = libido) pelo mundo onde se satisfazem todas as outras necessidades básicas de fome, sede, sexuais, etc.
- 2 - Necessitamos de parceiros sexuais, (*lust* = desejo sexual)
- 3 - Necessitamos de escapar a situações perigosas (medo)
- 4 - Necessitamos de nos libertar ou atacar objectos perigosos (raiva / agressividade / combatividade)
- 5 - Necessitamos de ser protegidos por outros seres (*attachment* = vinculação)
- 6 - Necessitamos de proteger seres indefesos, sobretudo as crianças, nossos filhos (*nurture* = instinto maternal)
- 7 - Necessitamos brincar.

Arrisco uma definição: **Personalidade**, em sentido lato, é um sistema hipercomplexo, bio-psico-social, de variáveis hereditárias, congénitas e adquiridas através da família, da cultura, dos grupos sociais em que se está ou se vai sendo inserido que modelam a forma como gerimos as nossas necessidades e dificuldades. Tem aspectos conscientes, subconscientes e inconscientes. Utilizando uma expressão de António Damásio (2020, p.261), não será que podemos sintetizar dizendo que é a forma como o Ser humano se agarra à vida, procurando a homeostasia nas suas várias necessidades?

O **Carácter** é a forma única específica de cada indivíduo ser e de manifestar a sua personalidade na sua relação com a alteridade. Tem aspectos conscientes e inconscientes. É representado/mentalizado de forma diferente pelo próprio e pelos outros.

**Por vezes, surge a tendência de se falar de forma indiferenciada de ambos estes conceitos. Teremos de ter em conta, pois, ao pensarmos em personalidade, a existência de factores/variáveis:**

1 - **Hereditários e constitucionais** de natureza somática, neuronal, bioquímica; com níveis de expressão variados, a nível do temperamento, da energia vital, da libido, da agressividade, da sexualidade, dos pontos e áreas de vulnerabilidade. Estes factores não são alteráveis com os conhecimentos actuais.

2 - **Psicológicos primários, passivos, adquiridos precocemente**, fortemente determinados pela família e pelo meio sociocultural em geral: relações de objecto

primárias, identificações primárias, estrutura do Eu, incluindo os mecanismos de defesa, a maior ou menor estruturação do supereu, a maior ou menor capacidade de lidar com o conflito psíquico, a tolerância à frustração, a maior ou menor capacidade de lidar com a agressividade e a sexualidade. Dificilmente alteráveis até porque não consciencializáveis voluntariamente; necessitam de intervenção psicoterapêutica; a abordagem psicofarmacológica suprime / tende a suprimir os sentimentos desagradáveis, mas não altera a forma desadequada de reagir e compreender; não é curativa.

**3-Socioculturais:** são alteráveis com a informação, como o alargamento do conhecimento.

**4 - Psicológicos secundários,** caracterizados por um maior livre-arbítrio, resultantes da nossa acção sobre os outros, sobre o meio em geral, resultantes da identificação com e reconhecimento das nossas próprias acções. São desenvolvidos com a maturidade e a psicoterapia. Fazem, pois, parte das potenciais mudanças da personalidade.

Penso, pois, que a maioria das variáveis que nos constituem e as suas interacções são de natureza não consciente e automatizadas sem interferência da vontade. Poderão ser consciencializadas algumas *a posteriori* e por acção da vontade própria e ou de outros.

### III - As Mudanças da e na Personalidade

Quando pensamos na mudança da personalidade, estaremos a pensar na personalidade como um todo, nas suas várias componentes/áreas ou estamos a pensar em carácter ou mesmo em temperamento?

Podemos actuar em algumas áreas tal como não temos acesso, pelo menos ainda, a outras. Se tivermos em conta os grupos de variáveis citados acima, ao primeiro grupo ou não temos acesso ou temos de forma muito reduzida. Os do segundo grupo são de difícil acesso pela ausência da reprodução narrativa consciente, com acesso essencialmente por mecanismos transferenciais (Solms, 2018).

