

# Breve Introdução a uma Possível Técnica Relacional<sup>1</sup>

Carlos Rodriguez Sutil

Tradução de João Lorenzo

## Resumo

Neste artigo tento diferenciar, de forma sistemática, o meu pensamento em relação ao que é, geralmente, defendido pela psicanálise intersubjectiva e relacional de que não existe um corpo de conhecimento clínico ou de diagnóstico que se possa utilizar para elaborar recomendações “técnicas” que orientem a nossa prática, sendo assim contra todas as formas de diagnóstico psicológico. Eu, no entanto, sublinho que a atitude do terapeuta muda na interacção com os diversos estilos relacionais do paciente e que essa mudança está influenciada – na minha opinião – por algum tipo de enfoque no diagnóstico. Se aceitamos, geralmente, que ninguém se pode comportar como uma tela branca, reconhecemos que a transferência do paciente inclui as suas reacções naturais e espontâneas à situação real actual, na qual o terapeuta é um objecto real. O terapeuta que trabalha do ponto de vista de uma resposta óptima tem em consideração tanto os sinais do que o paciente espera dele, como as reacções do paciente à resposta recebida. Tenho sobretudo em mente as directrizes de Killingmo (1989, 2000) que sugerem que a tarefa do analista é diferente dependendo de o paciente sofrer, principalmente, de uma patologia de “conflito” ou de “déficit”.

**Palavras-chave:** Psicoterapia Relacional; Diagnóstico e Técnica; Transferência; Contratransferência; Patologia por Déficit, Patologia por Conflito.

---

1 Este trabalho é uma revisão e actualização de Rodriguez Sutil, C. (2012): Existe uma técnica em Psicanálise Relacional? - Clínica e Investigação Relacional, 6(3): 515-527. [ISSN 1988-2939]; [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es)]. Com ligeiras variantes, é o texto da conferência pronunciada nas III Jornadas PsiRelacional, Lisboa, 14 de Maio de 2023.

## Abstract

*In this work I attempt to differentiate in a nuanced way my viewpoint from the one generally advocated by intersubjective and relational psychoanalysis regarding their opinion that there is no distinctive body of clinical or diagnostic knowledge that can be used to develop "technical" recommendations to guide our practice and against any form of psychological diagnosis. While it is generally accepted that nobody can behave as a completely blank screen, it is acknowledged that the patient's transference includes their natural and spontaneous reactions to the current real situation, in which the therapist is a real object. A therapist who works from the perspective of optimal responsiveness takes into account both the signs of what the patient is expecting from them and the patient's reactions to the response received. I am particularly influenced by Bjørn Killingmo's guidelines (1989, 2000), which suggest that the analyst's task is different depending on whether the patient primarily suffers from a "conflict" or a "deficit" pathology.*

**Keywords:** *Relational Psychotherapy; Diagnostics and Technique; Transference; Countertransference; Deficit Pathology; Conflict Pathology.*

## Introdução

A tese defendida pelos intersubjectivistas do grupo de Stolorow *et al.* (1997), mantida, de forma não tão radical, pelo conjunto de autores que pertencem ao grupo relacional<sup>2</sup>, defende que a nossa abordagem é incompatível com as classificações psicopatológicas e com as indicações técnicas. Orange (2010) avisa-nos do risco: se utilizamos etiquetas diagnósticas, cedemos à tentação do *reduccionismo essencialista*, simplificador, que não atende à complexidade das semelhanças familiares, pelo que deveríamos evitar essa e outras pré-concepções no nosso trabalho clínico. Devemos, diz ela, ter em consideração de que a nossa visão é produto da perspectiva pela qual observamos, o que pode facilitar a nossa atitude para aprender com o paciente: de facto, a terapia avança graças a mudanças de perspectiva que surgem do diálogo. Estamos de acordo com ela quando refere que o nosso trabalho é uma tarefa ética, a busca

---

2 Segundo Bromberg (2011), a formulação "psicanálise relacional" surgiu por acordo de um pequeno grupo dirigido por Stephen Mitchell nos anos oitenta do século passado.

de uma vida decente para o paciente que sofre e para o nosso sofrimento como acompanhantes. Na perspectiva de Orange, não existe um corpo distintivo de teoria clínica nem recomendações “técnicas” que possam derivar da teoria intersubjectiva. Cada tratamento inclui um analista com um determinado ponto de vista e um paciente com determinadas características, que entrarão numa interacção intersubjectiva peculiar e espontânea e, em princípio, não previsível.

Recorrendo a Aristóteles, Orange, Atwood e Stolorow (1997) sugerem que a prática psicanalítica tem mais a ver com uma *phrónesis*, um pensamento prático que compreende sempre o universal e o individual e não tanto uma *techné*, uma técnica orientada à produção, pois não há um conhecimento prévio sobre os meios correctos para conseguir qualquer fim. O conceito de “técnica” inclui, igualmente, a ideia de regras correctas de actuação, que induzem à obediência, o que reduz a influência da subjectividade individual.

