

A Mundividência do Psicoterapeuta¹

David Figueirôa

Resumo

O autor aborda a questão da subjectividade do terapeuta, por via da noção de “mundividência”. Toma como referência clínica um caso que conduziu a um impasse e como referência teórica a conceptualização de D. Winnicott sobre contratransferência, apresentada em “O Ódio na Contratransferência” (1947), ainda hoje paradigmática, que contesta. Procura evidenciar a inexorável presença da mundividência do terapeuta no contexto clínico e reflecte sobre a qualidade dessa mundividência e sobre o que fazer com ela. Propõe ainda o termo “mundividência psicanalítica”, para evidenciar a subjectividade do analista presente (mas por vezes “desconhecida”) na própria função e saber psicanalíticos.

Palavras-chave: Mundividência; Mundividência Psicanalítica; Subjectividade; Contra-transferência; Impasse; Reconhecimento Mútuo

1.

Maria é uma mulher de meia-idade, que esteve comigo em psicoterapia há uns anos. Um dia, cerca de um ano dentro do processo terapêutico, no final de uma sessão antes de umas mini-férias de Natal, traz-me um livro, um volume de muitas páginas, que me estende, dizendo: “Empresto-lhe este livro, é muito bom, gostava que o lesse”. Surpreendido, num misto entre sentir-me reconhecido pelo movimento de ligação e sentir-me algo desconfortável com a “imposição” literária para as minhas férias, pego no livro e olho para ele: Tolstoi; sorrio. Vejo o título do livro e fico confuso, nunca tinha ouvido falar e ela pergunta-me: “Conhece?”. Respondo: “Nunca ouvi falar neste...”, sem disfarçar a minha

¹ Versão actualizada de uma comunicação apresentada no Colóquio “O que Fazem os Psicoterapeutas com a sua Mundividência?” da Sociedade Portuguesa de Grupanálise, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 7 de Julho de 2018, e de uma conferência apresentada na PsiRelacional, Lisboa, 18 de Janeiro de 2019.

confusão. “Ah...!” diz ela num tom algo triunfante, “É que esse livro ditou-o ele já depois de desencarnado...”

“- Desencarnado...?”, pergunto, atolado na confusão...

“- Depois de morto!... Feliz Natal!”

Fico uns momentos com o livro na mão, a sentir o seu peso real.

A vida psíquica de Maria era marcada pelo sentimento de perda. A morte já havia levado todos os familiares próximos, os pais e os avós, o marido suicida, todos os mais próximos morreram. A culpabilidade inconsciente parecia-me ser um factor importante na sua economia psíquica: não conseguiu salvar os pais de doenças terminais, o marido da droga e do suicídio, a única filha escapou à morte por pouco, na altura do parto, com sequelas que obrigam a cuidados crónicos. Enquanto a morte não vem de novo, faz-se presente através da culpa e a sua preocupação oscila entre os cuidados com a filha adolescente, uma relação amorosa inconsequente com um homem desinteressado, e uma crescente dedicação ao espiritismo. O livro tinha sido ditado por Tolstoi, do outro mundo, a uma conhecida espírita.

Este interesse no espiritismo e o seu estatuto de “espírita” era um tema algo periférico, mas frequente nas sessões. O tema causava-me uma dificuldade grande. Na minha mundividência não cabem espíritos do outro mundo. Não acredito que os mortos comuniquem com espíritas e esta não-crença (que também é uma crença) é importante no meu “racional” sobre o mundo. E isto representava uma dificuldade grande face à crença desta paciente e à sua própria identidade de espírita, uma dimensão relevante da sua constituição de si mesma.

Antes do livro, já me havia convidado a ir a uma sessão espírita, que recusara ao abrigo da minha neutralidade analítica e da preservação do espaço terapêutico.

A minha atitude analítica de base era tomar a dimensão espírita como um “objecto analítico” e procurar sentidos para o mesmo no quadro da vida mental da paciente e da relação terapêutica. Em diversos momentos, pensei ou interpretei o espiritismo nesta paciente como uma forma de anular a perda, como forma de reparar a culpa, como forma de triunfar sobre a morte, como forma de anulação retro-activa ou de antecipação à morte, interpretei o espiritismo como uma

forma de lealdade aos pais, interpretei o espiritismo como uma afirmação identitária e de autonomia em relação aos poucos familiares vivos que a criticavam e desprezavam, mas de quem dependia material e emocionalmente. No seu convite à minha entrada no espiritismo li uma forma de se ligar a mim, em particular a uma forma de se manter continuamente ligada (invisivelmente, espiritualmente), interpretei como um cuidado protector em relação a mim, uma forma contra-investida em relação à necessidade de ser cuidada e ao receio da dependência, e vi também o “lugar” de espírita como aquele onde se sentia importante e valorizada numa esfera particular - e procurava integrar-me nessa esfera, procurava no meu olhar esse reconhecimento.

Creio que todas estas leituras estavam próximas de dimensões da realidade interna de Maria, mas nenhuma delas verdadeiramente fazia diferença no processo terapêutico. O seu movimento em relação ao espiritismo e a sua “presença” nas sessões aumentava. Estava ali o espírito de um elefante na sala e eu não sabia como lidar com ele, apertado entre a minha subjectividade emergente e as imposições técnicas da neutralidade.

