

Contributos do Modelo de Duas Polaridades de Sidney Blatt para a compreensão da Psicopatologia e do Processo Psicoterapêutico

Rui C. Campos, Ph.D.

Resumo

Neste artigo discutem-se alguns dos principais contributos de Sidney Blatt, eminente representante da Psicanálise Americana. Muito em particular e, de forma mais detalhada, discuto o Modelo de Duas Polaridades, que constitui uma ferramenta de organização e compreensão, não só da Depressão, mas de outras formas de Psicopatologia, entendidas como um desvio no processo normativo de desenvolvimento, em resposta a perturbações nesse processo e, correspondendo a uma preocupação ou foco exagerados e distorcidos, numa de duas tarefas/processos/dimensões fundamentais: o *relacionamento interpessoal* e a *auto-definição*. No modelo esboçam-se duas configurações psicopatológicas; *anaclítica* e *introjectiva*, assim, o foco, do ponto de vista fenomenológico e desenvolvimental seja, respectivamente, colocado na primeira ou na segunda dimensão. Apesar da maioria dos quadros psicopatológicos se organizar em torno de uma das duas configurações, podem encontrar-se pacientes com características de ambas. Em alguns casos ainda, a presença de características de uma das duas configurações, oculta a verdadeira configuração psicopatológica, ou seja, os dois tipos de características podem co-ocorrer, mas numa constelação mais dinâmica. Apresenta-se uma vinheta clínica que ilustra bem este último aspecto, que constitui um *apport* mais recente do modelo.

Para além do Modelo de Duas Polaridades, Blatt elaborou também uma Teoria Representacional e estudou o processo de *Internalização*, domínios que não serão discutidos em detalhe neste artigo.

Apesar dos principais contributos do autor não se situarem ao nível da Técnica Psicoterapêutica propriamente dita, têm implicações claras para o processo psicoterapêutico, nomeadamente para a Psicoterapia da Depressão, implicações que são também discutidas no artigo.

Palavras-chave: Sidney Blatt; Modelo de Duas Polaridades; Psicopatologia; Processo psicoterapêutico.

Contributions of Sidney Blatt's Two-Polarities Model for understanding Psychopathology and the Psychotherapeutic Process

Abstract

In this paper I discuss some of the main contributions of Sidney Blatt, eminent author of the American Psychoanalysis. In particular and, in more detail, I discuss the Two Polarities Model, which is a tool for organizing and understanding not only Depression but also other forms of Psychopathology, understood as a deviation in the normative process of development, in response to disturbances in that process and corresponding to an exaggerated and distorted concern or focus, in one of two fundamental tasks/ processes/dimensions: *interpersonal relatedness* and *self-definition*. According to the model, two psychopathological configurations can be outlined; *anaclitic* and *introjective*, so the focus in a phenomenological and developmental point of view is placed, respectively, on the first or second dimensions. Although most psychopathological conditions are organized around one of the two configurations, patients with characteristics of both can be found. In some cases, the presence of characteristics of one of the two configurations conceals the true psychopathological configuration, that is, the two types of characteristics may co-occur, but in a more dynamic constellation. A clinical vignette is presented that illustrates this last aspect, which constitutes a more recent apport of the model. In addition to the Two Polarities Model, Blatt also elaborated a Representational Theory and studied the *internalization* process, domains that will not be discussed in detail in this paper.

Although the author's main contributions are not at the level of the Psychotherapeutic Technique itself, they have clear implications for the psychotherapeutic process, namely for the Psychotherapy of Depression, implications that are also discussed in the paper.

Key words: Sidney Blatt; Two Polarities Model; Psychopathology; Psychotherapeutic process.

Contribuciones del Modelo de Dos Polaridades de Sidney Blatt para comprender la Psicopatología y el Proceso Psicoterapéutico.

Resumen

Este artículo analiza algunas de las principales contribuciones de Sidney Blatt, eminente representante del psicoanálisis estadounidense, en particular, y en más detalle, analizo el Modelo de Dos Polaridades, que es una herramienta para organizar y comprender no solo la depresión, pero en otras formas de Psicopatología, entendida como una desviación en el proceso normativo de desarrollo, en respuesta a perturbaciones en ese proceso y, correspondiente a una preocupación o enfoque exagerado y distorsionado, en una de dos tareas/ procesos / dimensiones fundamentales: *relación interpersonal* y *auto-definición*. En el modelo se delinear dos configuraciones psicopatológicas; *anaclítica* e *introyectiva*, por lo que el enfoque, desde el punto de vista fenomenológico y del desarrollo, se ubica, respectivamente, en la primera o segunda dimensión. Aunque la mayoría de las

condiciones psicopatológicas se organizan en torno a una de dos configuraciones, se pueden encontrar pacientes con características de ambas. En algunos casos, la presencia de características de una de las dos configuraciones oculta la verdadera configuración psicopatológica, es decir, los dos tipos de características pueden coexistir, pero en una constelación más dinámica. Se presenta una viñeta clínica que ilustra bien este último aspecto, que constituye un aspecto más reciente del modelo. Además del Modelo de Dos Polaridades, Blatt también elaboró una Teoría de la Representación y estudió el proceso de *internalización*, dominios que no se analizarán en detalle en este artículo.