George Atwood (Stolorow e Atwood, 2019) parece aproximar-se “perigosamente” de uma posição diagnóstica e, portanto, técnica, quando especula (pp. 80-82), indicando a conveniência de falar de “tipos” de carácter, tomando a noção de “carácter” como a totalidade dos princípios organizadores pré-reflexivos de uma pessoa. Para Stolorow, pelo contrário, não pode haver “tipos” de carácter que existam como entidades descontextualizadas, como se fossem essências metafísicas ao estilo do *reducionismo essencialista* de que Orange falava. Atwood responde:

Mesmo que não haja tipos de personalidade que existam como entidades separadas e descontextualizadas, há pautas recorrentes típicas de transacção intersubjectiva que podem ser classificadas e descritas. A rigidez aparente de ditas pautas não reside, na nossa opinião, em estruturas intrapsíquicas fixas, mas sim em configurações relativamente estáveis de reciprocidade intersubjectiva que incluem as respostas típicas suscitadas pelos outros no contexto relacional: o estudo de tais pautas intersubjectivas representa uma área de vital importância na investigação clínica psicanalítica, uma área que, todavia, ainda não se começou a explorar suficientemente (p. 81).

Qual seria o objectivo de tal indagação? Pergunta Stolorow, e o seu colega responde que essa indagação permitiria iluminar a integração de tais pautas caracterológicas no seu contexto. Stolorow resolve o assunto de rebelião explicando como ocorre o trauma evolutivo. Conclui que o diagnóstico dos transtornos de personalidade é substituído pelos temas organizadores que se formam em contextos traumáticos e no impacto que tais experiências têm na constituição do mundo emocional. Atwood cede perante o argumento do responsável máximo do intersubjectivismo.

Ora bem, se estamos de acordo de que a patologia existe, pois existe o trauma, em qualquer caso, o trauma emocional, a pessoa, segundo Stolorow, fica presa, congelada num eterno presente que se repete de modo circular. Proclama que não existem entidades diagnósticas, apenas contextos devastadores (p. 75). A atitude deve ser empática, sem rejeição nem censura, mas igualmente sem se deixar inundar pela angústia e outros sentimentos negativos do paciente. Mas não existem formas diferentes de organizar o trauma? Não nos apresenta cada paciente uma maneira diferente de aproximar-nos ao seu sofrimento?

Bromberg (2011, cap. 6) fala da “técnica”, entre aspas, pois deseja separar-se o mais possível deste conceito da psicanálise clássica, suspeitando que, ao fazê-lo, está a realizar uma “traição”, igualmente entre aspas. Quando um analista refere que utiliza a sua mente como um “instrumento analítico” significa que a utiliza como uma ferramenta que serve para compreender o paciente, mas esta “compreensão” está intimamente ligada à sua concepção clássica da “técnica” como um conjunto de regras, mais ou menos flexíveis, utilizadas para inferir, de forma neutra, o que está oculto no inconsciente, sem contaminar o material. Se o analista recorre à sua posição preferida em vez de recorrer à sua sensibilidade pessoal, isto é, se apela à Técnica – com T maiúsculo – rejeita a sua capacidade para a comunicação intersubjectiva e impede que o paciente a utilize de forma óptima, já que o principal factor terapêutico, em toda a terapia, é a utilização da sua subjectividade como analista (Bromberg, 2006; p. 72).

Certamente que, na maioria das actividades humanas, a técnica não é suficiente, seja quando se interpreta música numa banda ou quando se participa numa psicoterapia. Na relação analítica não é possível separar o pessoal do profissional:

“...o “caminho real até ao inconsciente” é transformado num inconsciente relacional – um caminho comum e corrente no qual a única recomendação técnica que se pode planear é a de reconhecer que parte da viagem é o surgimento imprevisível de falhas.” (Bromberg, 2011; pp. 131 – 132).

Segundo isto, dito de forma radical por Stolorow e com moderação por Bromberg, o conceito de técnica não só seria desnecessário, mas também realmente, um obstáculo, ou algo inevitável a que é necessário renunciar com rapidez, pois o ingrediente fundamental de uma relação terapêutica é a espontaneidade. Para ser eficaz, um terapeuta deve aproximar-se ao funcionamento de um actor, pondo de parte o que estudou no instituto, se a sua formação foi a adequada.

Parte desta crítica faz-nos recordar alguns dos argumentos utilizados por Heidegger (1987) nos chamados Seminários Zollikon<sup>3</sup>, feitos de forma um pouco dispersa entre 1959 e 1969, para um auditório de psiquiatras. O filósofo alemão considera que a metapsicologia é inaceitável porque, em primeiro lugar, transfere a teoria kantiana da objectividade ao estudo do homem e, em segundo lugar, submete tal estudo ao paradigma das ciências naturais. Devido ao primeiro movimento, Freud produz uma objectivação inaceitável da historicidade humana, tomando o homem simplesmente como *algo à vista ou presente*<sup>4</sup>. No segundo movimento, Freud naturaliza o homem como se fosse um processo causal. A psicanálise não dá a história do ser humano concreto senão por uma sequência de causas naturais. As descobertas de Freud, que Heidegger reconhece, devem ser *reinterpretadas à luz de uma análise existencial e correspondem a uma ontologia regional*. Assim, concede uma grande importância à descoberta de que os seres humanos adoecem devido a relações traumáticas com outros seres humanos. Estes acontecimentos traumáticos devem ser tratados como casos do “ser com os outros”, existencialmente interpretados, não como efeitos no sujeito devido ao modo como se relaciona com os objectos. Também concorda que as perturbações psíquicas possam ser curadas através da relação dos pacientes com outros seres humanos – os terapeutas – mas como uma forma peculiar de estar com os outros, não a partir de conceitos como o de “transferência”.