Este tema leva-nos, também, necessariamente aos estudos de evolução das terapêuticas em geral e mais precisamente aos estudos de evolução das Psicoterapias. De entre os elementos que se modificam em psicoterapia psicanalítica estão os mecanismos de defesa (Perry & al., 1993 In Ionescu & al., 1997). Estudos vários com pacientes psicóticos, antes e após internamentos hospitalares mostram que os mecanismos de defesa são importantes índices de diagnóstico e de evolução mesmo em pacientes esquizofrénicos antes e depois de internamentos hospitalares (Semrad & al., 1993 in Ionescu & al., 1997).

Em relação à avaliação do que se muda, Roth e Fonagy (1996), dizem a propósito das técnicas de medida: “Há algum consenso (Kazdin, 1994) em que as medidas

isoladas de avaliação da evolução são insatisfatórias, devendo ser independentes das necessidades dos investigadores e que devem ser baseadas em:

- Diferentes perspectivas (as do paciente propriamente dito, dos seus familiares e amigos, do terapeuta, outros membros do grupo terapêutico a que pertençam, acrescento eu, ou de observadores independentes) (p. 20, tradução autora).
- Diferentes funções mentais (tais como afectividade, inteligência, comportamento). (p. 20, tradução autora).
- Diferentes áreas do comportamento relacional/social (trabalho, casal)". (p. 20, tradução autora). Eu acrescento o funcionamento parental.

“... Além do mais, os terapeutas psicodinâmicos têm notado que o foco na mudança sintomática é inapropriado na avaliação do que muda na personalidade – que pode ser difícil de medir – e que é o objectivo da psicoterapia. Têm sido desenvolvidas técnicas de medida desta variável (e.g., Malan, 1976; Malan & Osimo, 1992), embora não seja muito clara a separação das mudanças sintomáticas (Mintz, 1981)». (p. 21, tradução da autora). Quando ultrapassamos /curamos sintomas também mudamos nas 3 áreas acima mencionadas. Em muitas situações o sucesso da terapia pode ser medido tanto pela melhoria do funcionamento dos pacientes como pela persistência da melhoria mesmo depois de terminada a terapia. Sugerem tempos de follow-up mais longos.

Wallerstein (1995), ao abordar os resultados de psicanálises e psicoterapias analíticas, defende que mais que avaliar se se estabeleceu ou não um processo analítico, é importante que se consiga benefício terapêutico, melhorando o que ele apelida de «mental economy of patients» (p.491) que traduzo por economia mental dos doentes. Conclui que se devem avaliar as capacidades psicológicas como reflectores das estruturas subjacentes («Psychological capacities as reflectors of underlying structure»).(p. 541-542).

A investigação conduzida por Fonagy e colaboradores (2002) (PDM, p.560) indicam que o Funcionamento Reflexivo (RF/FR) ou mentalização, é uma importante dimensão do progresso terapêutico. O RF dá a dimensão do grau desenvolvido pelo paciente para a construção de uma teoria do seu funcionamento mental – uma compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros. Usando a Escala de Avaliação da Vinculação de Adultos (EVA), Fonagy e Colegas (2002) avaliaram a capacidade individual para o RF / Mentalização e demonstraram como o desenvolvimento desta capacidade está significativamente correlacionada com o progresso terapêutico. Fonagy e Colegas verificam que o estabelecimento de ligações entre afecto e conhecimento são essenciais para o desenvolvimento de uma representação de um self activo e de uma capacidade de estabelecer relações próximas”

Posição semelhante tem Susan Hart (2008) que afirma que o insight e a sabedoria dependem desta capacidade. Crianças e adultos vítimas de grave negligência não desenvolvem esta capacidade de reflexão.

Não vou abordar aqui nem mencionar mesmo sinteticamente de que factores dependem a evolução e mudanças nas psicoterapias; apenas quero dizer que cada vez mais se pensa que os factores de progresso se encontram na relação terapêutica. (PDM, 2006; Frosh, 1997), nas características dos terapeutas para além das características dos pacientes.