Aunque las principales contribuciones del autor no están propriamente al nivel de la Técnica Psicoterapéutica, tienen claras implicaciones para el proceso psicoterapéutico, es decir, para la Psicoterapia de la Depresión, implicaciones que también se discuten en el artículo.

Palabras clave: Sidney Blatt; Modelo de Dos Polaridades; Psicopatología; Proceso psicoterapéutico.

Introdução

Sidney Blatt é um eminente representante da Psicanálise Norte-Americana. Nasceu em 1928 e morreu em 2014. Foi para a Universidade de Yale, nos EUA, em 1962 e desde 1963 foi responsável pela secção de Psicologia do Departamento de Psiquiatria, até 2012.

No campo da Psicologia Clínica, são raros os autores que são simultaneamente Psicanalistas e investigadores empíricos consagrados (Auerbach, 2017). Para além de ter sido Psicanalista, Blatt realizou uma importante e intensa investigação empírica sobre o desenvolvimento da Personalidade, em Avaliação Psicológica, Psicopatologia e, mais recentemente, sobre o Processo Terapêutico. Manteve sempre o postulado que não só é possível, mas essencial, testar hipóteses construídas a partir da Teoria Psicanalítica, através da investigação. Disse, num artigo auto-biográfico publicado num número temático do *Journal of Personality Assessment* em 2006: “A experiência clínica, o desenvolvimento teórico e a investigação empírica foram sinérgicos no meu trabalho, cada um facilitando e reforçando os outros” (Blatt, 2006a).

Começou a sua carreira muito influenciado pela Psicologia do Ego e pela Psicologia do Desenvolvimento Cognitivo, por exemplo de Piaget e Werner, mas terminou-a como um *pensador relacional*, influenciado pela Teoria da Vinculação, das Relações de Objecto, bem como por conceitos da Psicanálise Relacional, Teoria da Intersubjectividade e Teoria da Mentalização (Auerbach, 2017).

Numa primeira leitura, as suas ideias parecem simples, demasiado lineares até, mas não são! Talvez o estilo de escrita escorreito, que contrasta com alguns autores europeus, conduza a essa percepção. A sua obra e o seu pensamento foram como

a sua vida; um constante exercício de construção de sinergias. Sidney Blatt foi um mestre no sentido mais nobre da palavra. Uma vida inteira de ligações e integração.

Duas formas de Depressão

Num artigo seminal de 1974, publicado na *Psychoanalytic Study of the Child*, o seu primeiro grande artigo, elabora em torno de duas formas de Depressão; *Depressão Anaclítica* e *Depressão Introjectiva*, a partir de dois casos clínicos. A sua humildade científica “obriga-o” em 2004 a reanalizá-los, integrando novos elementos decorrentes da investigação e elaboração posterior do modelo. O que aconteceu à época foi que, a dificuldade em conceptualizar diferentes tipos de Depressão com base em sintomas, o que resultava em subtipos normalmente muito heterogéneos (Blatt & Maroudas, 1992), levou vários autores, nomeadamente Blatt, a proporem diferentes tipos depressivos, com base em outros critérios que não as expressões sintomáticas; como é a *fenomenologia das experiências relevantes para os indivíduos* e que os podem conduzir à Depressão (Blatt & Zuroff, 1992, p. 527). Considerou que diferenciar tipos de experiências depressivas desta forma, podia ser útil para compreender melhor a etiologia e as múltiplas expressões que a Depressão assume, dada a sua complexidade e heterogeneidade (Blatt et al., 1982). Um dos dois tipos de Depressão propostos, o tipo *anaclítico*, inicia-se por perturbações nas *relações interpessoais* e é vivido, fundamentalmente, com sentimentos de *perda, solidão e abandono*. O outro tipo, *introjectivo*, é normalmente iniciado por perturbações no *Self*, experienciando o sujeito, quando deprimido, sentimentos de *falta de valor, culpa, fracasso e perda de controlo* (Blatt & Levy, 1998).

Na verdade, Blatt (1974) recorreu à conceptualização de vários autores da *Escola Psicanalítica*, como Abraham (1916), Freud (1917) ou Rado (1928) e à sua própria experiência clínica, para apoiar esta distinção entre duas formas de Depressão, centrando-se as experiências dos indivíduos depressivos à volta de uma de duas dimensões básicas da personalidade; o *relacionamento* ou a *definição do Self*, respectivamente (veja-se Blatt & Shahar, 2005). Blatt (1974, 2004) tentou desenvolver uma conceptualização unificada da Depressão, que integrasse quer os processos de incorporação oral, quer a formação do Superego e sugeriu que as formulações de Freud (1917) podiam permitir diferenciar dois tipos de Depressão: a) uma depressão focada primariamente em aspectos interpessoais, como a *dependência*, o *desamparo* e os sentimentos de *perda e abandono*; b) uma depressão que tem por base um Superego severo e punitivo, que se foca, primeiramente, no *auto-criticismo*, *baixa auto-estima* e em sentimentos de *insucesso e culpa*. Note-se que Rado (1928), distinguiu também duas vias para a Depressão: uma via caracterizada por *privação* - com raiva e pouca diferenciação do objecto - e uma via caracterizada por temas relacionados com a *culpa* e o *perdão* (Blatt, 2004).