Na minha leitura contratransferencial, sentia-me crescentemente impaciente e irritado com o espiritismo, que menosprezava enquanto objecto com validade “real”, para além da validade sintomática e psicopatológica. Dei corpo, contratransferencialmente, à falta de reconhecimento parental, que marcara, subjectivamente, o seu crescimento. Apesar da minha disponibilidade para tomar o espiritismo como objecto psicanalítico, recusei-o enquanto “objecto” autónomo, eu não tinha verdadeiramente lugar dentro de mim para os espíritos, nem para a “mulher espírita”, a não ser subsidiariamente. Não consegui ler o livro de Tolstoi. Folhee algumas páginas com um misto de repulsa e até de escárnio interior, sentimentos que me deixavam ainda mais desconfortável. Incomodava-me a usurpação e o desrespeito pelo Tolstoi “que eu conhecia”. Associei esta crença espírita da paciente a um produto da sua problemática psíquica e desejei que a terapia a viesse a libertá-la dessas fantasias que a retiravam da realidade terrena e penosa. Em simultâneo, receava estar a falhar à paciente.

O impasse aprofundou-se, sem que conseguíssemos desenredar-nos dele.

A paciente acabou por deixar a terapia, invocando o preço alto das sessões e que ia procurar ajuda com uma colega que tinha “acordo” com uma seguradora. Num misto de frustração e alívio, terminamos a terapia.

Uns meses depois, enviou-me novo convite para ir ao centro espírita, que agradei recusando.

Procuo com esta vinheta clínica ilustrar o impasse clínico causado pela dificuldade da coexistência de crenças profundas e emocionalmente investidas (como aquelas que se articulam em áreas nucleares do nosso *self* e identidade) e mutuamente exclusivas (como a crença religiosa em Deus ou a crença atea na sua não existência, ambas de carácter universal, portanto, crenças que no seu conteúdo excluem a crença do outro na área da verdade – a crença em Deus pressupõe que ele existe para todos os seres e a crença na sua não existência nega a sua existência para qualquer pessoa – o que coloca uma exigência adicional à possibilidade da coexistência das “verdades” no campo interpessoal).

2.

A comunicação que hoje vos apresento é uma reflexão livre e pessoal, de carácter exploratório. Procurarei evidenciar a inexorabilidade da presença da mundividência do terapeuta no interior do contexto analítico, em linha com a psicanálise relacional contemporânea e, em particular, com as teorias da intersubjectividade. Procurarei evidenciar que essa mundividência se exprime, quer por via da própria teoria psicanalítica escolhida e praticada pelo terapeuta (que podemos designar como “mundividência psicanalítica”), quer pela activação de crenças e atitudes no terapeuta face aos conteúdos trazidos pelo paciente e emergentes na relação terapêutica (“mundividência geral”).

Um breve enquadramento teórico: a chamada “viragem relacional” em psicanálise ocorreu nos anos 80, nos EUA, a partir do trabalho de um conjunto de autores, entre os quais se destaca a figura liderante de Stephen Mitchell (1946-2000). Mitchell ficou conhecido como um “construtor de pontes” e o seu esforço orientou-se, em particular, para a construção de uma “ponte” conceptual entre a escola das relações de objecto inglesa e a escola interpessoal norte-americana. O termo “relacional” pretendia precisamente integrar estas duas perspectivas num novo modelo psicanalítico, que ligasse os focos intrapsíquico e interpessoal. Ou, dito de outra forma, que articulasse as relações de objecto internas e as relações com objectos reais.

Com a psicanálise relacional, termos como relacionalidade, matriz relacional, conhecimento relacional implícito, mutualidade, intersubjectividade, regulação mútua, etc., têm vindo a instituir-se no léxico psicanalítico, dando corpo a uma “psicologia de duas pessoas” (Aron, 1990), uma perspectiva relacional da mente em oposição a uma perspectiva monádica da mente (“psicologia de uma pessoa”: o paciente). Em coerência, uma das dimensões mais exploradas pela psicanálise relacional é a da inerente subjectividade do terapeuta no contexto analítico, com a crítica que faz à neutralidade clássica, tendo-se aberto toda uma linha de exploração e de clarificação dos efeitos da presença dessa subjectividade na relação terapêutica.

É neste contexto que quero abordar a questão da mundividência do terapeuta, portanto, no contexto de uma relação entre duas pessoas. Uma relação em que as pessoas têm diferentes papéis, o de terapeuta e o de paciente, com responsabilidades assimétricas, uma “mutualidade assimétrica”, nas palavras de Aron (1996), mas sempre uma relação entre pessoas.

Os “relacionalistas” anteriores aos anos 80 vêem o terapeuta como provedor das funções relacionais que estiveram em falta no ambiente de desenvolvimento do paciente, uma ideia com expressão até à actualidade. As bases teóricas remontam a Sandor Ferenczi. Donald Winnicott foi um dos que mais insistiu na importância da atitude do analista e propôs que ao trabalho clássico de Freud, baseado no desvelamento do inconsciente e na interpretação, se adicionasse o trabalho de prover as condições relacionais ao paciente (1958). Foi um dos autores a contribuir para a instauração do “paradigma da paragem do desenvolvimento” (Mitchell, 1988), a par de Balint ou Kohut, com os conceitos de “falha básica” ou da “lacuna no self”, respectivamente, para quem o desenvolvimento seria retomado e as falhas corrigidas através do trabalho terapêutico.

Neste paradigma, sobrepõe-se ao analista clássico o analista relacional que, por via transferencial e pela “regressão à dependência”, se constitui como uma “mãe suficientemente boa”, oferecendo assim uma segunda oportunidade ao paciente.

Ora, esta função relacional do terapeuta vem não só modificar (ou ampliar) a técnica freudiana, mas também desafiar as regras da neutralidade estabelecidas por Freud. A função provedora necessita da responsividade e espontaneidade relacional do terapeuta.

