Da inacessibilidade à intimidade: reflexão a partir de um caso clínico.

David Figueirôa[1]

I.

A conceptualização da psicanálise relacional, nos anos 80 do sec. XX (Greenberg e Mitchell, 1983), inscreveu-se num movimento que foi designado por "viragem relacional" em psicanálise, constituindo-se um novo modelo de referência no pensamento psicanalítico (Mitchell e Aron, 1999).

Vamos um pouco atrás no tempo. Originalmente, a ideia freudiana, herdeira de Darwin, era a que que o ser humano era motivado por pulsões instintivas, de base animal, biológica; um ser humano que viveria atormentado entre o desejo de satisfazer as pulsões e a exigência evolutiva de as reprimir – esse é o conflito essencial da psicanálise freudiana. Seria necessária uma boa capacidade de as reprimir para que, dessa forma, pudesse viver e contribuir para a expressão máxima da evolução, a nossa civilização, com todas as suas complexas construções e regras. A questão, para o ser humano, era iminentemente conflitual, e o equilíbrio difícil de alcançar: viver excessivamente o pulsional deixa-nos fora da esfera civilizada (deixa-nos "loucos"), reprimir excessivamente o pulsional deixa-nos à mercê da neurose (deixa-nos "neuróticos"). A psicanálise freudiana procurava este equilíbrio, oferecendo ao paciente um conhecimento sobre as suas motivações pulsionais (ou os seus derivados, os seus desejos inconscientes e infantis, ainda não civilizados), para que deles se pudesse libertar e poder viver a maturidade psíquica civilizada, um estado de evolução representado pelo próprio analista.

Em boa medida, a relação clínica proposta por Freud assentava numa *dupla assimetria*: a assimetria inerente à diferença de papeis no encontro clínico,

[1] Psicanalista, PsiRelacional
davidffigueiroa@gmail.com

o paciente vulnerável que pede ajuda a alguém que detém o conhecimento ou os atributos para o poder ajudar (esta é a assimetria inescapável na relação clínica, uma assimetria que permanecerá na clínica relacional), e uma outra assimetria, inerente à clínica freudiana, assente na autoridade "civilizada" do analista que ajuda o paciente "selvagem" (ou as dimensões selvagens do paciente, recalcadas no neurótico) a civilizar-se de uma forma equilibrada, sem excessos pulsionais nem repressivos.

De certa forma, o modelo da psicanálise freudiana é, também, o reflexo de um modelo mais amplo de relação humana, tão presente na história da nossa civilização, um modelo assente na autoridade autorreferenciada, isto é, em que a relação com o outro (vulnerável) se organiza na expansão de mim próprio sobre ele/ela, na "colonização" bem-intencionada do outro (na melhor das hipóteses; uma ideia ainda tão presente na assistência social ou na caridade cristã – e também na psicanálise, passe o paradoxo do tradicional custo da psicanálise, uma disciplina predominantemente burguesa). Levando ao limite conceptual esta ideia, o psicanalista freudiano, com a sua autoridade e apresentando-se como modelo, civiliza colonizando o paciente selvagem com as suas sábias interpretações, para o bem do paciente e da sua evolução e civilidade. O analista assume-se como uma autoridade científica e relacional. Estou aqui a identificar uma dimensão da relação analítica que se inscreve num modelo de hierarquia patriarcal, que a psicanálise reflete e reproduz.

Não creio que esta seja uma verdade absoluta sobre a relação analítica na psicanálise clássica, uma dinâmica que se aplique a todo o campo relacional no encontro clínico clássico. Mas, dadas as suas premissas teórico-técnicas, é

uma dinâmica que se configura *inevitavelmente* nesse encontro[2].

Paradoxalmente, esta autoridade é, de certa forma, "suspensa" entre as funções ou momentos de estabelecimento do *setting* e os de interpretação (nestes momentos a autoridade *manifesta-se*: no tempo intermédio entre esses momentos, decorre o processo analítico assente na "associação livre-escuta", quando o analista se neutraliza ou des-subjetiva no seu grau máximo. Nos primeiros momentos enunciados,[3] 1) o analista guardião do *setting* - para assegurar as condições ideais para o fluxo expressivo e ideativo do paciente, para assegurar a frustração pulsional e para assegurar o movimento transferencial, e 2) o analista que interpreta – revelando e conferindo sentidos potenciais aos conteúdos emergentes – exprime-se plenamente a autoridade do mesmo, uma autoridade tida como necessária e estruturante para o paciente. No momento "intermédio", 3) o analista neutral - que se anula como pessoa e mantém um registo de escuta, atenção flutuante e recetividade transferencial - configura-se como "tela-em-branco" e des-subjetivado, pelo menos na forma *como se vê a si próprio*.