---

3 Zollikon é uma localidade suíça onde vivia Medard Boss, psiquiatra suíço que entrou em contacto com Heidegger no pós-guerra e publicou vários trabalhos sobre análise existencial.

4 *Vorhanden*. Como uma realidade efectiva, ou *Wirklichkeit*.

Relativamente ao diagnóstico, Macwilliams (2021) relembra que o termo grego *diagnosis* implica compreensão mais pensamento. Neste sentido original todos os clínicos que se esforçam por compreender o sofrimento dos seus pacientes implicam-se em processos diagnósticos. Isso não impede que critiquemos os sistemas diagnósticos “mecanizados”, como as diferentes versões do DSM. Definitivamente, nenhum sistema diagnóstico pode capturar a complexidade psicológica de alguém, nem a singularidade de uma pessoa em concreto. Mas os terapeutas, sobretudo os mais novos, necessitam, nas palavras de Macwilliams, de algum “mapa” do território psicológico relevante, senão arriscam a sentir-se indefesos perante a infinita variedade humana.

Compreendo que a elaboração e proposta de uma técnica analítica relacional enfrenta dois obstáculos. O primeiro é que cada situação analítica é pessoal, de duas pessoas (pelo menos) e, assim, não totalmente generalizável. Mas existe algum conhecimento geral acumulado no que fazemos, isto é, essa sabedoria da *phrónesis* deve permitir, de alguma forma, a elaboração de regras que, sem torná-las como normas de cumprimento obrigatório, servem para orientar a prática futura. De outra forma, pergunto-me, que sentido haveria em manter a supervisão terapêutica dos colegas que começam. Admitindo que os colegas veteranos são mais “sábios”, o que não é pouco, que suporte haveria para a inferência de que essa sabedoria sirva para avaliar e orientar, de forma não dogmática, uma interacção terapêutica na qual não nos encontramos presentes. E suponho, igualmente, que essa experiência acumulada tem algo a ver também com a diferenciação dos tipos de personalidade, esses “estilos relacionais” de que Atwood falava na sua conversa com Stolorow. Apesar de sentir-me inclinado a aceitar que a psicoterapia psicanalítica deve assentar numa análise existencial, tenho a opinião de que o ser humano não é apenas uma pessoa, mas a focagem na ciência natural, de técnica, nunca pode estar de todo ausente no nosso trabalho. A nossa ciência, enquanto prática, nunca será *nomotética* em exclusivo, mas também um enfoque *ideográfico* puro corre o risco de perder-se no detalhe efémero. Por outro lado, apenas somos capazes de compreender mediante categorias. Mesmo que a nossa ciência seja compreensiva e não se deva confundir com uma técnica quantitativa estará possivelmente sempre entre o humano e o natural.

O segundo obstáculo é mais de índole moral. Se tento oferecer um inventário, mesmo que seja simples, dos diferentes contextos que se criam com diferentes tipos de pacientes, desde uma perspectiva relacional, deixaria os meus aspectos pessoais totalmente expostos, metade exercício de exibição narcísica, metade confissão e quiçá confissão culposa. Esta autodescoberta pública é a causa do atraso em integrar a contratransferência como fenómeno essencial na terapia psicanalítica, integrado pelo enfoque relacional no campo interpessoal da influência mútua. Destacam-se em especial os aspectos não verbais no manejo da interacção, reduzindo assim o papel da interpretação como instrumento quase exclusivo da psicoterapia psicanalítica.

## A Matriz Relacional em Psicoterapia

Para se chegar à concepção actual sobre a relação terapêutica foi necessário percorrer um longo caminho. A versão de que a transferência é um produto exclusivo do paciente perante a presença de um analista neutro, que actua como espelho ou tela, foi a oficial até aos trabalhos de Gill (1982) que sublinharam a impossibilidade de um terapeuta ser totalmente neutro e situaram a transferência e a resistência no contexto da relação interpessoal. O significado do termo mudou a partir de então, de considerado como uma mera projecção para a ideia de que as reacções do paciente podem apoiar-se em deduções acertadas a partir de indícios que o analista não pode evitar produzir. A transferência inclui as reacções espontâneas e naturais do paciente perante a situação actual, na qual o terapeuta é um objecto real. Nenhuma pessoa pode ser uma tela completamente em branco.

Heimann (1950) surpreendeu-se ao descobrir que muitos candidatos a psicanalistas se sentiam culpabilizados quando ganhavam consciência de que tinham algum tipo de sentimento para com os pacientes. O habitual era pretender controlar toda a resposta emocional e mostrar-se “desapegado” (*detached*). Heimann recorda que Ferenczi (1932) – autor que na altura não era costume ser citado – afirmava que, às vezes, o terapeuta deve expressar os sentimentos de forma aberta. Heimann ressalvou a importância da contratransferência como instrumento para compreender o paciente, mas concebia-a como uma criação exclusiva do paciente, uma parte da personalidade dele.

