

# A Psicoterapia como Ética Relacional. Comentário à Conferência de Manuel Matos “Os Limites em Psicanálise Relacional”.

Hélder Chambel

---

Estimado Professor, estimados Colegas:

Antes de mais professor, agradeço-lhe o convite para comentar a sua conferência. É um desafio imenso e uma grande responsabilidade, da qual espero estar à altura. Há algo no seu convite que me inquieta, como o professor sabe, creio que se recorda, o professor foi meu analista durante mais de dez anos, portanto, sabe mais de mim que qualquer pessoa nesta sala, talvez já não se recorde, acredito que seja isso, mas você sabe muitas coisas sobre mim... muitas coisas mesmo ... O que eu acho estranho é que, mesmo sabendo essas tantas coisas sobre mim, me tenha convidado para comentar a sua conferência... tem a certeza que quer manter isto? Ainda estamos a tempo...

O seu convite é algo que me assusta e comove ao mesmo tempo, obrigado professor, sinto o seu convite como um reconhecimento em autenticidade, que não sei se mereço, mas que muito lhe agradeço.

Professor, este seu texto é mais um texto para guardar, estudar e pensar. Como desde o seu livro “Adolescência, Representação e Psicanálise” (Matos, 2005), primeira coisa que li de si, e que me fez procurá-lo para ser meu analista, o professor interroga-se, tenta compreender e explicar a formação e o funcionamento da mente humana, e parte desta leitura para enquadrar soluções clínicas para aliviar o sofrimento humano. É tarefa de uma complexidade imensa, e um longo percurso de pensamento que tenho acompanhado com interesse, tenho aprendido muito de si. Recordo os seus seminários de formação de psicoterapeutas em que a sua clareza, estrutura e organização me permitiu pensar a partir de si, muitas vezes para lugares e pensamentos muito diferentes, é verdade, mas a partir de si e de outros autores, claro. Obrigado por isso professor, e por outras coisas que mais à frente lhe direi.

No texto que hoje nos oferece, Manuel Matos desenvolve uma ideia central: a importância dos limites para a saúde mental, faz este exercício a partir de várias dimensões: internas, externas, dimensões sociais e dimensões clínicas. Para economias várias vou centrar o meu comentário ao seu texto no contexto da relação humana e na relação terapêutica com os nossos pacientes.

Vou entender limite, neste contexto, como o respeito pela subjectividade do outro na inevitável articulação de subjectividades inerentes à relação e à condição humana. Jéssica Benjamin (2012) diz-nos que dado que todas as nossas subjectividades são diferentes, esta articulação não pode ser feita senão numa tensão permanente. O contrário disto corresponderia à anulação de uma subjectividade perante a outra, pelo medo da não aceitação ou da retaliação, mecanismos de “sobre-adaptação” que Ferenczi (1933) nos descreveu ou de falso-*self* como Winnicott estudou (1988). Estes são mecanismos traumáticos onde a percepção da criança ou o *self* espontâneo, consoante um autor ou outro, são anulados num mecanismo psicológico que causa sofrimento psíquico ao *self* em desenvolvimento e ao futuro adulto.

Onde há duas subjectividades há tensão e, por exemplo, agora mesmo professor, como na vida, se não me coloco numa posição de “sobre-adaptação” em relação a si, num processo de idealização, teremos a inevitabilidade da tensão no meu comentário à sua conferência. Não é uma sobre-adaptação que espera de mim, sempre o ouvi dizer que é da liberdade de expressão que podemos desenvolver o pensamento científico e crescer enquanto pessoas, enquanto sociedade ou até mesmo enquanto associação psicanalítica. A rigidez de pensamento único estagna o humano e a sociedade num dogma com os seus deuses e discípulos, como se chamava aos psicanalistas contemporâneos de Freud. Mas também acho, e isto é importante, que na articulação de subjectividades para além da inevitável tensão de que Jéssica Benjamin fala, existem outras dimensões, dimensões de sintonia, de equilíbrio e de ligação emocional. É deste lugar de tensão, sintonia e ligação emocional na procura de equilíbrios entre subjectividades que lhe escrevo, estimado professor.