O analista neutral, des-subjetivado, é um analista que se apresenta como

[2] Quero com isto dizer que a psicanálise clássica, ao conferir uma "dupla autoridade" ao analista, confirma um modelo de relação típico da hierarquia patriarcal, um modelo historicamente predominante na cultura ampla e, também, na cultura clínica. Em determinados momentos ou dinâmicas na relação clínica contemporânea esse modelo (com os "arquétipos" de uma relação de poder hierárquica) pode ser "ativado" e fazer-se presente. Importa ao analista relacional compreender essas dinâmicas e de onde provêm (dos modelos familiares, dos modelos sociais ou dos modelos clínicos interiorizados, por paciente e analista). Em qualquer dos casos, é importante a consciência de que, enquanto clínico, também lhe assenta um arquétipo (enquanto "objeto cultural") que pode atualizar-se na relação transferencial/contratransferencial ou na dinâmica intersubjetiva. Noutros exemplos equivalentes, podemos dizer que nas relações de um analista homem com uma paciente mulher, um analista branco com um paciente negro, um analista português com um paciente de uma ex-colónia, um analista heterossexual com um paciente homossexual, um analista cis-género em relação com um paciente trans, etc… se configuram inevitavelmente representações dos lugares culturais enraizados nas relações de poder historicamente constituídas (mesmo que, no pensamento ou atitudes conscientes do analista, não se reconheça no carácter machista, racista, xenófobo, homofóbico, transfóbico ou "superior" de alguma forma).

[3] Claro que estes momentos não são puramente sequenciais, podendo cada um dos momentos ocorrer em diferentes pontos do processo (ou da própria sessão).

opaco e inacessível como pessoa, uma "tela em branco" para as projeções do paciente - mas, à luz das teorias contemporâneas, sabemos que não é assim, a neutralidade é um equívoco do próprio, todavia, essa *atitude*, realmente, pode tornar o analista aos olhos do paciente como opaco, distante, frio, inacessível como sujeito. Não é neutral, nem mesmo opaco, na medida em que é *sentido e visto como* opaco.

Esta condição particular do analista que se neutraliza não é, de todo, uma condição sub-humana, o analista-autoridade está omnipresente, ele é o representante da realidade e da verdade. O analista inacessível mais se aproxima de uma *condição supra-humana*, para além do humano e das vicissitudes, vivências e vulnerabilidades de um sujeito. É nessa condição superior que lhe cumpre ajudar o paciente a sua verdade (sua, do paciente?; sua, do analista?) e a constituir-se como um sujeito por direito próprio - como os padres jesuítas levaram a verdade aos índios que a desconheciam e os "civilizaram".

Ora, com a "viragem relacional" alteraram-se algumas das ideias mais importantes da estrutura psicanalítica. Destacamos aqui três novas ideias fundamentais:

1ª – a da diminuição da importância da *motivação pulsional* para uma importância crescente da *necessidade emocional*: o "bebé psicanalítico" perdeu o seu carácter animalesco e ganhou expressão emocional (Mitchell, 1988), um bebé desamparado e dependente, carente de contacto, cuidados, amor e ternura. A insuficiência ou desadequação parental seriam, em diante, a principal causa de perturbações psíquicas;

2ª - a da passagem de uma psicologia de uma pessoa para uma *psicologia de duas pessoas*, assumindo-se a impossibilidade da neutralidade do analista, que passa a estar irremediavelmente presente como pessoa, e fazendo da sua subjetividade um elemento integrante da relação e do processo clínico. Os termos "mutualidade" e "intersubjetividade" na relação analítica representam bem o novo modelo (Aron,1996; Benjamin, 1990; Mitchell, 2000; Orange, Atwood e Stolorow, 1983; ver também, a propósito, o trabalho sobre episte-

mologia relacional de Rodriguez Sutil, 2021);