O pensamento de Sidney Blatt é muito marcado por um olhar fenomenológico. Mais do que apenas, ou sobretudo, olhar para o que está perturbado, importa compreender o foco desenvolvimental, as preocupações e a vivência interna do

sujeito e quais as experiências mais relevantes para ele. Aliás, note-se, que apesar de posteriormente ter recebido a sua formação psicanalítica, Blatt nunca esqueceu a sua supervisão inicial com Carl Rogers e o seu foco na compreensão do *encontro terapêutico*, do ponto de vista do paciente (Auerbach, 2017).

Duas configurações psicopatológicas

A formulação posterior de Blatt sobre duas dimensões da personalidade foi para além da sua relação com a Depressão (Blatt & Maroudas, 1992). Inicialmente, distinguiu a Depressão Anaclítica da Depressão Introjectiva, mas, mais recentemente, generalizou esta distinção a duas *configurações primárias de Psicopatologia*. Aplicou também a distinção *Anaclítico versus Introjectivo* ao processo de desenvolvimento da personalidade. Na verdade, Blatt e colegas (e.g., Blatt, 2006, Blatt & Blass, 1990, Blatt & Shichman, 1983, Luyten & Blatt, 2013) conceptualizaram duas *polaridades/processos desenvolvimentais básicos*. Os dois processos evoluem de uma forma interactiva, recíproca, balanceada e mutuamente facilitadora, mas ao mesmo tempo numa tensão dialéctica, ao longo de todo o desenvolvimento. Um desenvolvimento harmonioso da personalidade envolve uma ênfase igual e complementar na individualidade e no relacionamento (Guisinger & Blatt, 1994). Um sentido do *Self* cada vez mais sólido, facilita o estabelecimento de relações cada vez mais maduras. Por sua vez, estas relações interpessoais mais evoluídas possibilitam o desenvolvimento de uma identidade mais coesa (Blatt, 1991).

Apesar de a “normalidade” poder ser definida como uma integração entre o *relacionamento* e a *auto-definição*, dentro dos limites dessa normalidade, os indivíduos podem colocar uma ênfase maior num dos dois processos de desenvolvimento, definindo-se assim dois estilos básicos de personalidade, *anaclítico* e *introjectivo*, respectivamente, consoante a ênfase é colocada no *relacionamento* ou na *individualidade/auto-definição*. Estas duas configurações de personalidade apresentam modos particulares de cognição, diferentes estilos de relação e diferentes tipos de mecanismos defensivos. O foco instintivo básico do *anaclítico* está na libido ao serviço da relação afectiva e intimidade. No *introjectivo*, está na agressividade ao serviço de auto-definição (Blatt, 1995; Blatt & Shichman, 1983).

Por vezes, no entanto, um acumular de experiências traumáticas, em associação com predisposições individuais, pode afectar o processo dialéctico entre as duas linhas de desenvolvimento (e.g., Blatt, 1991). Em resultado de desvios ligeiros em relação ao processo normativo, o indivíduo assumirá uma de duas possíveis *trajetórias*, construindo um dos estilos de personalidade. Mas nos extremos, uma centração excessiva numa das linhas de desenvolvimento, definirá uma de duas configurações psicopatológicas (Blatt & Shichman, 1983). A Patologia é vista aqui como resultado de um desvio no processo de desenvolvimento e, sempre, como a procura de um equilíbrio. Há uma semelhança importante relativamente aos aspectos estruturais e dinâmicos entre as diferentes patologias, dentro de cada uma das duas configurações, mas em cada uma delas existem vários níveis de estruturação;

desde as tentativas menos evoluídas, às mais evoluídas, de estabelecer relações interpessoais significativas ou um sentido do *Self* consolidado (veja-se Campos, 2017). Na verdade, podem definir-se linhas ao longo das quais os pacientes podem regredir ou evoluir; cada forma de Patologia constitui um ponto relativo de um *continuum* dinâmico dentro de uma configuração básica (veja-se Blatt, 2008; Blatt & Blass, 1992).