Mas o que podemos considerar como a “área da mundividência” mantém-se, entre os pioneiros relacionais, fundamentalmente dentro da esfera da neutralidade e do anonimato. Winnicott, no seu trabalho “O Ódio na Contratransferência”, um texto de 1947, caracteriza a contratransferência em 3 modalidades distintas (e que parecem corresponder, no essencial, à concepção dominante de contratransferência ainda na actualidade):

- Uma, que considera prejudicial, relacionada com a interferência do mundo interno reprimido do analista (que ocorre quando áreas supostamente não analisadas entram subjectivamente na relação analítica, distorcendo-a – acrescentamos que essas áreas afectam também e *a priori*, implicitamente, a mundividência do analista);

- Uma outra, positiva, ou benévola, assente na experiência e no desenvolvimento pessoal do analista (que Winnicott parece tomar como uma área “bem resolvida” do analista – e que presume-se que inclua a sua experiência teórica e clínica – e que afectará igualmente a mundividência do analista);

- E uma terceira modalidade, que então apresenta à comunidade psicanalítica: a capacidade do analista sentir subjectivamente, nomeadamente sentir ódio, mas em resposta “objectiva” ao movimento de transferência do paciente que evoca o ódio. Por isso ele fala em “ódio objectivo”, que é aliás um sentimento fundamental para que o paciente possa sentir o ódio que precisa sentir. Esta terceira via permite-me também evidenciar a concepção de uma intersecção entre a subjectividade do analista e uma suposta objectividade da sua evocação por via transferencial. Nesse sentido é uma subjectividade com uso estrito e objectivo. Autores posteriores evidenciaram a importância do uso da subjectividade do analista nesta base, recordamo-nos por exemplo do importante trabalho de Thomas Ogden sobre os devaneios do analista e a construção do “terceiro analítico” (1994) ou, em Portugal, os trabalhos de Manuel Matos (2017), a propósito do acesso às memórias implícitas do paciente, não assentes em representações.

A perspectiva de Winnicott, que na altura desbravava caminho e apontava novos horizontes para a leitura da contratransferência, parece-nos hoje assente em premissas algo conformadas à “neutralidade” freudiana. Winnicott sugere uma dicotomia entre má e boa contratransferência “na origem” (na subjectividade

própria do analista), assumindo a última algo superficialmente e rejeitando a primeira com base no argumento clássico da necessidade de mais análise. Mas Winnicott sai desta dicotomia esquemática e apresenta realmente uma proposta ousada e inovadora para a altura, do uso da subjectividade do analista em resposta espontânea ao paciente, mas o mestre dos paradoxos caracteriza-a como uma resposta “objectiva” ao movimento transferencial. Podemos hoje dizer que esta é uma concepção que carece dos operadores intersubjectivos que apenas anos mais tarde viriam a entrar na psicanálise e que deitam por terra a possibilidade de um uso estritamente objectivo da subjectividade ou, dito de outra forma, de uma resposta contratransferencial pura ao movimento transferencial (Orange, Atwood e Stolorow, 1997). Winnicott oferece um lugar à subjectividade do analista, mas confina-a à objectividade técnica e às exigências da neutralidade. Espero, no seguimento do texto, deixar claros os fundamentos desta crítica a Winnicott, com a vantagem de ser feita mais de 70 anos depois da sua inovadora proposta.

Neste ponto, antes de prosseguir, é importante delimitar o que, na minha reflexão, entendo por mundividência.

Considero que a concepção ou visão do mundo do terapeuta é uma explanação da sua própria subjectividade, que resulta de todo o processo de constituição do seu self na sua experiência relacional, cultural e de vida. As coisas do mundo são lidas e interpretadas pela pessoa do terapeuta (como o são pelo paciente), organizando-se uma concepção própria sobre o mundo. Articulam-se intimamente o mundo interno e o mundo externo nessa mundividência. A mundividência é uma questão ampla que integra o existencial (o que fazemos aqui? O que é a vida? O que é o humano? O que é a morte?), o social e o político, o cultural, os costumes, etc., incluindo, portanto, a perspectiva e as opiniões, quer sobre as questões fundamentais, quer sobre as questões quotidianas das nossas vidas.

Em ambos, terapeuta e paciente, o caldo cultural e educacional onde se forjou o seu desenvolvimento influenciou na forma como se organizou a mundividência específica de cada um. Tipicamente, cada pessoa passou pelo que poderíamos designar como uma “crise cultural” no processo de transição entre a cultura familiar de origem, com os seus valores, ideias, regras explícitas e implícitas e a cultura pessoal emergente com a constituição de um *self* próprio e diferenciado

em relação aos pais, à família e à cultura de origem, em relação com o contexto cultural da sua geração (veja-se, por exemplo, Ávila Espada, 2019).

Estou, portanto, a situar-me dentro das áreas da contratransferência prejudicial e benigna de Winnicott, ambas exprimindo aspectos da mundividência. Mas, antes de avançar por aqui, queria abordar uma área específica da contratransferência positiva de Winnicott, a que deriva da experiência e teoria do analista, que eu tomaria como uma dimensão específica e particular da mundividência, pois incorpora uma visão particular sobre o que é o encontro terapêutico e a própria natureza humana (observada no paciente). Ora, tomo como premissa básica que quando se encontram duas pessoas que são terapeuta e paciente, encontram-se duas concepções e expectativas particulares sobre o próprio encontro terapêutico. Nesse espaço, tipicamente, a autoridade delimitadora é do terapeuta, enquanto responsável máximo pelo lugar onde se dá esse encontro - e responsável também por si próprio, o terapeuta, que é um elemento do *setting*. A forma como o paciente aceita ou se revolta contra o *setting*, resulta muitas vezes da sua própria percepção de como o lugar oferecido pelo terapeuta se adequa às suas necessidades psíquicas - embora a revolta seja típica e quase universalmente interpretada como resistência. O próprio destino da “aliança terapêutica” resulta da tensão entre as concepções de cada interveniente sobre esse lugar, informadas, quer pela teoria e pelas necessidades do terapeuta, quer pelas necessidades e teorias do paciente. Esta é, para mim, a primeira esfera do encontro da mundividência de cada um, aliás, extraordinariamente sensível no trabalho terapêutico: a concepção ou a visão sobre o “mundo terapêutico” onde se dá o encontro e o processo terapêutico.