Por outro lado, desde as origens da psicanálise que se identificou a contratransferência como um impedimento no processo de tratamento. Freud (1912) também identificou no analista um mecanismo positivo e facilitador, o instrumento analítico, como modelo para a sintonização empática (Cf. Lasky, 2002). O analista deve orientar até ao inconsciente emissor do sujeito o seu próprio inconsciente mediante a atenção flutuante, como órgão receptor, servindo-se assim do seu inconsciente como se de um instrumento se tratasse. No entanto, não há-de tolerar em si nenhuma resistência, pontos cegos que afastem da sua consciência o que descobriu. Freud recomenda, seguindo Stekel, que o analista deve sujeitar-se a uma análise prévia.

A psicanálise relacional integra os fenómenos antes dispersos de transferência e contratransferência num “campo” co-construído como é a relação entre terapeuta e paciente. O acento coloca-se, se utilizamos as palavras de Mitchell (1988), na matriz interaccional (ou relacional) que se constrói tanto com a transferência como com a contratransferência e na capacidade mutativa da interacção analítica, mais do que na interpretação. A transferência não se complementa simplesmente com a contratransferência, a situação analítica é uma construção comum de analista e paciente, superando a dualidade clássica de sujeito-objecto (interior-exterior) e também a descrição do comportamento como uma sequência de acção e reacção ou de agente e paciente. No campo comum co-construído por paciente e terapeuta podem mostrar-se e mostram-se os estilos básicos adquiridos na história pessoal de cada um deles, mas dentro de uma realidade nova que é a interacção terapêutica no aqui e agora. A transferência não tem tanto a ver com a regressão, o deslocamento ou qualquer outra forma de distorção, mas sim com a assimilação da relação analítica nas estruturas do mundo subjectivo do paciente. Uma forma mais de organizar a experiência e de criar significado.

A prática relacional indaga sobre os aspectos curativos da própria revelação do terapeuta, não só do que se consideraria sentimentos contratransferenciais, como também a natureza e raiz na história pessoal e a forma de ser do terapeuta. Desde a actual psicologia do *self*, em vez do *princípio da abstinência* – uma das normas régias da psicanálise freudiana – prefere-se falar da *responsividade óptima* (Bacal & Herzog, 2003). O terapeuta que funciona no registo da responsividade



óptima tem em conta tanto os marcadores ou sinais que o paciente dá do que espera das respostas do terapeuta, bem como as reacções do paciente às respostas percebidas. Estes sinais, presentes desde os primeiros contactos, dão informação muito valiosa sobre as necessidades do objecto si-mesmo – mas também poderíamos dizer necessidades “de reconhecimento” (Benjamin, 1995) – que não foram satisfeitas pelos cuidadores anteriores.

A relação terapêutica constitui-se como uma segunda oportunidade para o desenvolvimento emocional, dentro do processo analítico, que se oferece, segundo comenta Ávila (2005), como uma relação desconfirmadora do patógeno, com as características de um vínculo fundador complementar.

Neste registo encontramos o conceito de *enactment* (p. ex. Hirsch, 1998; Maroda, 1998). “*Enactment*” é uma conjugação intersubjectiva em forma de encenação entre os dois participantes do vínculo, baseada frequentemente na sintonia comunicacional a nível local, que pode incluir padrões de experiência derivados de processos que antes eram categorizados de transferência-contratransferência. É uma cena breve e de intensa carga emocional, na qual ambos actuam e que a *posteriori* dá um valor e sentido funcional ao vínculo terapêutico e ao processo de mudança, sobretudo na medida em que é reconhecido e explorado por ambos na mutualidade que a experiência implicou.

Com Sandler (1976) começa-se a considerar o *enactment* como um facto inevitável no trabalho clínico, necessário para a criação de uma relação de vínculo, sem que por isso se perca a neutralidade analítica. Se o paciente propõe um papel e o analista não o actua, corta-se um processo prematuramente, o que é também uma actuação de repressão, restrição ou proibição do analista. É evidente que o analista, faça o que fizer, actua sempre, actuação que está apoiada nas suas próprias relações internas. Questiona-se, assim, a ideia de um analista que interpreta a realidade do paciente, desde uma posição externa. Bem pelo contrário, o analista é sempre alguém que participa, actua e depois tenta explicar algo sobre o que ocorreu entre os dois. Ao recuperar-se o intercambio, o sucedido deve ser compreendido como o colocar em acção uma cena intersubjectiva.

Pode afirmar-se que um *enactment* é um fenómeno intrapsíquico que se desenvolve interpessoalmente e é através deste processo, como o “não-eu” é convertido simbolicamente em “eu”, um aspecto relacional da identidade (Bromberg, 2011). O *insight* não é como a descoberta de um animal que está escondido entre os arbustos, nem como dar a volta a uma pedra para observar os insectos que vivem por debaixo. Não é a revelação de uma realidade passada e oculta, mas sim a reorganização do significado da experiência presente, em relação com o futuro e com o passado. Uma das elaborações “técnicas” que sobressaem no tratamento que Bromberg oferece pelos *enactments*, relaciona-se com o “sistema do medo” e caracteriza estes momentos de encontro como algo que se produz quando a situação é segura, mas não demasiado segura. Nestas situações repetem-se na relação analítica os mesmos fracassos do passado do paciente mas, na realidade, dá-se algo mais do que uma mera repetição. Trata-se de “surpresas seguras” (*safe surprises*), porque uma nova realidade apenas se torna presente através da surpresa, entre a espontaneidade e a segurança, construída por terapeuta e paciente. Esta situação que se revive é uma analogia do trauma evolutivo.