De uma forma esquemática, diga-se que o foco primário na Patologia Anaclítica está no relacionamento, na harmonia e no calor humano. As principais preocupações destes indivíduos têm a ver com a proximidade, o afecto e a dependência dos outros. As relações precoces são marcadas por experiências de negligência, de privação, de inconsistência ou de excessiva indulgência. As defesas são de tipo *evitante*. O estado afectivo dominante é marcado por sentimentos de abandono, solidão e de não ser amado e cuidado. As perturbações Borderline e Histriónica da personalidade, são exemplos de patologias nesta configuração. O foco primário na Patologia Introjectiva, por seu lado, é na auto-definição, auto-controlo, valor próprio e identidade. As principais preocupações destes indivíduos têm a ver com o *Self* como entidade separada e com a autonomia, poder, controlo e sentimentos de valor próprio e integridade. As relações precoces foram com figuras controladoras, intrusivas, punitivas, excessivamente críticas e/ou com tendência a julgar o sujeito. O estado afectivo dominante é marcado por sentimentos de inferioridade, falta de valor, culpa, podendo alternar-se com vivências de *poder* e *grandiosidade*. As perturbações Paranóide e Obsessivo-Compulsiva da personalidade são exemplos nesta configuração (Blatt, 2008). Note-se que, na Psicopatologia Introjectiva, o desenvolvimento das relações interpessoais está afectado, sendo as relações vividas e interpretadas fundamentalmente em função da *auto-definição*. Na Psicopatologia Anaclítica é negligenciado o sentido do *Self*, sendo este definido em função da qualidade das relações e do investimento do objecto no sujeito (Blatt, 2008).

A conceptualização de Blatt parece “convidar” à dedução de que a linha *anaclítica* seria predominantemente objectal e de que a linha *introjectiva* seria predominantemente narcísica (Campos, 2017). No entanto, esta aproximação é apenas aparente. O investimento no *Self* ou nos objectos, não serve para caracterizar se a modalidade de investimento é narcísica ou objectal, dado que o investimento no objecto pode ser de cariz narcísico. No limite, quer os pacientes anaclíticos, quer os introjectivos, apresentarão características narcísicas, no sentido em que são auto-centrados e preocupados com as suas necessidades. Por exemplo, a passividade e aparente preocupação dos indivíduos anaclíticos com os outros, pode reflectir a sua necessidade de gratificação e de manter a auto-estima e um sentido de coesão interna, usando os outros para essa finalidade. O objecto seria investido com o objectivo de satisfazer as necessidades do sujeito. Um narcisismo saudável, contrariamente, implica uma “identidade em relação”. Ele é necessário para o estabelecimento de relações de qualidade. Mas são essas relações de qualidade, por sua vez, que determinam a construção de um narcisismo robusto. Por outro lado, a objectalidade pode ser vista como um corolário ou fim último do desenvolvimento – um *Self* em ligação, a capacidade de se vincular ao outro e permitir ao mesmo tempo que o outro transforme, pelo afecto e pela ligação (Campos & Mesquita, 2014).

Apesar da maioria dos quadros psicopatológicos se organizar à volta de uma das duas configurações, podem encontrar-se pacientes com características de ambas. Surgem casos em que é impossível classificar os pacientes como anaclíticos ou introjectivos – são as *expressões mistas* (Blatt, 1990, 2008). Podem encontrar-se experiências de perda e abandono, comportamentos orais excessivos, características obsessivas e auto-criticismo, sentimentos de culpa, fobias e mecanismos de defesa, ora neutralizantes, ora de evitamento (Shahar, Ford & Blatt, 2003). De qualquer forma, do ponto de vista clínico, os pacientes com características simultaneamente anaclíticas e introjectivas apresentam uma Psicopatologia mais grave. Os pacientes anaclíticos ou introjectivos *puros* conseguiram construir uma forma de adaptação relativamente *focal*, o que lhes permite funcionar num nível mais adaptado. Apesar de tudo, os pacientes com um quadro misto, evidenciam melhorias mais significativas e rápidas do que os pacientes anaclíticos e introjectivos *puros* em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica, provavelmente porque o seu sistema defensivo é menos consolidado e rígido e mais mobilizável (Shahar et al., 2003).

Mas acontece por vezes (e destaco agora um elemento central no modelo que Blatt “adicionou” posteriormente), que a presença de características de uma das duas configurações oculta a verdadeira configuração de personalidade, ou seja, os dois tipos de características podem co-ocorrer, mas numa constelação mais dinâmica. Os atributos de uma das configurações podem servir como defesa contra a experiência e o reconhecimento das características da outra. Por exemplo, um sujeito que coloca uma ênfase excessiva em aspectos como a autonomia, o poder e o reconhecimento (linha introjectiva), pode estar simplesmente a defender-se de experiências dolorosas de abandono e rejeição (linha anaclítica), negando determinados desejos e necessidades interpessoais (Blatt & Shahar, 2005). O contrário também pode acontecer, embora seja menos provável (Blatt, Luyten & Corveleyn, 2005).

Uma vinheta clínica

Vejamos uma vinheta clínica¹ que ilustra bem esta interacção entre as duas configurações e, ao mesmo tempo, a complexidade do modelo: Maria, uma jovem de 19 anos, é avaliada por insistência da mãe após tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa. Maria nasceu da violação da mãe por um familiar, quando esta era ainda menor de idade. Só quando a criança nasceu a mãe revelou à família o sucedido, tendo recebido pouco suporte. O pai nunca se interessou por assumir a paternidade ou apoiar Maria de nenhuma forma. Maria e a mãe nunca conversaram sobre o que ocorreu, tendo Maria ficado a saber de forma “indirecta”, por conversas que ia ouvindo à mãe com outras pessoas sobre o abuso sexual. A paciente reside com a mãe, com o padrasto (com quem a mãe casou há cerca de 11 anos) e com um meio-irmão de 10 anos, que tem uma Perturbação de Hiperactividade, causando disrupção no ambiente familiar. A mãe queixa-se permanentemente da vida que tem, ameaçando recorrentemente suicidar-se.