Assim, vou dizer que é quando uma subjectividade não pode existir na relação com o outro, seja por que motivo for, que se ultrapassam os limites, podemos viver em tensão, não podemos viver na destruição.

Pensemos um pouco sobre como se desenvolve no humano o respeito pela subjectividade do outro. Diz o professor: “os limites na construção da vida psíquica começam na (...) segurança básica durante a primeira infância”. Acho importante esta linha de pensamento. Bowlby (1988), mesmo sem os conhecimentos das neurociências e da neurobiologia que temos hoje, e que confirmam o que ele disse, referiu como factor fundamental para a saúde mental a vivência pela cria humana de uma “base segura para explorar o mundo”. Destaco o “para explorar o mundo” porque é uma ideia importante dentro do conceito de “base segura”. Nós, humanos, nascemos completamente dependentes dos progenitores, e precisamos de um tempo de protecção, acolhimento, reconhecimento, valorização, empatia e ligação emocional. Na mais bonita definição de Bowlby, a “base segura para explorar o mundo” é o sítio onde podemos voltar quando tudo corre mal.

O professor, mais à frente, fala de empatia, inerente à ideia de base segura. Fala também da importância da pele, da segurança, do conforto do corpo e da constituição de representações simbólicas, tridimensionais, complexas, no sentido em que, por exemplo a minha ideia de mãe, não é apenas a cara de uma pessoa, mas sim uma ideia composta de múltiplos aspectos e imbuída de múltiplas tonalidades afectivas. Coisa só possível de construir a partir de uma experiência relacional com a mãe onde estas dimensões foram vivenciadas. O professor assinala estes aspectos, e outros, de forma complexa, mas evidente.

É a vivência de uma relação segura na nossa infância, de forma repetida e prolongada no tempo que nos permite construir, ou seja, registar neuronalmente um conjunto de ligações neuronais, que são uma representação do mundo como um lugar seguro, e de uma representação da relação humana onde existe a esperança de uma ligação emocional satisfatória (Stern, 1985).

E nesta relação intersubjectiva, com dimensões emocionais, que também referiu, as emoções são inatas em nós e é através delas que nos ligamos ao mundo e às pessoas, mas dizia, é através desta relação que se constrói o nosso inconsciente (Schoore, 2016). É assim que construímos um conjunto de ideias sobre nós próprios, sobre o mundo, e criamos expectativas do comportamento dos outros em relação a nós, bem como formas de regular as nossas emoções. Tudo isto, pelo seu carácter anterior à linguagem e à capacidade de utilizar a memória a longo

prazo, são dinâmicas procedimentais em nós, activam-se de forma automática perante a experiência, em qualquer altura da nossa vida (Trevarthen, 2011).

Porque é que as pessoas ultrapassam os limites? Porque é que não respeitam a subjectividade dos outros na relação humana? Sabemos que é esta base segura que nos permite desenvolver, numa fase posterior, processos de mentalização (Fonagy, 2015), isto é, a capacidade de pensarmos sobre os nossos pensamentos, de sermos empáticos e de pensarmos sobre a realidade. Sem base segura não existem processos de mentalização, logo não existe empatia. A empatia está relacionada com a activação dos neurónios espelho, os neurónios espelho só se desenvolvem em nós quando alguém é empático connosco. É a empatia que permite o respeito pelos limites da subjectividade do outro, é a consciência da consequência dos meus gestos na vida emocional dos outros que me faz pensar sobre o que digo e faço aos outros. Mas só podemos ser empáticos se tivermos uma “experiência vivida” de empatia. O respeito pela subjectividade do outro é uma conquista da humanidade, é uma ética relacional humana, uma ética que permitiu o nosso desenvolvimento enquanto humanos, e isso que chamamos de psicopatologia dos nossos pacientes é o resultado da ausência, total ou parcial, dessa ética relacional. A psicoterapia só pode ser terapêutica tendo por base uma ética relacional humana, considero que, por exemplo, a ideia de psicodiagnóstico, quando aniquilante da subjectividade irrepitível do outro, anula a ética relacional e o potencial clínico da relação humana.