A natureza subjectiva da teoria usada pelo terapeuta é bem ilustrada por uma investigação que Robert Stolorow realizou com Bernard Brandchaft, em 1980, sobre o fenómeno *borderline*, que apurou que *“quando um paciente muito vulnerável, com organização arcaica, é tratado de acordo com as ideias teóricas e recomendações técnicas de Otto Kernberg (1975), em pouco tempo apresentará as características da organização de personalidade borderline descritas por Kernberg, e as páginas dos livros de Kernberg ganham vida perante o olhar do clínico. Por outro lado, quando o paciente é tratado segundo a teoria e técnica de Heinz Kohut (1971), depressa mostrará as características que Kohut atribui à desordem de personalidade*

narcísica e os livros de Kohut ganham vida ” (2012: p.384). Vemos bem aqui a influência subjetiva/teórica sobre quem é o paciente.

Freud falava da necessidade do analista ser “opaco” para o paciente (1912) e nada revelar para além do que lhe é revelado, sendo essa a postura de neutralidade básica, que, como sabemos, o próprio Freud não cumpria. Bion (1967), por outras vias, propôs uma atitude de radical de “ausência de desejo, de memória e de compreensão”. Mas trata-se aqui não da eliminação ou erradicação desses factores, mas da sua “suspensão”, por forma a favorecer o estado mental adequado ao provir da sessão. Aliás, a própria atitude mental de “ausência” assenta na “presença” de pressupostos teóricos e técnicos de Bion. Tal como a “espontaneidade”, que Winnicott advoga, não elimina, antes requer, uma estrutura de conhecimento e experiência clínica consistente sobre a qual a espontaneidade possa ocorrer (vd. Newman, 1995). Estamos, portanto, perante uma dimensão complexa e paradoxal da atitude analítica.

O que quero evidenciar é que a estrutura teórica também deriva da subjectividade. Os autores intersubjectivistas mostraram bem a influência da experiência pessoal dos autores psicanalíticos na construção das próprias teorias. Por exemplo, num trabalho de 1979, “*Faces in a Cloud*”, Stolorow e Atwood, desenvolvendo estudos psicobiográficos, mostram que as principais teorias metapsicológicas em psicanálise são profundamente influenciadas pelas personalidades e subjectividades dos seus autores (Freud, Jung, Reich e Rank), concluindo então que a psicanálise necessitava de uma *teoria sobre a própria subjectividade*.

Ora, esta linha de pensamento que segui até aqui, os autores e estudos que referi, conduzem-me à conclusão de que a própria teoria psicanalítica (incluindo a teoria da técnica e todas as concepções sobre o espaço, processo e relação terapêutica) está embebida de subjectividade, e, portanto, de uma mundividência que se entrevê nas concepções sobre o humano, sobre a relação, sobre o desenvolvimento, a sexualidade, a agressividade, o primário e o secundário, o normal, o patológico, etc.

No trabalho relacional seminal de Greenberg e Mitchell (1983) os autores mostram-nos com clareza como os principais modelos psicanalíticos – o modelo pulsional e o modelo relacional –, têm ambos raízes profundas no pensamento e na filosofia ocidental, reflectem premissas e concepções antagónicas sobre o

que é o ser humano e o que o move (nomeadamente as concepções do homem como ser individual vs. o homem como um ser social, um antagonismo com amplas repercussões, quer na filosofia política, quer na ciência e na própria psicanálise, p. 462-473).

Portanto, a escolha de uma teoria reflecte premissas da mundividência de um terapeuta e actualiza essa mundividência através da sua presença no pensamento e acção clínica do terapeuta.

Como referi, esta área particular da mundivisão corresponderá no esquema de Winnicott ao que ele designou por “contratransferência positiva”, esperando eu aqui ter demonstrado que também ela é subjectiva e influencia a configuração específica de cada encontro terapêutico.

Vemos, por exemplo, como a psicologia em geral e a própria psicanálise se debatem entre duas abordagens contrastantes sobre os pacientes considerados mais graves: uma concepção psicopatológica derivada da tradição médica e biológica e uma concepção compreensiva derivada da tradição psicológica e humanista (veja-se, por exemplo, Sullivan, 1925). O que é um “psicótico”? Um doente constitucionalmente ou precocemente pré-determinado ou uma pessoa que organizou as suas defesas rígidas em função da natureza “enlouquecedora” dos contextos relacionais em que se desenvolveu? E o que é um delírio? Uma fuga à realidade ou uma forma particular de organizar a realidade?

Uma paciente com uma área de funcionamento psicótico significativa, com delírios recorrentes, um dia chega à sessão, senta-se, inquieta e em contraste com a sua postura habitual, está manifestamente chateada comigo e diz-me: “você não acredita nos meus delírios!”, (o que depreendera, justamente, pelas ligações e significados que eu tentara extrair dos seus “delírios”, um termo que ela própria empregava e tinha aprendido no seu percurso pelos diversos técnicos que encontrara no caminho) e, perante o meu silêncio, remata: “o que você diz, entra-me a cem e sai a duzentos”... A minha reacção foi espontânea, dei uma gargalhada aberta perante a incredulidade dela e depois disse-lhe: “está chateada comigo, mas achei graça à forma como se exprimiu...”. Ela insiste: “Você não acredita nos meus delírios”. Eu, depois de uma pausa, respondo: “Eu acho que você é uma mulher com convicções fortes e quando encasqueta uma coisa na cabeça é muito difícil de tirar...”. Então, é ela que ri e depois fica

em silêncio, pensativa. Passado uns minutos, começa a contar-me as ideias que a atormentavam. Este foi um momento de viragem na forma como passou a partilhar as suas ideias e convicções íntimas.