1 Trata-se de um caso que nos foi apresentado em supervisão.

Maria tem um namorado com quem mantém uma relação há cerca de 2 anos e que parece apoiá-la bastante, embora Maria tenha dificuldade em reconhecer isso. Mantém com ele uma relação de dependência (que não é reconhecida) mas ao mesmo tempo de agressividade. Verbaliza por exemplo: “Não preciso dele para nada”. Trabalha num local que descreve como muito “pesado”, com um ambiente muito conflituoso e com diversas características geradoras de stress, como o carácter monótono da actividade que realiza. Apesar do seu ar passivo e infantil, apresenta uma atitude de grande arrogância para com os colegas e o chefe. Parece sentir que as suas capacidades estão subaproveitadas na actividade profissional que desempenha, que merece melhor. Exige mais. Apresenta uma baixa tolerância à frustração. Tem comportamentos como sair a meio da tarde, simplesmente porque, nas suas palavras, “não estou para os aturar”. Frequentemente acha que não é bem acolhida pelos outros e sente-se desvalorizada. Maria atribui a “causa” da tentativa de suicídio ao trabalho e às permanentes discussões com a mãe. A tentativa ocorre num período relacional também conturbado com o namorado, em que estiveram para se separar.

Pouco tempo depois de iniciar o acompanhamento psicológico, Maria faz outra tentativa de suicídio, também por ingestão medicamentosa, na sequência de uma discussão com a mãe. Depois disso, passa a desempenhar funções no trabalho que lhe exigem um maior contacto com outras pessoas e acaba por reconhecer que gosta destas novas funções porque, nas suas palavras, “deixou de ser invisível para os outros”. A comunicação com a mãe foi sempre e, mantém-se, bastante disfuncional. É notório o facto de o trauma não estar elaborado e o quanto afecta a vida familiar, nomeadamente a relação com Maria (por exemplo, os aniversários da filha não são comemorados porque evocam a situação traumática). Maria sente-se profundamente revoltada com o pai por este, nas suas palavras, “nunca ter querido saber dela”, e pergunta-se muitas vezes: “porque será que ele nos abandonou?”. Ao longo do acompanhamento, Maria vai reconhecendo, mas com dificuldade, que as tentativas de suicídio estiveram associadas a episódios em que se sentiu indesejada ou abandonada. Nestas alturas refere que “cega”, não consegue ver os acontecimentos por um prisma diferente e sente-se “vazia”. Faz a seguinte descrição da figura materna: “A minha mãe é uma pessoa especial, uma mãe jovem que eu admiro muito. É chata, como todas as outras, mas é normal. É uma pessoa simples, sem vaidade, até gostava que se preocupasse mais com ela do que com os outros. É uma pessoa divertida, apesar dos problemas que passa e por que passou. Admiro-a muito como mãe e como se diz: “Mãe há só uma” e há que aproveitar todos os momentos”. Faz a seguinte descrição de si própria: “Eu, Maria, sou uma pessoa com um feitio especial, já fui pior, sinto que melhorei em muitos aspectos, noutros não é fácil. Sou uma pessoa simpática, quando não estou com a “telha”. As pessoas que gosto, faço tudo por elas e não lhes viro as costas. Não sou de muitas conversas, sou tímida, feliz, quando consigo estar, e triste quando não estou bem. Sinto que me falta algo e não sei o que é. Um dia sei que vou descobrir.”

A vulnerabilidade ao abandono, a dependência e a intolerância à frustração descritas nesta vinheta, são características típicas da configuração *anaclítica*

da Psicopatologia. De acordo com Blatt (2004), os indivíduos anaclíticos têm profundos desejos de ser contidos, amados e protegidos. São vulneráveis à perda objectal e a sentimentos de solidão e podem ter gestos suicidas, muitas vezes com um carácter apelativo, através, por exemplo, de ingestão medicamentosa (Blatt et al., 1982). As tentativas de suicídio desta paciente poderão ter, justamente, um carácter demonstrativo. Surpreendentemente, ou não, Maria obtém na escala de dependência do *Questionário de Experiências Depressivas* (dimensão anaclítica) um resultado abaixo da média (mais de um desvio-padrão) e obtém um resultado de um desvio-padrão acima da média na escala de auto-criticismo (dimensão introjectiva). Pensamos que esta paciente nega, em parte, a sua dependência e necessidade de uma vinculação com uma figura privilegiada e, sobretudo, nega profundos sentimentos de abandono pela figura materna.