Quando crescemos em contextos de aniquilação do *self* (Stolorow & Atwood, 1992), onde a nossa subjectividade não é reconhecida nem validada, onde não há empatia com os nossos estados emocionais, essa será a nossa forma de estar na relação humana. Somos o que a experiência relacional fez de nós e não podemos funcionar de formas que não vivenciámos, e assim seremos no mundo no princípio da destruição do outro com a naturalidade de quem pensa que essa é única forma de existir. Ou seja, não é porque sejamos maus ou perversos, não é uma escolha, é algo inerente a nós mesmos. Desconhecemos sintonias, equilíbrios e ligações emocionais, e qualquer dinâmica relacional baseada nesses princípios é uma língua estrangeira, é “chinês” para nós, não compreendemos.

No nosso quotidiano estas dinâmicas relacionais geram conflitos permanentes, geram mal-estar, recorro ao “Mal-estar na Cultura” de Freud (1927-1931) que nesta perspectiva poderia ter uma leitura diferente. É sempre desejável um esforço para o diálogo social, mas creio que teremos um limite para a possibilidade do diálogo, e esse limite é quando o princípio organizador da subjectividade do outro é a aniquilação da minha subjectividade, isso torna o diálogo social impossível. Veja-se o discurso político que corre mundo.

Talvez na clínica, pela sua especificidade terapêutica, possamos pensar e agir de maneira diferente. Quando os pacientes chegam a nós a sua transferência é a sua forma de organizar a experiência relacional, e se nunca foi respeitada a sua subjectividade eles, naturalmente, não vão respeitar a nossa, e fazem-no, não para nos chatear, ou desafiar, ou para “testar os limites”, fazem-no apenas e só porque não lhes é possível funcionar de outra forma, ninguém pode funcionar num registo relacional que nunca vivenciou. Para “sermos no mundo” de determinada forma relacional precisamos da “experiência vivida”, da memória corporal dessa forma de “ser no mundo”.

Concordo com o professor quando separa dois tipos de pacientes, e acho essa separação de grande importância clínica. Alguns pacientes têm muita dificuldade em contar uma narrativa histórica, a sua história são flashes de memórias, e são desregulados emocionalmente, desconhecem a linguagem das emoções, falam sem parar a sessão toda, e sentimos que tudo o que dizemos não é ouvido, existe a impossibilidade do diálogo, são monólogos, são pessoas com dificuldades no compromisso, dificilmente pedem ajuda e pensam sempre que os outros é que estão mal. São especialistas em desafiar os limites da nossa disponibilidade, exigem horas que não temos e não estão disponíveis para as horas que temos, faltam sem avisar e aparecem sem marcação, enviam mensagens e fazem telefonemas fora de horas. Desvalorizam-nos profissionalmente e são intrusivos na nossa vida pessoal, às vezes são ofensivos. São sem limites, sem respeito pela subjectividade do outro. O outro é um objecto, palavra tão cara à psicanálise. Objecto. Os objectos são desprovidos de subjectividade. Diz o professor sobre estes pacientes: “São pacientes que tiveram vivências caóticas, desorganizadas, (...), abandonadas, agressivas, indiferentes, (...). E não encontramos na história destes pacientes contextos emocionais satisfatórios, nem de segurança”.

Por outro lado, diz também o professor que existem outros pacientes: “No polo oposto temos pacientes que demonstram uma atitude mental receptiva, ouvem, param para pensar, concordam ou não, e argumentam. Neste tipo de pacientes (...), sentem-se as marcas (...) emocionais”. E diz também que estes pacientes despertam em nós o desejo de os ajudar.