A importância da compreensão desta dimensão da mundividência (“psicanalítica”) advém desta encobrir, muitas vezes, uma “mundividência geral” e ser a forma que mais facilmente escapa ao crivo da análise da contratransferência, porque está coberta pela razão teórica, pela fundamentação técnica e pela autoridade terapêutica.

3.

Vários autores chamaram a atenção para a forma como os terapeutas fazem uso da racionalização ou do excesso interpretativo perante as angústias que sentem na relação analítica, perante a confusão psíquica ou a inquietação de não-saber, perante a intensidade e a vulnerabilidade emocionais, ou perante as diferentes crenças e convicções sobre um determinado conteúdo (incluindo questões políticas, de raça ou sexualidade, de valores, princípios, etc.).

Perante o desconforto ou a angústia emocional, nós, terapeutas, tendemos a defender-nos como qualquer ser humano e por muito boa que tenha sido a nossa própria análise pessoal e muito forte que seja a nossa capacidade de alteridade ou intersubjectiva, não deixamos de estar em situações de enorme exigência e vulnerabilidade perante o paciente e não somos impermeáveis à evocação de emoções, crenças e convicções profundamente enraizadas em nós. A nossa defesa mais imediata e segura é a teoria, a técnica e a nossa própria autoridade terapêutica. Que muitas vezes nos protegem de “actings” mais manifestos, como o retaliar ou o entrar em despique. Movimentos de racionalização, excessos interpretativos ou concepções patologizantes sobre o paciente são fenómenos que muitas vezes deslocam o foco do desconforto do terapeuta para a perturbação do paciente, ou transformam a vulnerabilidade do terapeuta num poder de autoridade. Movimentos que nos aconselham a dúvida e um olhar perscrutador sobre as nossas próprias motivações subjectivas e intersubjectivas na relação com o paciente, passo a passo. A ausência de uma teoria abrangente sobre a subjectividade do terapeuta, a insistência numa suposta neutralidade

tipo “ecrã branco” ou a leitura contratransferencial assente unicamente na iluminação da transferência do paciente, contribuem para a instalação de áreas cegas no terapeuta e conduzem ao uso defensivo da autoridade, da teoria ou da técnica por parte do terapeuta.

O “superego psicanalítico” diz-nos que não é suposto sairmos da neutralidade e diz-nos que não saímos se estivermos nós próprios, terapeutas, bem analisados e tivermos um conhecimento amplo e um domínio seguro sobre as diferentes áreas do nosso mundo interno. Isto reforça, paradoxalmente, as nossas defesas, pois coloca-nos na posição de, perante a nossa vulnerabilidade ou a emersão da nossa emocionalidade e pessoalidade, termos de admitir que não fomos bem analisados. Ora, dada a natureza da nossa vida psíquica e emocional, somos, todos nós, permeáveis à angústia e vulneráveis perante o outro. O melhor dos terapeutas não será imune a dimensões de desequilíbrio e à vulnerabilidade da sua própria vida emocional. Jéssica Benjamin (2018) concebe o psiquismo humano como uma permanente tensão entre movimentos dissociativos e integrativos (como Klein e Bion já haviam evidenciado), entre a ruptura e a reparação, entre a capacidade de reconhecimento do outro e a perda dessa capacidade e a reconquista da capacidade. E os terapeutas também têm um psiquismo com estas características e precisam de fazer uso dele no encontro com o paciente.

A inerente subjectividade do terapeuta foi referida por autores como Lewis Aron (1991) ou Owen Renik (1993), por exemplo, que se referem à “experiência do paciente sobre a subjectividade do analista” (Aron) ou à “irreduzível subjectividade do analista” (Renik), em textos de referência. É também nesta linha que Irwin Hoffman (1983), Jay Greenberg (1986) ou o grupo intersubjectivista de Robert Stolorow (com Donna Orange e George Atwood, 1997) desconstróem os “mitos da neutralidade” vigentes na cultura psicanalítica dominante e superegoica, mostrando-nos como uma concepção da neutralidade que elimine a presença da subjectividade do terapeuta não só é impossível de alcançar, como indesejável. Indesejável por duas razões: a primeira é que, sendo impossível, cria no terapeuta, supostamente neutral, áreas cegas em relação à influência da sua própria subjectividade; a segunda é que valorizando-se a intersubjectividade como elemento propulsor do desenvolvimento terapêutico,

a sua constrição permanente no terapeuta seria um factor de retraumatização dos pacientes, que muitas vezes experienciaram na sua história pessoal lacunas na expressão e articulação da subjectividade própria na relação com os pais. Sabemos como tantas e tantas vezes a “neutralidade silenciosa” de um terapeuta é sentida como a confirmação da distância afectiva e da falha na responsividade das figuras significativas.