**A complexidade é imensa. As mudanças podem ocorrer a vários níveis desde o mais somático ao sociocultural, com repercussões múltiplas, em todo o sistema.**

Quero, agora, abordar a minha experiência na dificuldade de induzir mudanças.

Como clínicos, na nossa intervenção terapêutica, temos de responder aos pedidos directos que nos fazem, mas também temos de ter em conta a nossa observação da pessoa em interacção com o seu meio, tal como Roth e Fonagy nos sugerem. Assim, teremos de tratar sintomas, mas também de actuar sobre formas de ver o mundo e estar em relação, se as considerarmos disruptivas, disfuncionais, patogénicas e patológicas. Estamos na área do carácter, dos núcleos caracteriais rígidos e inflexíveis completamente ego-sintónicos «couraça caracterológica» (Reich 1933, In Zimerman, 2001). O problema é que estas formas de funcionamento mental, adquiridas muito precocemente, geralmente por identificação com o agressor, não são reconhecidas pelo próprio como patológicas, antes pelo contrário, são aceites e até valorizadas. São verdadeiros sintomas ego-sintónicos. Face ao conflito, as personalidades com este tipo de traços de carácter defendem-se da ansiedade através de poderosos mecanismos de defesa que impedem a disrupção psicopatológica do próprio, não sendo diagnosticáveis no eixo I das classificações internacionais evitando sintomas, mas provocando uma pressão sobre os outros, não admitindo diferenças, exigindo submissão às suas necessidades e crenças, omniscientes e onipotentes, reagindo com agressividade à frustração e oposição às mesmas. São as neuroses e psicoses de carácter que encontramos, na clínica, sobretudo nos familiares dos nossos doentes. São algumas das Perturbações da Personalidade. Dizia o Mestre de alguns de nós – Dr. João dos Santos - que só conseguiríamos observar as perturbações caracteriais se fizéssemos clínica pedopsiquiátrica. Pela vida fora, fui-me apercebendo que basta estar com os olhos e a mente abertos, saber algo de história, estar atento aos movimentos sociais, ouvir atentamente os relatos das famílias que nos procuram directa ou indirectamente, para observarmos o agir destes núcleos caracteriais, com as terríveis consequências nos vários grupos sociais em que se incluem as famílias. Penso ser importante/útil introduzir aqui, como caracterizando em parte as perturbações do carácter, a noção de Bion de parte psicótica da personalidade, que se caracteriza por (In Zimerman, 2001):

- 1 – Fortes pulsões agressivo-destrutivas com predomínio da inveja e da voracidade.
- 2 – Baixíssimo limiar de tolerância às frustrações.
- 3 – Relações de objecto predominantemente de natureza sadomasoquista.
- 4 – Uso excessivo de clivagens e identificações projectivas.

5 – Ódio às verdades, tanto as internas como as da realidade externa, com preferência pelo mundo das ilusões e crenças.

6 – Ataque contra os vínculos de percepção e do juízo crítico como resultado do ódio às verdades.

7 – Sensível prejuízo da capacidade das funções do pensamento verbal, do conhecimento e do uso da linguagem como forma de comunicação.

8 – Substituição das capacidades de pensar e de aprender com as experiências, respectivamente, pela onipotência e pela onisciência, enquanto a arrogância ocupa o lugar do orgulho sadio e um estado de confusão impede uma discriminação entre o verdadeiro e o falso. Acrescento a conseqüente perturbação da empatia.

9 – Supersuperego – superego ideal que se pretende impor como verdade absoluta.

A parte neurótica da personalidade caracteriza-se essencialmente pela capacidade de tolerar a espera e a frustração, capacidade de tolerar o conflito, a culpa/responsabilidade e capacidade de viver a posição depressiva. Estas formas de funcionamento mental coexistem em todas as personalidades, mas em equilíbrios e quantidades variáveis, sendo a parte psicótica a que sendo mais dificilmente acessível ao insight se constitui como a de maior resistência à mudança.