3ª - a da transição de uma dupla assimetria na relação analítica para uma *mutualidade assimétrica* (Aron, 1996), isto é, a de que a uma assimetria inescapável da relação analítica, associada aos diferentes papeis e responsabilidades, se acrescenta uma conceptualização da relação clínica *que não reforce essa assimetria* (que não sobredimensione a "autoridade" do analista", como acontecia antes) e que, pelo contrário, aceita uma igualdade fundamental entre duas pessoas, duas subjetividades que se influenciam mutuamente, onde vão surgir potencialidades e vulnerabilidades, arrojos e defesas, encontros e desencontros, satisfações e angústias, aberturas e resguardos, e, a partir daí, possibilidades de ligação, entendimentos e (re)construção conjunta. O analista neutral, como observador não participante (um resquício da objetividade freudiana) sofreu um abalo definitivo.

Talvez a dimensão da mutualidade seja o ponto mais "revolucionário" da "viragem relacional", o que maior impacto teve – e tem – na mudança de perspetiva sobre a relação clínica, sobre o que se passa ali entre aquelas duas pessoas, analista e paciente.

Depois deste breve enquadramento histórico inicial, quero apresentar-vos a Maria.

II.

Maria[4], cerca de 10 anos mais velha do que eu, entrou no consultório com presença e desenvoltura pouco habituais. É uma mulher com uma aparência e expressividade fortes, um pouco além do registo harmonioso, o que me intimida um pouco.

Senti uma dualidade em Maria, por um lado, um estilo clássico, vistosa e bem vestida, mas também fiquei com uma impressão de coisa bruta, podemos

[4] Nome alterado. Agradeço à paciente aqui chamada "Maria" o seu acordo em relação à publicação desta narrativa sobre a nossa experiência comum, necessariamente redutora e alterada em alguns pontos.

dizer um quê "selvagem" que imanava do conjunto.

Mais: chega com um à-vontade e uma desenvoltura característica de uma certa atitude de classe social, uma atitude que, imediatamente, evoca em mim a minha avó paterna, ainda viva nessa altura, a chegar aos 90s. Uma avó que na minha memória da infância era algo distante e altiva, cheia de classe, habituada a fazer-se o centro das atenções em qualquer ocasião social, enquanto tomava a sua taça de vinho branco. Uma mulher que eu fiz avó demasiado cedo, nos seus 40s, e que não gostava que a chamasse de avó. "Manuela", era como me corrigiu e como eu a tratava. Com o tempo, acabei por conseguir chamar-lhe avó, e ela, com o tempo, foi aceitando. Já adolescente, a meter-me com ela, na brincadeira, chamava-lhe mesmo "vovó". Que era como chamava naturalmente à minha outra avó, a materna, mais presente e amorosa. À avó materna chamava "vovó" por intimidade e amor, à avó paterna, chamava vovó a brincar, provocando-a, e, também, dessa forma, tentando transpor uma certa inacessibilidade. Um sentimento de inacessibilidade em relação à mãe do meu pai que, compreendi mais tarde, era apenas uma derivação da minha experiência de criança de inacessibilidade ao pai e ao mundo do pai.

Sim, acho que senti uma certa inacessibilidade perante a idade e a postura desenvolta e algo altiva de Maria (de que creio ela não tinha consciência, ou seria mesmo talvez apenas fruto da minha subjetividade). O seu à-vontade com o espaço revelava também uma familiaridade com a coisa analítica: tinha tido várias terapias ao longo da vida inclusive uma longa psicanálise de divã, a última. Diz não saber bem o que a análise lhe trouxe, mas que "não lhe terá feito mal"[5]

A motivação para a terapia tinha este carácter vago, mas determinado: "sempre fiz análise, é talvez o que na minha vida tenho com maior continui-

[5] Na verdade, talvez lhe tenha causado algum dano, como descobrimos mais tarde: um analista clássico, opaco, durante o processo, mas que, depois de ela concluir o processo, a convidou para um café e um jantar; Maria foi ao café, mas recusou o jantar, prevalecendo um desconforto confuso entre a opacidade e a intrusão do analista. Entre a ausência de intimidade e uma sua irrupção desenquadrada e desadequada.