A questão da “mundividência geral” pode ser ilustrada por um exemplo clássico psicanalítico. Ralph Greenson (1967) surpreendeu-se quando o seu paciente afirmou ter descoberto que ele era um democrático liberal. Greenson perguntou-lhe como tinha inferido essa realidade. O paciente disse-lhe que sempre que dizia algo favorável em relação ao partido republicano o analista pedia-lhe que fizesse associações, mas sempre que dizia algo crítico em relação ao partido republicano, o analista ficava num silêncio aceitante. O padrão inverso ocorria quando o paciente se referia ao partido democrático. Ora, a sua mundividência política tinha entrado no contexto analítico por portas travessas, iludindo a sua neutralidade, como rapidamente reconheceu quando o paciente o assinalou.

Admitindo que seja, hoje, mais ou menos consensual que a mundividência do terapeuta entre no contexto analítico de forma consciente ou inconsciente, directa ou indirecta, e podendo ser bem ou mal interpretada pela interpretação que o paciente faz dela, por via da sua própria leitura do terapeuta – pois a leitura e o desvelamento do outro não é um predicado exclusivo do terapeuta – fica uma questão: e o que fazer com ela?

4.

Voltando à paciente espírita, creio hoje, que o que me faltou foi compreender o jogo intersubjectivo em que a própria crença (o espiritismo), que constituía uma área importante na identidade construída da paciente e entrando em colisão com a minha, igualmente importante, não-crença, produziu um cenário intersubjectivo que se pode exprimir pela seguinte equação: podemos os dois existir, sem nos submetermos um ou outro, e sem que um de nós morra? Esta equação deriva, naturalmente, de questões sensíveis na paciente (e em mim próprio) relacionadas com a submissão e a luta pelo direito a existir

autonomamente e a coexistir com o outro diferente de mim. Para escapar à submissão, e ao esvaziamento do self, tentámos os dois submeter o outro, ela convidando-me, à superfície, e impondo-me, no movimento profundo, a sua crença e eu aceitando-a, à superfície, e rejeitando-a, no movimento profundo, com recurso à teoria e à técnica que empregava. Tinha a apoiar-me toda a tradição da relação da psicanálise freudiana com a “ilusão” da religião (por ex., Freud, 1913, e sobretudo, 1927).

Olhando para trás, acho que estava certa a minha sensação de que estava a falhar à paciente. Não fomos capazes, e a maior responsabilidade é minha, sou eu o terapeuta, de chegar a acordo com ela, e, portanto, foi procurar uma terapeuta que tinha acordo com uma seguradora, uma terapeuta com quem tinha esperança de chegar a um acordo seguro, onde não se submetesse ao pagamento alto das sessões, isto é, às imposições do terapeuta, ali deslocadas para a questão financeira.

Creio que fiz bem em não me submeter à sua imposição, seria falso e alimentaria uma lógica de tirania e submissão, ainda que a colocasse provisoriamente num lugar de segurança (no lugar tirânico). Mas não sairia do mesmo registo polarizado. Foi mais ou menos há 10 anos e eu não tinha ainda operadores clínicos para pensar esta questão de outra forma e refugiei-me na neutralidade, na teoria e na abordagem técnica.

O fim da terapia representou um alívio, porque embora sacrificássemos a terapia, sobrevivemos os dois sem nos submetermos e nesse sentido o fim da terapia foi libertador. Mas a questão da possibilidade da coexistência e o medo da morte ficaram por resolver.

Uns anos depois do final da terapia, encontrámo-nos, circunstancialmente, numa piscina, onde fazia natação. Um certo constrangimento no momento do reconhecimento, os dois despidos, só com os fatos de banho e as toucas, algo ridículos, assim postos num cumprimento cordial embaraçado. Nadámos lado a lado, cada um no seu ritmo. No final, uma despedida mais ampla, sorrisos abertos (aliviados? reconhecidos? reencontrados num lugar-comum?).

Hoje, teria talvez procurado trazer à superfície a dinâmica intersubjectiva polarizada e os seus significados inconscientes. Creio, hoje, que a melhor forma

seria vir a assumir perante a paciente que não acredito em espíritos. O que fiz, então, foi tomar a sua crença como um objecto psicanalítico “externo” à relação (tomei-o como um produto da sua mente, como uma expressão sintomática da sua perturbação) a incorporei-a na minha teoria e na minha técnica interpretativa, deixando-a fora, isolada, sem estatuto real.

O que procuraria fazer hoje seria dar a essa crença lugar “interior” à relação, e oferecer-lhe um estatuto equivalente à minha “não crença”, o que apenas podia ser feito com a assunção da minha não crença. Dada a minha própria mundividência ser um factor inerente a este encontro terapêutico, essa opção seria provavelmente a única saída para a paciente poder ser reconhecida e a sua crença validada – validada, paradoxalmente, pela minha não crença. A minha não crença em algo, se não retaliadora e não destruidora, pode oferecer estatuto de existência a esse algo: um algo em que outro, que não eu, pode acreditar. Se sobrevivêssemos a essa dificuldade das diferenças poderíamos então, talvez, coexistir.

Esó então os possíveis significados adicionais dessa crença poderiam vir a fazer sentido. Só então, e não antes - e daí a ausência de valor com que as minhas interpretações na altura, por muito boas que me parecessem, eram recebidas pela paciente.

5.

A propósito deste hipotética “auto-revelação” (“eu não acredito em espíritos”) há três conceitos psicanalíticos centrais desenvolvidos pela psicanálise relacional, que acrescentam algo à gestão da subjectividade do terapeuta e à compreensão sobre os seus efeitos no campo analítico, que são os conceitos de “*self-disclosure*” (ou a auto-revelação por parte do terapeuta), de “*enactment*” (o movimento espontâneo e inconsciente, por parte do terapeuta em resposta a um determinado contexto emocional) e de “reconhecimento mútuo” (uma capacidade intersubjectiva “adquirida”).