As coisas não serão uma coisa ou outra, serão de polo a polo, como diz o professor, mas podemos identificar pacientes com uma base segura no seu desenvolvimento que lhes permitem manter relações em mutualidade, diálogos, num reconhecimento implícito da subjectividade do outro, e, pacientes sem base segura em que só a subjectividade deles pode existir no espaço terapêutico, sem processos de mentalização desenvolvidos, fazem monólogos clínicos.

O nosso maior problema é saber como poderemos ajudar estes últimos. Como na relação com os outros, na relação connosco não vão respeitar a nossa subjectividade, não vão respeitar limites, não vão cumprir regras e a relação terapêutica estará sempre no limite. O assunto será sempre como salvar a relação terapêutica. Cada sessão, quando acontece, pode tornar-se uma verdadeira montanha-russa de emoções e pensamentos desorganizados com resultados imprevisíveis.

Concordo com o professor, é necessário manter o *setting* para ajudar as pessoas, mas fico a pensar nas características possíveis do *setting* que permitam manter a relação terapêutica. Opto pela constituição de uma relação de “base segura para explorar o mundo” com estes pacientes. Recordo Ferenczi (1988) quando dizia que sem empatia não há terapia. Tendo consciente que a empatia não é um facto, é um movimento, de facto, não podemos sentir o que sentem os nossos pacientes, mas podemos fazer um esforço de aproximação, um movimento empático. Este movimento seria algo de novo na experiência relacional destas pessoas que talvez possa ser corporalizada (as nossas experiências relacionais são registadas corporalmente) e permita, progressivamente, desenvolver processos de mentalização e movimentos de empatia em relação aos outros, com limites, portanto. Se sem base segura não existem processos de mentalização, comecemos pelo princípio então, parece simples, mas não é. O problema é complexo e muitas vezes ficamos em becos sem saída, situações paradoxais

entre a necessidade de manter a base segura, respeitar a subjectividade do paciente, e a necessidade de manter a relação terapêutica dentro dos nossos limites pessoais e profissionais, saliento que são os nossos limites, somos limitados na nossa disponibilidade, a necessidade da base segura é inequívoca para os pacientes, vemos isso nos seus comportamentos, nos seus pedidos, quero dizer: os limites que colocamos aos pacientes são uma necessidade nossa, das nossas limitações em ajudar, e não uma ferramenta terapêutica que faz bem aos pacientes, eles precisam daquilo que nos pedem, nós é que poderemos não conseguir dar o que eles precisam, muitas vezes não seremos “suficientemente bons”. A vivência da relação entre as nossas necessidades, os nossos limites, e as necessidades dos nossos pacientes é uma arte que vamos descobrindo a pouco e pouco e na qual muitas vezes nos vamos descobrindo a nós próprios, vamos descobrindo o nosso narcisismo, o nosso desejo de controlar, o nosso medo, a nossa rigidez. Descobrimos também os limites da nossa profissão, na verdade só poderemos ajudar quem tiver esperança de ser ajudado.

Não quero com tudo isto dizer que o *setting* psicanalítico seja pouco importante ou que deva ser desvalorizado, mas muitas vezes o *setting* é só o nosso ponto de partida e um lugar escuta na relação terapêutica, que é sempre um “encontro de mentes”.