No *enactment* está incorporado também um factor importante de autorrevelação. Um dos assuntos mais debatidos dentro da psicanálise relacional é a possibilidade de mostrar ou revelar (*self-disclosure*) as vivências próprias ao paciente (Renik, 1995; Meissner, 2002). A maioria dos terapeutas de orientação analítica, em todas as suas variantes, aceitarão actualmente que quando se cometeu um erro importante, por exemplo dizer algo que com toda a evidência pode ser vivido pelo paciente como um insulto ou menosprezo, o terapeuta deve reconhecê-lo. O passo seguinte que consistiria em explicar ao paciente, com mais detalhe, as razões da história pessoal do terapeuta, até esse momento em grande parte inconscientes, que o levaram a cometer o erro citado, pode ter lugar num determinado momento da terapia e perante um paciente que alcançou um alto nível de integração. Por vezes este tipo de aproximações são as mais indicadas para favorecer o processo de separação no final de uma terapia. Por outro lado, apesar do enfoque relacional ser crítico com a assimetria extrema com que alguns entendem a análise ortodoxa, deve deixar-se bem estabelecido que a relação terapêutica nunca poderá chegar a ser totalmente simétrica.

Não vou ser exaustivo, mas quero sublinhar que “matriz relacional”, “autorrevelação”, “responsividade” e “*enactment*”, são conceitos que possuem implicações técnicas, pertencem à técnica ou, querendo ser mais preciso, como tenho sido ultimamente, à “anti-técnica” que a psicanálise relacional nos proporciona (Rodríguez Sutil, 2021).

## Diferentes Observações Terapêuticas

Há anos que tendo a classificar as personalidades partindo, por um lado, das posições evolutivas – os núcleos ou posições (esquizóide, confusional, depressiva) – e, por outro, da motivação predominante na conflitualidade do paciente, isto é, o âmbito no qual se apresenta a maioria dos conflitos do indivíduo, sempre no plano interpessoal: apego, agressão ou indiferença (Rodríguez Sutil, 1991, 1995, 1998, 2002, 2014a & 2014b). No meu entender, em grande parte, os sujeitos com uma organização neurótica da personalidade são os que se agrupam na posição ou núcleo depressivo, além da personalidade fóbica. Os protótipos da organização limite são o confuso e o explosivo-bloqueado, pertencem à posição confusional juntamente com o fóbico (ou evitante). Finalmente, ainda que sigamos a lógica dos três níveis teria de se qualificar os do núcleo esquizóide como “limite baixo”, como parece sugerir Kernberg (1996), é raro que vivam situações de desequilíbrio extremo. São como os da posição depressiva, bastante estáveis à sua maneira. Faz tempo que cheguei à conclusão de que o conceito “limite” é uma dimensão de gravidade. Assim tive a ocasião de observar casos de personalidade histriónica grave que teriam sido diagnosticados como “limites” e, em certa medida, o contrário: explosivo-bloqueados considerados como obsessivos.

Tenhamos em consideração as palavras de Brandchaft e Stolorow (1984) – onde se deduz uma recomendação indubitavelmente técnica – quando dizem que um paciente que apresenta uma organização primitiva, tratado segundo as recomendações de Kernberg, demonstrará com rapidez todas as características que este autor descreve sobre as personalidades com organização limite. Por outro lado, quando se trata o paciente seguindo os conselhos de Kohut, irá manifestar prontamente as características que este atribui à perturbação narcísica da personalidade. Perante uma confusão diagnóstica extrema que toma posse da prática clínica, não deve surpreender que as recomendações técnicas para lidar

com o paciente narcísico, dito de forma genérica, se distribuam num amplo e instável ideário. Kohut (1971, 1984) propõe uma boa sintonização empática, enquanto Kernberg (1996) sugere confrontar o paciente com as suas defesas e reacções emocionais de inveja e ódio.

Cada vez me parece mais evidente que a melhor forma de nos aproximarmos do encontro terapêutico é o da sintonização empática, não só com pacientes narcísicos e limites, mas com todos. Uma vez conseguido o clima favorável, a confrontação com as defesas – com a conseqüente “desestruturação” que provoca – assim como o uso da interpretação, estarão mais presentes no trabalho com as personalidades de organização neurótica. Os pacientes de organização limite – explosivo-bloqueados e outros – que se apresentam mais ou menos desestruturados e com altos níveis de ansiedade – no geral, os narcísicos de pele fina em particular, necessitarão da expressão marcada da empatia, juntamente com estratégias de clarificação e de confrontação. Concluindo, os estados limite constroem-se num contexto intersubjectivo, tal como a relação terapeuta-paciente é intersubjectiva. O tratamento das personalidades narcísicas (de “pele dura” e de “pele fina”), como afirma Joan Coderch (2006), é uma tarefa que se desenvolve “mais além da interpretação” ou, para ser mais exactos, “mais além do conteúdo semântico da interpretação” (p. 235).