A descrição que faz desta figura tem uma valência positiva. A mãe é vista como uma pessoa com qualidades, alguém que se esforça muito e se preocupa muito com as outras pessoas. Na parte final da descrição, no entanto, refere: "...como se diz 'mãe, há só uma', e há que aproveitar todos os momentos". É o pai que é visto como uma figura "monstruosa", é dele que diz sentir raiva. Curiosamente, não se furta à expressão de agressividade para com a figura materna, directamente (nas discussões que resultam da recusa da paciente em cumprir as tarefas impostas pela mãe) e, pensamos, indirectamente, através dos gestos suicidários que, para além de um cunho apelativo, parecem encerrar também um significado simultaneamente de *identificação*, mas também de *desafio*. O sofrimento e tensão internos são consideráveis, bem como as dificuldades de auto-regulação. Existe uma falta de recursos internos e de um sentimento de auto-eficácia. Lida mal com a agressividade, cuja expressão oscila entre o exterior e si própria. Uma pseudo-assertividade ao serviço da construção da identidade parece-nos visível aqui – uma identidade que é, na verdade, frouxa. A arrogância, o sentimento de que as suas capacidades são subaproveitadas, mas, ao mesmo tempo, um sentimento de menos valia e de que não é apreciada pelos outros e uma contração em si mesma, típicos da linha introjectiva, mascaram ou escondem nesta jovem adulta, mas mal, a fragilidade, a vulnerabilidade à perda e os sentimentos de abandono. Trata-se de uma espécie de compensação ou vicariância. Na descrição que faz de si própria diz: "...sinto que me falta algo e não sei o que é. Um dia sei que vou descobrir". Talvez venha a descobrir o que é, foi... foi o amor incondicional e generoso da figura materna, por impossibilidade interna desta. Mas talvez não seja o que *lhe falta* (quem é) (linha introjectiva) o mais importante a descobrir neste momento, mas aquilo que *não teve* (linha anaclítica). Não haverá verdadeira mudança enquanto essa falta, do que *não teve*, não for reconhecida e elaborada. Só aí, o *Self* poderá construir-se de uma forma mais sólida e autêntica, um verdadeiro *Self*. Mas só aí também, e por consequência, as relações interpessoais se tornarão mais valorizadas e selectivas e, só aí, poderá ser melhor apreciado aquilo que os outros têm para oferecer, porque poderão ser vistos como diferenciados e com uma identidade própria. Assim a espiral evolutiva do processo de desenvolvimento seja retomada.

Aplicação das ideias de Sidney Blatt ao processo psicoterapêutico

Na verdade, em Psicoterapia, como no desenvolvimento, é através de uma combinação de momentos de aproximação/ligação e de afastamento, de envolvimento e de incompatibilidade, que o crescimento psíquico vai ocorrer. A Interpretação, enquanto técnica terapêutica, ocorre igualmente neste duplo registo, ora favorecendo a ligação, ora a incompatibilidade, em função do timing, do conteúdo e do estado mental do paciente ao longo do tempo, mas também ao longo da própria sessão (Blatt et al., 2008). Mas, de *interpretação* poderemos falar noutra altura. A *internalização* ao longo do processo terapêutico, ocorre essencialmente da mesma forma que no desenvolvimento normativo: através de uma espiral progressiva de envolvimento gratificante com os objectos e de experiências de incompatibilidade, de aproximação e de momentos de separação, numa relação privilegiada. Esta interacção dialéctica vai permitir uma evolução para formas mais maduras de relacionamento interpessoal e para um sentido mais integrado e diferenciado do Self. Um paralelo notável entre o processo psicoterapêutico e a experiência infantil, é a possibilidade e a necessidade do sujeito de ser reconhecido como tendo uma subjectividade própria, uma capacidade de mentalização e uma individualidade (Blatt et al., 2008). Fonagy e Target (2005) referem a importância da experiência do paciente observar que o psicoterapeuta é capaz de desenvolver um modelo coerente das duas mentes em encontro – a experiência de uma mente ter as suas mentes em mente. De acordo com a Perspectiva da Intersubjectividade, isto vai permitir também que o paciente reconheça a subjectividade do terapeuta, a sua independência enquanto pessoa. A possibilidade de observar e compreender o *Self* e os outros, constitui uma metacapacidade de mentalização que diversos autores (e.g., Bateman & Fonagy, 2006) consideram ser um factor universal essencial para a mudança em Psicoterapia.

De facto, se as várias formas de Psicopatologia implicam distorções nas representações objectais e do *Self*, e se vinculações seguras na infância resultam na construção de esquemas progressivamente mais evoluídos, então, faz sentido pensar que interacções construtivas entre paciente e terapeuta possam facilitar a revisão das representações perturbadas do *Self* e dos objectos (Blatt et al., 2007). A activação de representações distorcidas das figuras significativas no processo terapêutico, dá ao paciente e ao terapeuta a oportunidade de observar, compreender, rever e eliminar essas representações, porventura rejeitantes, críticas, exigentes, sádicas, complementares a uma representação do *Self* como pouco digno, só, sofrido, anulado e diminuído, revisão essa, que permitirá construir novos esquemas (veja-se Blatt & Luyten, 2009; Blatt, 2011). Novas internalizações serão expressas, comportamental e psicologicamente, em níveis mais maduros de identidade e de relação com outros, na redução de sintomas e do mal-estar, no desenvolvimento de novas capacidades adaptativas e numa maior compreensão de si mesmo e de outros (Blatt et al., 2010).