Para terminar, deixo uma situação clínica elucidativa. A Dulce é uma paciente que gosto muito, vou-vos contar umas das últimas consultas, numa terça-feira qualquer às 6 da tarde. Toca a campainha lá em baixo e eu abro a porta, oiço o elevador subir, abre-se a porta do elevador e eu abro a porta do consultório com um sorriso. “Boa tarde”, diz Dulce sem olhar para mim. Eu estendo a mão para a cumprimentar, mas a Dulce já passou, já entrou no consultório como uma flecha que quase não vi. Fecho a porta e vou atrás dela, já se sentou, sento-me e ensaio um sorriso, mas não vale a pena, Dulce está furiosa: “Filhos da puta, são todos uns filhos da puta.” “Filhos da puta Dulce? Quem? Estás a falar de alguém em particular?”. “São todos uns cabrões...”, responde Dulce. Fica um silêncio irritado. E Dulce rasga o silêncio: “o meu patrão, um filho da puta, explora-me, e faz tudo para me levar para a cama, em vez de me pagar o ordenado a horas, o André... um filho da puta, ainda não te contei, mas descobri que tinha outra gaja, mas também o lixei, no fim-de-semana enrolei-me com um amigo dele... Porra, já devo ter ido para a cama com metade desta cidade.” E fica silêncio.



E Dulce continua: “os homens são todos uns filhos da puta e tu deves ser igual. Hélder, tu tens mulher?”. “Sim, tenho”. “Há quanto tempo?”. “Não sei bem, mais de 20 anos”. “E tens amantes?”. “Não”. “Nunca traíste a tua mulher?”. “Não...”. “És um mentiroso, não acredito em nada disso.” E fica silêncio outra vez. Dulce está de olhos fechados. Reparo que começa a chorar. Não sei bem o que fazer, fico calado. De repente, Dulce diz: “lembras-te de quando o meu pai me violou?”. “Sim, lembro-me de tudo o que me contaste Dulce”. “E lembras-te de quando a minha mãe me dava cargas de porrada quando eu lhe dizia isto?”. “Sim, lembro”. E de repente Dulce salta do sofá e diz: “foda-se Hélder, não sou capaz de estar aqui parada com estas coisas dentro da cabeça, preciso de movimento. Vou-me embora. Eu pago a sessão como se estivesse aqui a hora toda”. Eu fico meio desconcertado sem saber o que dizer, enquanto me levanto digo: “queres ir embora? De certeza? Ok, ok... eu gostava que ficasses, é insuportável para ti, ok, ok, percebo, mas não precisas pagar a sessão... estiveste aqui cinco minutos...” E ficamos em silêncio a olhar um para o outro, e diz Dulce: “obrigada, estou demasiado à rasca para discutir isso do dinheiro, posso só dar-te um abraço e ir-me embora?”. E eu fico num desconcerto ainda maior e digo: “claro, claro...” e Dulce abraça-me, e afastamo-nos, estou de olhos no chão, não sei bem porquê. A Dulce é uma mulher muito bonita. E pergunto: “espero por ti para a semana?”. “Sim, para a semana começamos esta merda desta psicoterapia a sério. Foda-se, que puta de vida me havia de calhar viver”, resmunga Dulce enquanto andamos para a porta que abro em camara lenta, viro-me e apanho Dulce olhos nos olhos, Dulce chora, baixo a cabeça e estendo a mão que ela agarra e aperta com força. “Boa semana Dulce, agradeço o teu esforço em vires falar comigo de coisas tão difíceis, é um esforço enorme.” E cai outra lágrima a Dulce, e desaparece Dulce pelas escadas abaixo com a mesma velocidade com que tinha entrado. A porta bate num som seco que nunca lhe tinha ouvido. E por momentos, pensei que vale a pena ser psicoterapeuta. Somos testemunhas do sofrimento impensável dos outros, às vezes conseguimos, outras vezes nem tanto, mas uma porta aberta, tentar, pode ser muito para os nossos pacientes.

Creio que o que de melhor fiz nesta sessão foi valorizar o esforço de Dulce em fazer psicoterapia. Sabemos, pelo conceito de neuroplasticidade, que a nossa mente se transforma na relação com os outros, é possível desenvolver



novas formas de “ser no mundo”, os modelos anteriores não desaparecem, é verdade, mas podemos acrescentar novas formas de estar em relação com os outros, o que pode ser muito, principalmente, ao contrário do que nos ensinaram, se estivermos conectados e implicados emocionalmente com os nossos pacientes. Sabemos que as mudanças se dão em experiências relacionais vividas e não através de palavras, não através de interpretações, por isso, para mim a experiência relacional que oferecemos aos nossos pacientes é o factor terapêutico principal.