Dizia-me, aos gritos, a mãe de uma jovem á beira da morte com um quadro anoréxico: «Não tolero. Tenho razão. A X não pode ver opai! Vai-lhe fazer mal!» Etc., etc. O tom era de uma violência invulgar e inadequado numa primeira entrevista. Confrontei-a com o facto de estar muito zangada, não admitindo a opinião de colegas que já consultara, insultando-os. Reagiu violentamente negando haver qualquer agressividade no seu espírito “até porque fazia parte de várias organizações internacionais pacifistas”. Acompanhei esta mulher vários anos e raramente descompensou sintomaticamente, restabelecendo-se rapidamente o seu equilíbrio defensivo.

“Sei perfeitamente o que digo. Eu sei ... Ele/ela tem é de fazer isto ou aquilo...”

Tratei e acompanhei vários pais e mães de doentes que recorriam ao Serviço de Psiquiatria e também na clínica privada, em contexto individual e de grupo. Acompanhei também algumas mães quando do meu estágio no então Centro de Saúde Mental Infantil. De 2000 a 2008, conduzi o GMF do Hospital de Dia do S. de Psiquiatria do HSM, onde estes tipos de interacções patológicas se observam com muita nitidez. O número preciso total de mães e pais com graves disfunções da parentalidade não tenho contabilizado. Em 1991, altura em que fiz um estudo sobre esta população eram 35 (Neto, 1995). Penso que, hoje, 26 anos passados, deve ultrapassar a centena.

**O que e como fazer?** Como fazer para substituir defesas tão rigidamente instaladas, como se de verdadeiros sintomas psicóticos se tratassem?

O psicoterapeuta terá de ter o engenho e arte para tornar suportável a consciencialização destas defesas e das conseqüências patológicas que

desencadeiam nos próprios e sobretudo nos outros. Há factores facilitadores por parte dos psicoterapeutas: autenticidade, capacidade de se ligar, de se vincular, a empatia em interacção com a compreensão da psicopatologia dinâmica em causa. Estes factores induzem uma contratitudo de bonomia que facilita a capacidade de confrontar, interrogar, e eventualmente interpretar estas economias defensivas fundamentalistas. Bonomia foi a palavra escolhida por Donald Meltzer num Congresso da EFPP, na década de 90 do sec. XX, quando o confrontaram com a sua suposta agressividade na interpretação. Respondeu que, na idade em que estava - próxima dos 90 - não dizia nada aos pacientes sem se sentir numa atitude de bonomia, de contra-transferência positiva.

Associo também com uma clássica discussão entre Kernberg e Kohut (Russell, 1985) sobre o manejo terapêutico da patologia narcísica. Kernberg insiste na interpretação precoce das defesas e da agressividade; Kohut defende a empatia para avaliar cuidadosamente quando e como interpretar. Na minha experiência têm ambos razão. Apenas acentuam o que a cada um parece mais importante.

«Seguramente que nem um nem outro terão toda a razão, mas talvez ambos tenham parte dela. (...) Não me destruirás, não te farei mal, não vou deixar que te aniquiles» (Neto e Dinis, 1994). Evoco Racker (1953) com o seu conceito de interpretação completa: é preciso, no mesmo momento da acção interpretativa, interpretar e compreender a motivação. Só assim o novo conhecimento será assimilável, contornando as defesas primitivas, abrindo a consciência para outras perspectivas do self, do outro e da relação. Também refere (pg.126-127) a CT concordante, decorrente da identificação com o ego do doente, concordante com o self dos clientes, mas também a CT complementar (empatia / identificação do analista com os objectos dos pacientes. Empatia não é sempre concordância com os nossos clientes/doentes. Bolognini (2004) separa claramente Empatia de Empatismo.