O “*self disclosure*” admite uma decisão consciente por parte do terapeuta, em determinadas circunstâncias do processo terapêutico e em função do interesse da evolução do processo e do paciente, em revelar aspectos da sua própria subjectividade ou mundividência. Donna Orange (2016), por exemplo, defende que, perante pacientes altamente traumatizados, a auto-revelação,

pelo terapeuta de uma característica comum com o paciente pode ser um factor decisivo de conexão e confiança. O *self disclosure* é, neste sentido, um instrumento terapêutico de gestão da dialética entre o resguardo (atitude de base) e a revelação (pontual) da subjectividade do terapeuta, em função do interesse terapêutico.

Já o “*enactment*” é sempre um movimento de base espontânea e inconsciente, não decidido, que faz o terapeuta exprimir-se subjectivamente em resposta aos movimentos relacionais e transferenciais em jogo, muitas vezes na forma de “erro” ou “falha” do terapeuta. O maior interesse do “*enactment*” reside no movimento espontâneo e emergente que rompe com as dinâmicas estabelecidas - e na análise subsequente da situação.

Ambos estes conceitos se constituem, hoje, como reportórios clínicos relevantes, que vão bem além da neutralidade analítica e da análise “estrita” da contratransferência - e que incorporam a subjectividade própria do terapeuta como elemento propulsor do processo e, por vezes, desbloqueador de impasses.

Mas, talvez o mais importante conceito psicanalítico que conheço para a abordagem desta questão seja o do “reconhecimento mútuo” de Jéssica Benjamin (1990, 2018). Este, assenta numa capacidade intersubjectiva adquirida. Adquirida ao longo do desenvolvimento ou adquirida no processo terapêutico. E essa, pressupõe o reconhecimento do outro, não só como diferente de mim, mas como um centro de experiência e subjectividade “equivalente” ao meu. Ora, essa capacidade, que está em permanente perda e recuperação face às tensões relacionais, é essencial ao terapeuta e é uma condição para que possa lidar com a sua própria subjectividade de uma forma contida e humilde - e para que possa reconhecer e valorizar a subjectividade do paciente.

Neste sentido, mais importante do que a mundividência do terapeuta é a mundividência do paciente, e isso é algo de que não podemos perder o pé. A mundividência do terapeuta é uma forma particular de saber, de base resguardada, por vezes explicitada, intencional ou involuntariamente, *que se relaciona com a mundividência do paciente* e que pode ter efeitos benéficos ou prejudiciais numa terapia.

Para a questão do encontro das mundividências, uso, na clínica, como referência

peçoal uma matriz imaginária com dois eixos, em que um eixo é a natureza disjuntiva ou conjuntiva do encontro entre as perspectivas do analista e do paciente, e o outro eixo um potencial efeito de benefício ou dificuldade/prejuízo para o processo (a partir de Orange, Stolorow, Atwood, 1997):

- No caso conjuntivo, as afinidades entre as mundividências do terapeuta e do paciente podem trazer benefícios da ordem da empatia, de reconhecimento e de identificação com o paciente e de compreensão do paciente;
- Mas as afinidades podem ser também um elemento que dificulta o acesso à especificidade do outro (quando, por via da identificação com o paciente, a visão do terapeuta torna-se a referência, que passa a situar-se no terapeuta em vez de no paciente) e que cega o terapeuta à condição de alteridade, podendo vir a traduzir-se em sugestões ou interpretações auto-centradas;
- No caso disjuntivo, os contrastes entre a mundividência do terapeuta e do paciente podem ser um factor de inacessibilidade ao outro e de impasse (como no exemplo da paciente espírita);
- Mas também podem trazer benefícios da ordem da criação de um espaço psíquico entre mim e o outro, da ordem da curiosidade, descoberta e encontro, e ser um factor de alteridade e de “reconhecimento mútuo”, se se constituir um “terceiro” (Benjamin, 2018).

Inscrevo, portanto, a mundividência no plano da subjectividade humana. Os riscos inerentes a essa subjectividade, os riscos inerentes à nossa actividade não são poucos, como Freud sabia e que o levou à instituição das regras da neutralidade (1912) e como Winnicott sabia e, numa outra abordagem, sabiamente nos condenou a “falhar, a falhar e a falhar”. Os desenvolvimentos psicanalíticos vêm mostrando como os riscos inerentes ao uso da subjectividade serão mais bem defendidos pela assunção e gestão da subjectividade e pela sua colocação ao serviço do paciente, mediante critérios éticos e clínicos – do que pela sua negação ou neutralização rígida.

Para finalizar, é importante fazer uma ressalva que me parece de enorme importância face ao que tenho aqui defendido, e que tem que ver com as situações particulares em que a mundividência do psicoterapeuta reflecte uma área de perturbação significativa do próprio psicoterapeuta. Esta é uma questão sensível, mas dispomos de alguns critérios relevantes para identificar estas

situações. Um critério será a própria lei geral e os códigos deontológicos da profissão. Um outro critério é o conhecimento científico actual. Mundividências que incorporem valores homofóbicos, racistas, machistas ou sexistas, por exemplo, colidem frontalmente com ambos esses critérios. Nos países socialmente abertos e desenvolvidos, a lei não admite discriminações a este nível, preservando os direitos humanos. Também a evolução da ciência fez retirar ao longo do tempo todas as concepções patológicas associadas a estas dimensões. Nem as vítimas de racismo são mentalmente ou de qualquer forma inferiores, nem a homossexualidade é uma patologia em si mesmo (embora, tal como a heterossexualidade, possa ter uma expressão perturbada).