O trabalho com pacientes de linha mais neurótica apresenta uma aparência mais simples ao terapeuta. Por exemplo, quando sentimos urgência em dar uma solução rápida ao problema apresentado pelo(a) paciente, talvez tenhamos caído de forma inadvertida nas redes sedutoras da personalidade histriónica. A atitude terapêutica perante o histérico é especialmente complicada, pois requiere um acolhimento caloroso, mas a manutenção firme da distância, isto é, da neutralidade, para entrar pouco a pouco no jogo de sedução que o paciente oferece, porém de forma controlada. Muitas vezes o rancor a terceiras pessoas que se comportaram de forma incorrecta ou injusta para com o sujeito pode indicar a presença de uma personalidade obsessiva. O obsessivo requiere uma aproximação paciente e um processo de “desmontagem” das suas atitudes racionalizantes, mas não com argumentos racionais. Assinalar as contradições com humor costuma ser um procedimento fecundo com obsessivos e, no geral, com todo o tipo de pacientes.

Ao contrário de Balint e de Winnicott, Fairbairn (1957) não considera que o objectivo da terapia exija provocar uma regressão no paciente, talvez porque tenha lidado mais do que os seus colegas com pacientes difíceis ou em estado de regressão. Os pacientes mais estáveis são os de organização neurótica e, se é pretendido facilitar alguma mudança profunda, é lógico que se passe por alguma forma de desorganização, desestruturação ou regressão a modos de funcionamento mais precoces. Mesmo que nunca se regresse, totalmente, onde já se esteve. Isso não é possível com as personalidades da posição esquizóide, pois, caso se conseguisse – algo improvável – o único lugar a que poderiam “regressar” seria o da psicose. As organizações limite, por outro lado, apresentam-se, desde logo, com algum nível de desorganização. Os pacientes com organização limite costumam requerer uma aproximação do terapeuta como orientador, que lhes ajude a clarificar as dinâmicas dos próprios sentimentos e do conhecimento que têm sobre as reacções emocionais daqueles que os rodeiam. Pode ser que sintamos desejos de compensar situações de abandono, excedendo-nos na nossa atitude de acolhimento perante personalidades fóbicas. Pelo menos é algo que ocorre comigo. A necessidade de aceitação total que o fóbico partilha com outras personalidades (explosivo-bloqueado, limite) (Rodriguez Sutil, 2002, 2005, 2014a, 2021), pode despertar o nosso desejo de hiper compensar a sua fragilidade, desempenhando um papel inadequado do ideal do eu, isto é, um modelo ideal que resolve tudo sem qualquer tipo de problema. Esta tendência pode tornar-se extrema quando o sujeito demonstra importantes rasgos de submissão e de dependência, que se expressa como um paradoxo irresolúvel “tu deves ser independente”.

Alguns pacientes obsessivos, com um cumprimento formal das instruções, mas, frequentemente, com pouca implicação real na tarefa, podem provocar no terapeuta uma certa exasperação, quando não ao aborrecimento ou à sonolência. Outro risco que ameaça a terapia com o paciente obsessivo é entrar numa discussão racionalizante. Finalmente, os sujeitos predominantemente agressivos ou esquizóides podem despertar atitudes agressivas ou defensivas no terapeuta. O esquizóide costuma provocar uma sensação de estranheza e de distância que aparenta ser irreconciliável. Não responder à agressividade com a defesa ou o contra-ataque, mas sim analisar as razões ou confrontando as atitudes, pode permitir que o paciente pense em vez de agir. Por fim referindo-me ao paciente maltratante, recorro ao conselho winnicottiano, no qual o terapeuta se oferece

para ser usado, mas não abusado (Winnicott, 1969). O terapeuta permite ser usado como um objecto subjectivo e então “destruído” como objecto projectivo e também ser humanamente estável para sobreviver aos ataques do paciente contra a sua identidade. Deve ser capaz de experimentar e reconhecer os seus próprios limites, pois um paciente não necessita de um santo como analista, necessita de autenticidade (Bromberg, 1998).

Neste momento, creio que é clarificador recorrer à distinção entre patologia de conflito e patologia de déficit proposto por Killingmo (1989). A tarefa na patologia de conflito, própria das neuroses – e das personalidades neuróticas – supõe apoiar o eu na aventura de enfrentar os afectos e impulsos arcaicos, com representações objectais internalizadas que são, frequentemente, projectadas no analista. O trabalho consiste em descobrir significados ocultos. No entanto, perante a patologia por déficit, o analista não tenta que o paciente descubra significados ocultos, mas sim que experimente o significado do mesmo: “Não se trata de encontrar algo mas de sentir que algo existe”. Deve tentar-se corrigir e separar as representações de si-mesmo-objecto distorcidas ou difusas e, posteriormente, produzir a estruturação de aspectos das relações objectais que, todavia, não se alcançaram na evolução prévia.