Há factores facilitadores do contexto terapêutico: o contexto grupal facilita o surgir espontâneo e mais rápido dos traços de carácter na relação através das transferências laterais, interpares. Na relação dual, o psicoterapeuta/analista está muito frequentemente impregnado de idealização, de transferências narcísicas que defendem o Eu do paciente de mentalizar a frustração, evitando-se assim o surgir claro de toda a violência que caracteriza a parte psicótica da personalidade.

O ciúme, a inveja e a agressividade são mais claramente detectados nas relações interpares, permitindo o trabalho psicoterapêutico. As confrontações e clarificações são mais toleradas se vindas dos pares, diminuindo as resistências e, assim, facilitando o surgir da agressividade e do funcionamento psicopatológico.

Nos grupos grupanalíticos, os terapeutas podem manter-se mais prolongadamente numa posição mais empática de compreensão e de explanação (Kohut, 1984), permitindo, assim, a continuidade do processo terapêutico. O processo é activado, com um nível de resistência tolerável, de modo a manter-se, evitando os *drop-outs*.

Habitualmente esboça-se e desenvolve-se o *insight* racional ou intelectual, sinal de que finalmente Se Pode Querer Mudar, possibilitando-se assim, a elaboração e perlaboração que induzem o *Insight* Emocional e a mudança.

“O novo conhecimento e as mudanças, mais ou menos criativas, só são possíveis se os circuitos cerebrais responsáveis pela capacidade de aprender estiverem intactos, se o novo conhecimento for convincente e não provoque um medo intolerável e desorganizante. Assim, seja quem for que apresente qualquer perspectiva nova deverá fazê-lo com afecto e convicção e também com a percepção que aprender pode ser difícil, levanta dúvidas e mesmo sofrimento, mas tendo em conta e transmitindo que será útil e prazeroso pelo menos a médio e longo prazo” (Neto & Godinho, 2006). Ou seja, com empatia e coragem.

Acho importante enfatizar agora que os padrões relacionais adquiridos muito precocemente não podem ser recordados de forma narrativa/declarativa, surgindo automaticamente nas várias relações que estabelecemos; são actuados, sentidos, vividos mas não são narráveis; na relação terapêutica podem ser consciencializados, identificados, mentalizados, compreendidos, interpretados, para que possam ser substituídos progressivamente por outros padrões relacionais mais homeostáticos, passíveis de novas automatizações /aprendizagens. Mas este processo de substituição de padrões relacionais é lento, oferece resistências à mudança, exigindo repetição, se possível com vários objectos relacionais como é o caso dos grupos. Nestes pretende-se que se estabeleça um meio seguro, uma matriz onde a partilha de semelhanças, a cumplicidade e o humor criem espaços de tolerância para compreender e eventualmente aceitar diferenças, uma matriz de intimidade, amizade e de predominante bem-estar onde novas e benignas representações de cada um possam ser descobertas substituindo as crenças/pressupostos primitivos e destrutivos para que as partes mais obscuras de cada um, mais dificilmente mentalizáveis por várias razões e mesmo mais desconhecidas, possam surgir, ser atempadamente reconhecidas e aceites como existentes pelo próprio e pelos restantes membros do grupo. Dito de outro modo, o treino do ego em acção favorece o desenvolvimento do princípio da realidade.

Mas uma matriz relacional, seja entre dois ou mais Humanos com este tipo de intimidade necessita de tempo e repetição; daí a importância da frequência e tempo total dos processos terapêuticos analíticos onde possa ocorrer a perlaboração que, parece-me, numa linguagem e aproximação teórica mais actual transmitida e enfatizada pela neuro-psicanálise, onde possam ocorrer as Reconsolidações que facilitam e induzem a automatização de novos padrões relacionais mais adequados e homeostáticos que substituam os primitivos. Como diz Solms (2017, 2018, 2020), a teoria da Reconsolidação é extremamente importante para compreender o mecanismo de acção da psicanálise/psicoterapias analíticas em que se inclui a Grupanálise e a psicoterapia analítica de grupo: os padrões relacionais não conscientes só podem ser realmente conhecidos num ambiente de intimidade, sendo repetidos espontaneamente, pela compulsão à repetição, o que permite

consciencializá-los, identificá-los e mentalizá-los; a(s) nova(s) relações estabelecidas com novos enfoques, novas compreensões, novas respostas, mais adequadas, podem ser também automatizadas substituindo as primitivas desadequadas. Este é o mecanismo essencial da cura em psicanálise/grupanálise/psicoterapias analíticas. Finalizo como comecei:

**Muda-se a personalidade?** Mudámos nós, terapeutas? E os nossos clientes/doentes? E em que aspectos? O que precisamos de mudar ainda? Será que ainda podemos? Tivemos ou temos consciência de sintomas ego-sintónicos? Poderemos dar “alta” quando detectamos a manutenção deste tipo de defesas patogénicas e patológicas não acompanhadas de CR/insight?

Sim, as mudanças ocorrem com relativa facilidade, nos sintomas e aspectos que nos fazem sofrer, que nos desagradam, nos sintomas ego-distónicos. Nos aspectos que não nos fazem sofrer directamente, nos aspectos e sintomas ego-sintónicos: talvez, é difícil, mas possível. Se quisermos, Se sentirmos necessidade, se formos ajudados por uma nova relação – a terapêutica. Mas também nesta relação altamente complexa, somos confrontados com conflitos contra-transferenciais. Não é fácil confrontar as pessoas que conhecemos, de quem gostamos, que procuramos ajudar/tratar, com aspectos desagradáveis, patogénicos e patológicos. Por um lado, teremos dificuldade em provocar mais sofrimento; mas esta atitude de aparente empatia pode estar justaposta ao medo da rejeição dos clientes e das consequências: *drop-outs* e abandonos precoces; estes colocando novas questões que poderão ser difíceis de tolerar: perda de clientes, desvalorização narcísica dos terapeutas, mas também um novo problema ético: não será que somos parcialmente responsáveis por não induzirmos mudanças? Um *drop-out* ou um abandono precoce implicam que mecanismos patogénicos e patológicos continuem a repetir-se pela vida na relação com outros. Empatia não é sempre concordância com o que é ego-sintónico dos nossos clientes. Stefano Bolognini (2004) distingue empatia de empatismo como uma resistência contra-transferencial à compreensão global do funcionamento mental dos clientes/doentes.

É-nos geralmente fácil e empolgante colaborar na correcção de representações decorrentes de crenças/pressupostos/projecções atribuídas no início da vida, culpabilizantes e desvalorizantes, na interpretação de sintomas disruptivos. Mas, identificar e confrontar pressupostos/crenças agressivas mais ou menos idealizados e racionalizados de várias formas de “bondade” e pragmatismo, com consequências nefastas para os objectos relacionais, não é fácil! Se o não fizermos estaremos a colaborar em padrões relacionais que se tenderão a repetir e mesmo agravar a médio e longo prazo, nomeadamente na relação com os dependentes, frequentemente os filhos. Ser analista/psicoterapeuta/grupanalista também requiere coragem que me parece fazer parte da empatia.

## Referências

Blatt, S. J., Auerbach, J. S., Zuroff, D. C., & Shahar, G. (2006). *Evaluating Efficacy, Effectiveness, and Mutative Factors in Psychodynamic Psychotherapies In Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations, (pp. 537-572).

Bolognini, S. (2004). *Psychoanalytic Empathy*. Ed. Free Association Books.

Damásio, A. (2020). *Um Epílogo. In Sentir & Saber – a Caminho da Consciência*. Edição Temas e debates - Círculo de Leitores.

*Dicionário da Língua Portuguesa* (2011). Personalidade. Porto Editora, p.1227.

Ey, H, Bernard, P., & Brisset, CH., (1974). *Manuel de Psychiatrie*, quatrième édition remaniée. Masson et Cie Éditeurs.