Há um critério clínico relevante, que a própria psicanálise detém, que identifica em crenças homofóbicas, racistas, machistas, sexistas ou em todas aquelas que exprimem uma estrutura de pensamento assente numa lógica de relação de objecto de dominância e poder, que submetem ou diminuem o outro (invertendo a fantasia inconsciente), as áreas de desequilíbrio ou perturbação interior projectadas no campo social (veja-se, por ex. Benjamin, 1990, 2018). Neste caso, a mundividência é alimentada pela perturbação psíquica, e regula-se por um funcionamento mental assente em lógicas dissociativas e polarizadas, que impõe uma verdade superior com prejuízo da capacidade de aceitar o outro, as diferenças e a alteridade.

No meu ponto de vista, quando este tipo de mundividência rígida é a do próprio psicoterapeuta a acção clínica fica comprometida (como se viu recentemente no caso dos psicólogos católicos que orientam os pacientes e praticam pseudo-terapias de conversão de homossexuais, em conluio com psiquiatras católicos e com padres católicos, em Portugal e Espanha). Mas creio que as terapias não deixariam de ficar comprometidas se, por exemplo, o psicoterapeuta racista se escondesse atrás da neutralidade, pois não só o racismo, mesmo de forma inconsciente e involuntária se faria “sentir”, como, principalmente, as estruturas de dominância, dissociadas e polarizadas na mente do terapeuta, as suas áreas rígidas e fóbicas, reflectir-se-iam necessariamente na acção clínica.

Isto é, o que estou a defender é que psicoterapeuta racista, homofóbico ou machista por convicção, mesmo que secreta, não pode ser um bom terapeuta, o que é válido mesmo no quadro da neutralidade analítica. Estas áreas de

mundividência de dominância e sujeição, não reflectem uma subjectividade particular, idiossincrática, livre, que a todos assiste, mas uma subjectividade com áreas perturbadas, aprisionadas (que a todos assiste) – áreas que devem ser identificadas e trabalhadas pelos psicoterapeutas, sob pena de prejudicarem o paciente. Daí a importância da formação teórica, clínica, ética e daí a importância dos processos terapêuticos pessoais e das supervisões (“externas” e “internas”). Não é a subjectividade que deve ser erradicada, mas sim identificadas e trabalhadas as perturbações da subjectividade.

Referências

Aron L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Routledge.

Aron, L. (1991). *The Patient's Experience of the Analyst's Subjectivity. Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. Routledge, 1999.

Aron, L. (1990). *One Person and Two Person Psychologies and the Method of Psychoanalysis*. *Psychoanalytic Psychology*, 7(4), 475.

Atwood, G. E., Stolorow, R. D. (1979). *Faces in a cloud: Intersubjectivity in personality theory*. Jason Aronson, 1993.

Ávila Espada, A. (2019). *La paternidad desde el punto de vista relacional. Sobre el “nacimiento del padre”*. *Clínica e Investigación Relacional*, 13 (1): 148-169. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info]

Benjamin, J. (1990). *Recognition and Destruction: An Outline of Intersubjectivity. Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition* (ed. Mitchell, S. e Aron, L.). Routledge, 1999.

Benjamin, J. (2018). *Beyond Doer and Done To: Recognition Theory, Intersubjectivity and the Third*. Routledge.

Bion, W. (1967). *Notes on Memory and Desire*. *Psycho-Anal. Forum*, II, 3.

Figueirôa, D. (2016). *Relação, Subjectividade, Contexto: Organizadores da Teoria e da Clínica Relacionais* (comunicação pessoal, I Jornadas da PsiRelacional).

Freud, S. (1927). *O Futuro de Uma Ilusão*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XXI. Imago, 1996.

Freud, S. (1913). *Totem e Tabu*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIII. Imago, 1996.

Freud, S. (1912). *Recomendações aos Médicos que Exercem Psicanálise*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Imago, 1996.

Greenberg, J. (1986). *Theoretical Models and the Analyst's Neutrality. Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. Routledge, 1999.

Greenberg, J. e Mitchell, S (1983). *Relações de Objecto na Teoria Psicanalítica*. Climepsi, 2003.

Greenson, R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, v.1. International Universities Press.

Hoffman, I. (1983). *The Patient as Interpreter of the Analyst's Experience. Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. Routledge, 1999.

Matos, M. (2017). *Memoria implícita y experiencia traumática*. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (2): 369-379. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info]

Mitchell, S. e Aron, L. (1999). *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. Routledge.

Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Harvard University Press.

Newman, A. (1995). *As Ideias de D.W. Winnicott: Um Guia*. Imago, 2003.

Ogden, T. (1994). *The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. Relational Psychoanalysis: the Emergence of a Tradition* (ed. Mitchell, S. e Aron, L.). Routledge, 1999.

Orange, D. (2016). *Nourishing the Inner Life of Clinicians and Humanitarians: The Ethical Turn in Psychoanalysis*. Routledge.

Orange, D., Atwood, G., Stolorow, R. (1997). *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*. Analytic Press.

Renik, O. (1993). *Analytic Interaction: Conceptualizing Technique in Light of the Analyst's Irreducible Subjectivity*. Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition. Routledge, 1999.

Stolorow, R. D. (2012). *De la Mente al Mundo, de la Pulsión al Afecto: Una perspectiva Fenomenológico - contextual en Psicoanálisis*. Clínica e Investigación Relacional, 6 (3): 381- 395. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Sullivan. H. (1925; 1962). *Peculiarity of Thought in Schizophrenia*. Schizophrenia as a Human Process. Norton.

Winnicott, D. (1955-56; 1958). *Formas Clínicas da Transferência. Da Pediatria à Psicanálise*. Imago, 2000.

Winnicott, D. (1947; 1958). *O Ódio na Contratransferência. Da Pediatria à Psicanálise*. Imago, 2000.