A abordagem terapêutica proposta por Blatt para os pacientes com Depressão é uma extensão da sua compreensão da natureza das experiências depressivas. As

dimensões anaclítica e introjectiva, com os seus temas associados de solidão e perda da auto-estima, respectivamente, reflectem falhas nas duas tarefas fundamentais no desenvolvimento psicológico: o estabelecimento de relacionamentos interpessoais satisfatórios e recíprocos e de um sentido do *Self* ou da Identidade como essencialmente positivo e integrado. Os objectivos na Psicoterapia serão de ajudar os pacientes a olhar e compreender, tão completamente quanto possível, as experiências interpessoais precoces, que contribuíram para uma limitação na sua capacidade de desenvolver relações interpessoais satisfatórias e um sentido realista e efectivo do *Self* e as múltiplas formas como estes danos são experienciados na actualidade. Expressões conscientes e inconscientes de perturbações nestes dois processos emergem no dia-a-dia, bem como na transferência. Uma exploração das múltiplas expressões actuais e que ocorreram ao longo da vida, bem como dos seus antecedentes distais, no contexto de uma relação terapêutica de qualidade, ajuda o paciente a rever e reconstruir a sua visão sobre si próprio e sobre os outros, nas suas relações reais e potenciais (Blatt, 2004).

Alguns pacientes têm uma preocupação fundamental com questões relativas ao relacionamento, focando-se nessas questões nas fases iniciais da Psicoterapia; em questões de confiança, dependabilidade e amor, bem como nos seus medos da perda e do abandono. O paciente anaclítico procurará assegurar-se que é amado, podendo testar frequentemente a preocupação do analista com ele e a dependabilidade (*dependability*) da relação terapêutica. Experiências de frustração e provação, sobretudo ligadas à separação e à perda, provocam zanga e raiva. Contudo, estas reacções e as questões e experiências que as provocam, podem ir sendo trabalhadas no processo psicoterapêutico. O paciente tem a oportunidade de conhecer e tolerar afectos dolorosos, assim como afectos prazerosos. Ansiedade e raiva, culpa e vergonha, tornam-se afectos sinais, conforme o paciente começa a reflectir sobre os seus sentimentos, em vez de os negar ou descarregar pelo comportamento. Assim, a internalização de aspectos da relação terapêutica, também proporciona a base para o paciente desenvolver uma melhor regulação afectiva - maior tolerância à espera e ao adiamento da gratificação, sem sentir demasiada raiva.

Outros pacientes, têm uma preocupação fundamental com questões de auto-definição e de valor próprio, focando-se nas fases iniciais da Psicoterapia em questões como a separação, a autonomia, o controlo e o valor próprio, bem como em medos de serem criticados, de não receberem aprovação e aceitação e, ainda, em experiências de fracasso. Estes conflitos em torno do valor próprio e a luta defensiva do paciente com elementos da Depressão Introjectiva, são os elementos (*issues*) que têm de ser abordados na Psicoterapia. O terapeuta, bem como outras figuras significativas na vida do paciente, podem tornar-se alternativas às figuras de vinculação que não proporcionaram uma base sólida de identificação e a capacidade de sentir um adequado valor próprio. O terapeuta pode tornar-se uma figura alternativa, com a qual o paciente pode começar a estabelecer identificações significativas e construtivas, absolutamente vitais para o paciente construir uma *auto-definição* estável e flexível e aspirações e padrões pessoais apropriados e

realistas. Claro que estas identificações só podem ocorrer no contexto de uma relação terapêutica construtiva.

Mas o paciente anaclítico, com o passar do tempo, conforme se vá sentindo mais confiante e seguro nas suas relações interpessoais, também começa a desenvolver e a expressar um sentido de *auto-definição* e *agência*, nomeadamente seleccionando melhor o tipo de pessoas com quem deseja expressar sentimentos de amor e intimidade. E, os pacientes introjectivos, conforme vão desenvolvendo um sentido do *Self* mais estável, vão-se permitindo experienciar interesse na relação interpessoal e começam a confiar mais e a considerar a possibilidade de relações mais íntimas e recíprocas (Blatt, 2004).

Assim, conforme os pacientes anaclíticos e introjectivos fazem progressos terapêuticos e resolvem, pelo menos parcialmente, as suas respectivas vulnerabilidades, os temas da outra linha de desenvolvimento começam a emergir. Nos estádios mais avançados do processo terapêutico, com ambos os tipos de pacientes, uma interacção dialéctica salutar entre relacionamento e *auto-definição* emerge, reactivando um processo desenvolvimental anteriormente perturbado, numa nova trajectória idiossincrática, com cada uma das duas dimensões, integrando-se mais harmónica e sinergicamente com a outra. O objectivo para ambos os tipos de pacientes, é ajudá-los a integrar níveis cada vez mais maduros de relacionamento e *auto-definição*. Mas os dois tipos de pacientes podem atingir este fim de forma diferente e com expressões transferenciais diversas, particularmente nas fases iniciais do processo. Estas formas de transferência derivam de experiências precoces, que se consolidaram através da repetição ao longo do ciclo de vida. A sua vivência no contexto terapêutico, permite ao psicoterapeuta observar a natureza e extensão desses modos disruptivos de relação e intervir, ajudando o paciente a reconhecer, compreender e abandonar esses padrões mal adaptativos (Blatt, 2004).