Fernandes, H. B. (1935). *Antropociências da Psiquiatria Vol I – O Homem Perturbado*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Frosh, S. (1997, 2006). The outcome of psychoanalytic psychotherapy. *In For and against Psychoanalysis* (pp.134 – 164). Routledge.

Greenspan, S. I., & Shanker, S.G. (2006). A developmental Framework for Depth Psychology and a Definition of Healthy Emotional Functioning *In Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations (pp.431-481).

Hart, S. (2008). The Foundation of Personality: self and consciousness *In Brain, Attachment, Personality – an Introduction to Neuroscientific Development*. Karnac.

Ionescu, S., Jacquet, M.-M., & Lhote, C. (1997). Utilizations des mécanismes de défense dans la pratique clinique *In Les mécanismes de défense – Théorie et clinique*. Ed. Armand Colin.

Kohut, H. (1984). *The Nature of the Psychoanalytic cure In How does Analysis cure?* Edited by Arnold Goldberg, with the collaboration of Paul Stepansky (pp.49 – 191). The University Chicago Press.

Nemiah, J.C. (1966) – *Fundamentos de Psicopatologia*. 4ª edição da tradução da 4ª impressão, Zahar Editores, publicada em 1966: «Foundations of Psychopathology», Oxford University Press Inc.

Neto, I. (1995). A Transmissão Psicológica Inter e Transgeracional do Narcisismo Deficitário. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 9, 15-25

Neto, I. (2014). Psicopatologia Relacional. Os Grupos Grupanalíticos como situações de Eleição para o seu diagnóstico e Tratamento. *Revista portuguesa de Grupanálise*, 69-76.

Neto, I., & Dinis, C. (1994). Patologia Limítrofe. Organização Borderline da Personalidade. Personalidade Borderline. Estados Limite. Síndrome Borderline OU Os Trabalhos de Hércules dos Psiquiatras. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 6.

Neto, I., & Godinho, P. (2006). Insights on Insight. *XI Symposium on Bipolar Disorders- The Life of Bipolar Patients* (simpósio). Lisboa, Reitoria da Cidade Universitária.  
PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations. Introduction, pp: 1-10; Personality Patterns and disorders P Axis, pp: 17- 69

Racker, H. (1953). Estudo IX- Contra-resistência e Interpretação. In Estudos sobre Técnica Psicanalítica. Artes Médicas.

Roth, A. & Fonagy, P. (1996). Translating research into practice – methodological Considerations *In What works for whom – A Critical Review of Psychotherapy Research* (pp.13 – 36). The Guilford Press.

Roth, A & Fonagy, P. (1996). Translating Research into Practice – Methodological Considerations. *In What works for whom? A critical review of Psychoanalytic Research*, pp: 13 – 36.

Sharferter, C. (1996). Personalidade e psicopatologia na psiquiatria. *In Introdução à Psicopatologia Geral*. Manuais Universitários 1, Climepsi editores, Lisboa, 2ª edição, 2002, pp: 5-6.

Sharferter, C. (1996). Energia Vital. *In Introdução à Psicopatologia Geral*. Manuais Universitários 1, Climepsi editores, 2ª edição, 2002, pp: 263-268.

Solms, M. L. (January, 2017). *The Scientific Standing of Psychoanalysis*. Presentation on The American Psychoanalytic Association, New York City.

Solms, M.L. (2018). The Neurobiological Underpinnings of Psychoanalytic Theory and Therapy. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 12:294. 1033897FNBH.2018.00294

Solms, M. L. (November, 2020). Conferência online da SPGPAG.

Wallerstein, R. S. (1995). The outcomes of Psychoanalysis and Psychotherapy at Termination and Follow-up. Conclusions and Directions *In The talking Cures – The Psychoanalysis and the Psychotherapies* (pp: 491; 540-542) Yale University Press.

Zimerman, D. E. (2001). Couraça caracteriológica. Parte Psicótica da Personalidade. *In Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise* (pp. 63-64. 315 – 316). Artmed.