Neste segundo nível, as intervenções do terapeuta não devem ter uma natureza interpretativa ou afirmativa (por exemplo, “o que você sente é correcto”, “isso deve-lhe ter causado uma grande perturbação”, que Killingmo (1995, 2000) liga ao trabalho de contenção (Bion) ou de *holding* (Winnicott). Coderch (2011, p. 123) comenta que mesmo que nuns pacientes predomine mais a patologia por déficit ou por conflito, todos padecem de alguma forma de déficit estrutural no *self*. Refere ainda que ao falarmos de patologia por conflito intrapsíquico, já não nos reportamos à luta de pulsões e de defesas, mas sim à oposição de distintas motivações ou configurações relacionais. Além do mais, o déficit é um facto de observação fenomenológica na clínica, enquanto o modelo clássico do conflito intrapsíquico é uma inferência baseada na suposta universalidade do complexo de Édipo. Não devemos confundir desejos de tipo edipiano, perante os quais devemos conservar a neutralidade, perante necessidades evolutivas, como a necessidade de reconhecimento, que devemos tentar compensar a partir da visão da terapia como uma segunda oportunidade de crescimento. Ultimamente tenho posto um

exemplo prático, em parte inventado. Uma paciente comenta comigo que quando era pequena sentiu uma intensa frustração quando os seus pais não assistiram à apresentação de teatro de Natal no colégio que frequentava. O terapeuta assinala, saindo da neutralidade clássica, que a sua reacção parece bastante justificada. Nessa mesma sessão a paciente comenta que no sábado seguinte irá celebrar o seu aniversário com amigos e que o terapeuta está cordialmente convidado. Este agradece o convite, mas diz-lhe que devido ao trabalho que realizam na terapia existem campos da relação que não convém entrar, como por exemplo relacionarem-se fora do âmbito do contexto terapêutico, excepto se for estritamente necessário devido às circunstâncias.

Fonagy (1991, 2001 e Fonagy e Target, 1996) descreve o processo diádico que conduz ao desenvolvimento da capacidade de mentalização na criança. Para que a criança seja capaz de reflexionar sobre os seus próprios estados mentais, de brincar com os seus pensamentos e movimentar-se com confiança entre as percepções dos seus próprios pensamentos, da realidade externa e dos pensamentos dos outros, deve ter a experiência de um adulto que pensa sobre os seus pensamentos – que imagina os seus pensamentos e os devolve de forma mais elaborada. De modo análogo, a psicanálise, na qual o psicanalista pensa e fala sobre o pensamento do paciente, pode servir para reparar defeitos globais ou mais circunscritos na capacidade de mentalização do paciente.

Quando carece de mentalização – refere Fonagy – o paciente analítico, deparando-se com a tarefa de autorreflexão, tende a experimentar estados emocionais sem sentido, de caos e de terror sem nome, uma vez que o sentimento e as emoções, próprias e dos outros, apenas podem ser representadas num nível primário e não pode pensar-se ou reflectir sobre elas. A representação das próprias ideias e desejos pode formar o núcleo de uma identidade coerente e madura, assim, a mentalização serve para aumentar a capacidade de individuação. Se o paciente utiliza a capacidade de mentalização do terapeuta para manter a sua própria identidade, a dependência perante o terapeuta pode ser absoluta, com um vínculo aderente. Considero que certa forma de dependência, normalmente, não tão extrema, é inevitável em todo o processo terapêutico que tem êxito, pois o paciente requer sempre a capacidade de mentalização do terapeuta. Por outro lado, para a boa continuidade desse processo também é necessário que se faça o caminho

inverso, ou seja, que o terapeuta possa aproveitar a capacidade de mentalização do paciente. Finalmente, devo referir que, apesar do referido, a maior parte da terapia faz-se “fora do pensamento”, por assim dizer, ao nível do ritmo, do não verbal e de todos os elementos que não são “simbolizados”, habitualmente, ou nunca chegam a sê-lo, como o acolhimento empático em toda a sua extensão.

Winnicott, em dois artigos brilhantes – O Ódio na Contratransferência (1947) e A Agressividade na Relação com o Desenvolvimento Emocional (1950) – considera que a agressividade e o ódio do analista são inevitáveis. Quando o terapeuta manifesta o seu ódio, sobretudo em momentos avançados da terapia, serve para marcar os limites – tão necessários no desenvolvimento como na terapia – e facilitar o crescimento e a separação posterior.

Antes de terminar gostaria de destacar de novo a importância do diagnóstico da personalidade – salvaguardando o risco de coisificação que implica – como elemento imprescindível para um bom enfoque terapêutico, mas que nunca se deve tomar como uma realidade monolítica (Ávila, Rodriguez-Sutil & Herrero, 1997). Como dizia José Saramago, somos contos de contos, isto é, transportamos histórias e mecanismos diferentes que podem activar-se em momentos inesperados. Cada constelação relacional que se produz numa nova situação terapêutica requererá uma boa dose de atitude criativa, tanto num como no outro membro da díade terapêutica.

Como conselho prático geral, parece-me que uma das observações mais perspicazes se deve a Joan Coderch e foi expressa de forma negativa:

“Não fazer nada para esconder a própria realidade, coisa que já vimos que é impossível: Não fazer nada para apresentar uma imagem anónima e opaca: Não fazer nada para evitar o trato natural e simples que surge espontaneamente e não fazer nada para substituí-lo pela atitude fria e reservada da “distância analítica”. Não fazer nada para ocultar os desejos de ajudar que o analista sente perante o paciente. Não fazer nada para enfatizar, por todos os meios, que o analista é absolutamente “neutral” (...) E não fazer nada para dissimular o, profundamente, implicado que, tanto a nível afectivo como cognitivo, se encontra todo o analista no curso de um processo analítico que mereça tal nome.” (2011, pp. 178-179).