Conclusão

O Modelo de Duas Configurações, entretanto expandido e denominado Modelo de Duas Polaridades, dá um importante contributo, não tanto para a Técnica Psicoterapêutica propriamente dita, mas para a compreensão do processo terapêutico e para a compreensão da Depressão e de outras formas de Psicopatologia. Influenciou também as classificações diagnósticas internacionais. Apesar de Blatt ser mais conhecido por este modelo, desenvolveu também e, simultaneamente, um Modelo Representacional, ou seja, uma compreensão Cognitiva-Representacional da Psicopatologia e da Personalidade. Além do mais, dedicou parte da sua reflexão ao estudo da *internalização*. Considerou a internalização de aspectos das relações com as figuras significativas, como central para o desenvolvimento da personalidade e, disrupções na construção destas representações, como se associando à Psicopatologia. Nos últimos 20 anos da sua carreira, Blatt aplicou o seu Modelo de Duas Configurações, o seu Modelo de Morfologia Cognitiva e as suas ideias sobre a internalização, ao processo terapêutico.

Referências

- Abraham, K. (1916). The first pre-genital stage of the libido. *Selected papers on psychoanalysis* (pp. 258-279). Hogarth Press.
- Auerbach, J. S. (2017). The contributions of Sidney J. Blatt: a personal and intellectual biography. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20, 3-11.20:3-11
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 185-200). John Wiley & Sons Inc.
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaalytic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299-335). University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Emotion, cognition, and representation* (p. 1-33). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. American Psychological Association Press.
- Blatt, S. J. (2006a). A personal odyssey. *Journal of Personality Assessment*, 87, 1-14.
- Blatt, S. J. (2006b). A Fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 494-520.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association Press.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.

Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In J. W. Barron, M. N. Eagle & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of Psychoanalysis and Psychology* (pp. 399-428). American Psychological Association.

Blatt, S. J., Auerbach, J. S., & Behrends, R. S. (2008). Changes in the representation of self and significant others in the treatment process: Links between representation, internalization, and mentalization. In Jurist, E. L., Slade, A., & Bergner, S. (Eds.), *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis* (pp. 225-263). Other Press.

Blatt, S., Besser, A., & Ford, R. (2007). Two primary configurations of psychopathology and change in thought disorder in long-term, intensive, inpatient treatment of seriously disturbed young adults. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1561-1567.

Blatt, S., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389. Blatt et al., 2007).

Blatt, S., & Levy, K. (1998). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. In J. Barron, *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 73-109). American Psychological Association Press.

Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21, 793-814.

Blatt, S. J., Luyten, P., & Corveleyn, J. (2005). Toward a dynamic interaction model of depression and its treatment. *Psyche*, 59, 864-891.

Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioural theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 157-190.

Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.

Blatt, S. J., & Shahar, G. (2005). A dialectic model of personality development and psychopathology: Recent contributions to understanding and treating depression. In J. Corveleyn, P. Luyten, & S. Blatt (Eds.), *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (pp. 137-162). University of Leuven Press.

Blatt, S., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.

Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.

Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20, 37-54.

Campos, R. C. (2017). O relacionamento e a auto-definição de acordo com a perspectiva de Sidney Blatt: Conceptualização e implicações clínicas. *Análise Psicológica*, 35, 45-60.

Campos, R. C., & Mesquita, I. (2014). Narcissism and objectality: Contributions, clinical implications and links between the models of Sidney Blatt and Heinz Kohut. In A. Besser (Ed.), *Handbook of psychology of narcissism: Diverse perspectives* (pp. 125-151). Nova Science Publishers.

Fonagy, P., & Target, M. (2005). Some reflections on the therapeutic action of psychoanalytic therapy. In J. S. Auerbach, K. N. Levy, & C. E. Schaffer (Eds.), *Relatedness, self-definition, and mental representation: Essays in honor of Sidney J. Blatt* (pp. 191-212). Routledge.

Freud, S. (1917/1980). Luto e melancolia. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (vol. XIV). Imago.

Guisinger, S., & Blatt, S. J. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist*, 49, 104-111.

Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development. *American Psychologist*, 68, 172-183.

Rado, S. (1928). The problems of melancholia. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, 420-438.

Shahar, G., Blatt, S. J., & Ford, R. (2003). Mixed anaclitic-introjective psychopathology in treatment-resistant inpatients undergoing psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 84-102.

Shahar, G., Gallagher, E. F., Blatt, S. J., Kuperminc, G. P., & Leadbeater, B. J. (2004). An interactive-synergetic approach to the assessment of personality vulnerability to depression: Illustration using the adolescent version of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 605-625.