O trabalho clínico é muito complexo, para dar sentido a esta complexidade tenho pensado na ideia de um “estado do *self* terapêutico” que vamos construindo ao longo do tempo e que se activa sempre que nos sentamos e olhamos os nossos pacientes. Este estado do *self*, advém da nossa experiência de vida num tempo social e cultural, advém do nosso inconsciente relacional, das teorias psicanalíticas, da nossa psicoterapia, das nossas supervisões. Mas a nossa forma de estar em terapia resulta principalmente das nossas experiências traumáticas, e da forma como as pessoas com quem tínhamos ligações emocionais nos ajudaram, ou na forma como nós próprios, para sobrevivermos, tivemos de conviver com o sofrimento e com a realidade. A consciência da nossa vulnerabilidade e da nossa interdependência, e quando clinicamente adequado, a partilha dessa vulnerabilidade com o paciente, ou a sua presença implícita na terapia, fará dos espaços clínicos lugares de pertença, “casas” relacionais, onde nos sentimos reconhecidos, onde é validada a nossa subjectividade. São aspectos importantes para a co-criação de um “lugar” relacional onde podemos voltar quando tudo corre mal.

Para terminar e por ter falado em valorizar, em reconhecer o esforço e a subjectividade do outro, uma nota final para si, estimado professor Manuel Matos, quero repetir que o professor me marcou de forma decisiva como psicoterapeuta, e quero acrescentar que também marca de forma decisiva, com o seu trabalho clínico e teórico, com o ensino universitário, com a formação de psicoterapeutas e com a sua na vida institucional nas sociedades e associações de formação psicanalítica, um tempo histórico na psicanálise em Portugal. Creio que não lhe tem sido prestada a justa homenagem, nem dado o justo agradecimento por isso, não digo isto para lhe agradecer, digo-o porque

é justo. Portanto, estimado professor Manuel Matos, quero aproveitar esta oportunidade para, de forma clara e pública, lhe dizer: muito obrigado por tudo o que tem feito pela psicanálise em Portugal.

E obrigado a todos vós pela atenção e paciência com que me ouviram.

## Referências

Benjamin, J. (2012). El Tercero Reconocimiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (2): 169-179. [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es)].

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. Routledge.

Ferenczi, S. (1933). Confusion de lengua entre los adultos e el niño. *Psicoanálisis IV. Espasa-Calpe*. (1984): 139-149.

Ferenczi, S. (1988). *The Clinical Diary of Sándor Ferenczi*. Harvard University Press.

Fonagy, P. (2015). Uso de la mentalización en el proceso psicoanalítico. *Ciencias Psicológicas* 9 (2): 179 – 196

Freud, S. (1927-1931). O Futuro de uma Ilusão, O Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos. Vol. XXI. *Imago*.

Matos, M. (2005). Adolescência, Representação e Psicanálise. *Climepsi*.

Schore, A. (2016). Affect Regulation and the Origin of the Self: The neurobiology of emotional development. *Routledge*.

Stern, D. N. (1985). El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. *Paidós*.

Stolorow, R., & Atwood, G. (1992). Los Contextos del Ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica. *Herder Editorial*.

Trevarthen, C. (2011). La Psicobiología Intersubjetiva del Significado Humano: El Aprendizaje de la Cultura Depende del Interés en el Trabajo Práctico Cooperativo y del Cariño por el Gozoso Arte de la Buena Compañía. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 17-33.

Winnicott, D. (1988). Da Pediatria à Psicanálise. Obras Escolhidas. *Imago Editora*. 2000.