## Referências

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Analytic Press.
- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 2, 195-220.
- Ávila Espada, A., Rodríguez Sutil, C & Herrero Sánchez, J.R. (1997) Evaluación de la Personalidad Patológica. Nuevas Perspectivas. En A. Cordero (comp.) *Evaluación Psicológica en el año 2000*. TEA.
- Bacal, H.A. & Herzog, B. (2003). Specificity theory and optimal responsiveness. An Outline. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 4, 635-648.
- Benjamin, J. (1995). *Like Objects, Love Subjects*. Yale University Press.
- Brandchaft, B. & Stolorow, R. D. (1984), The borderline concept: Pathological character or iatrogenic myth? In *Empathy II*, ed. J. Lichtenberg, M. Bornstein, & D. Silver. Hillsdale, The Analytic Press, pp. 333-357.
- Bromberg, P.M. (1998). *Standing in the Spaces. Essays on Clinical Process, Trauma, and Dissociation*. Analytic Press.
- Bromberg, P.M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Analytic Press.
- Bromberg, P.M. (2011). *The shadow of the tsunami: and the growth of the relational mind*. Routledge.
- Coderch, J. (2006). *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2011). *La Práctica de la Psicoterapia Relacional*. Madrid: Ágora Relacional.
- Fairbairn, W.R.D. (1957). Psychoanalysis and Mental Health. In Scharff, D. E., & Birtles, E. F. (Eds.), *From Instinct to Self. Selected Papers of W.R.D. Fairbairn*. Routledge.

Ferenczi, S. (1932). *Diario Clínico*. Amorrortu.

Fonagy, P. (1991). Thinking about Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.

Fonagy, P. (2001). *The Psychoanalysis of Violence*. Paper presented to the Dallas Society for Psychoanalytic Psychotherapy March 15, 2001.

Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality I. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-33.

Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Obras Completas*. Tomo XII (107-119). Amorrortu Editores, 1985.

Gill, M.M. (1982). *The Analysis of Transference. Vol. 1: Theory and Technique*. Int. Univ. Press.

Heidegger, M. (1987). *Zollikon Seminars. Protocols-Conversations-Letters*. M. Boss (ed.). R. Askay & F. Mayr (trs.). Northwestern University Press: Evanston, IL, 2001.

Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.

Hirsch, I. (1998). The Concept of Enactment and Theoretical Convergence. *Psychoanal Quaterly*, 67, 78-101.

Kernberg, O. (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In J.F. Clarkin & M.F. Lenzenweger (comps.). *Major Theories of Personality Disorders*. Guilford.

Killingmo, B. (1989). Conflict and Deficit: implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65-79.

Killingmo, B. (1995). Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503-518.

Killingmo, B. (1999). Revisión de la denominada “Regla de Abstinencia”. *Intersubjetivo*, 1,1, 65-78.

Killingmo, B. (2000). Una perspectiva de escucha psicoanalítica en un tiempo de pluralismo. *Intersubjetivo*, 2, 1, 5-22.

Kohut, H. (1971). *Análisis del Self*. Amorrortu.

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

Lasky, R. (2002). Countertransference and the Analytic Instrument. *Psychoanalytic Psychology*, 19, 1, 65-94.

Nancy McWilliams (2021), Diagnosis and its Discountents: *Reflections on our Current Dilemma*. *Psychoanalytic Inquiry*, 41, 8, 565-579.

Maroda, K. J. (1998). Enactment. *Psychoanalytic Psychology*, 15, 517-535

Meissner, W. W. (2002), The problem of self-disclosure in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 3, 827-867.

Mitchell, S. (1988). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. Mexico: Siglo XXI editores.

Orange, D.M. (2010). *Thinking for Clinicians. Philosophical Resources for Contemporary Psychoanalysis and the Humanistic Psychotherapies*. Nueva York: Routledge.

Orange, D.M., Atwood, G.E. & Stolorow, R.D. (1997). *Working intersubjectivity: Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 466-495.

Rodríguez Sutil, C. (1991). Diagnóstico de los Prototipos de la Personalidad y de sus Trastornos. *Clínica y Análisis Grupal*, 13, 1, 66-87.

Rodríguez Sutil, C. (1995). Clasificación y diagnóstico de la personalidad. *Clínica y Salud*, 6, 161-173.

Rodríguez Sutil, C. (1998). Agresividad y evolución de la personalidad. Un enfoque dinámico-vincular. *Clinica y Análisis Grupal*, 20, 3, 381-399.

Rodríguez Sutil, C. (2002). *Psicopatología Psicoanalítica. Un Enfoque Vincular*. Biblioteca Nueva.

Rodríguez Sutil, C. (2005). El concepto de “carácter” en psicoanálisis. Sobre una patología sin síntomas. *Intersubjetivo*, 7, 1, 5-27.

Rodríguez Sutil, C. (2012). ¿Existe una técnica en Psicoanálisis Relacional? *Clínica e Investigación Relacional*, 6(3): 515-527. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es)]

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

Rodríguez Sutil, C. (2014b). ¿Cuál es la técnica del Psicoanálisis Relacional? In de Joan Coderch (comp.) *Avances en psicoanálisis relacional*. Ágora Relacional.

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

Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43-47.

Stolorow, R.D., & Atwood, G.E. (2019). *The Power of Phenomenology. Psychoanalytic and Philosophical Perspectives*. Routledge.