dade". Mostrou-se logo interessada pelo meu percurso e lugar na psicanálise, ouvindo com atenção os meus esclarecimentos. Referiu, também, na primeira sessão e em muitas outras, que não se lembrava de nada da infância, quer dizer, nada com continuidade, sobretudo o que acontecia em casa, os acontecimentos escapavam-lhe e as análises anteriores não tinham resolvido essa falta de memória, que a afligia. "Pode ajudar-me?", "Talvez, vamos ver", creio que com expressão de confiança não-verbal (na realidade, eu estava confiante de que seria possível re-construir uma narrativa sobre as lacunas da sua memória e história).

Maria tem um irmão (menos de dois anos mais velho) diagnosticado com esquizofrenia, que vive ainda com os pais, protagonista de todo um conjunto de crises que (des)organizaram a família. O pai, uns bons anos mais velho do que a mãe, político reputado, com lugares de destaque, fez jus a figuras relevantes na história da família. Um pai poderoso, reconhecido e apreciado na sua atividade e contexto profissional e pelos amigos, familiares, incluindo mulher e filhos. A mãe de Maria, uma guardiã do lar, funcional e dedicada, tanto idealizava o marido e o que este lhe ensinara e dera, como tinha medo dele e da sua autoridade e fúrias explosivas. "És como o teu pai", diz-lhe muitas vezes a mãe, face às recorrentes impaciências e reatividade de Maria, características paternas que se lhe colaram à identidade – aqui via-lhe o lado selvagem a ganhar corpo, um lado indomável… que desafia o analista "colonizador"…

Este foi um dos temas principais dos primeiros meses de terapia: a partir de situações interpessoais que ia contando, no trabalho e em contextos quotidianos, emerge um padrão de suscetibilidades a desconsiderações, que a levava a uma resposta impaciente, exasperada, impulsiva ou de fuga. Nos primeiros anos da terapia, mudou de casa e de trabalho, duas ou três vezes, por entre acessos de reatividade e fúria.

Diz ela, sobre o seu crescimento: "A mãe esteve sempre lá, eu é que não me lembro". E "O pai também estava presente, acho, mas estava muito tempo a trabalhar, mesmo em casa."

Pais plenamente reconhecidos e apreciados pelo mundo envolvente, um reconhecimento interiorizado pela própria Maria de forma idealizada.

Uma outra questão que foi emergindo nos meses iniciais da terapia foi a de como lidar como o futuro e o destino esperado: "O meu destino é o das mulheres solteiras da família: cuidar dos outros. A mim caber-me-á cuidar do meu irmão quando os pais morrerem", o que vive com angústia, contrariedade e inevitabilidade[6].

Não casou nem teve filhos, nem o irmão, "somos os últimos da família", o que vive com leveza à superfície e peso inconsciente, que se vai desvelando. O que pesa mais é o destino esperado: como que presa ao irmão, para dele cuidar, a acontecer após a morte dos pais, cumprindo assim o seu destino de mulher. Um destino (também) atribuído pelos pais, face à vulnerabilidade do irmão. Ela, porque não tem filhos, deve cuidar desse outro filhos dos pais – ou, explorando uma lógica inconsciente: Ela está guardada para cuidar dos pais e desse outro filho dos pais, portanto, não podia ter filhos próprios...

Teve várias relações e viveu com homens, relações que terminaram face ao seu carácter independente e impaciente, não estava para aturar as exigências dos homens (diferenciando-se da mãe submissa) – e, numa dimensão mais profunda: não sabia navegar as águas, por vezes revoltas, da intimidade. Por vezes sente falta de um companheiro, mas não de ser mãe, "apesar das expectativas familiares, nunca tive essa motivação, e não tenho pena. Acho que não teria a disponibilidade que um filho exige", afirma, (in)consciente das suas dificuldades. Mas acha que, por não ter filhos, não tem o sentido de vida que os filhos oferecem à maior parte das amigas. A solidão existencial é um dos

[6] Trabalhámos aqui com suporte na psicanálise feminista ou uma psicanálise assente na perspetiva de género, sobre a "socialização diferencial, que seria o processo sociocultural através do qual as pessoas aprendem, desde o nascimento, normas, valores e papeis de comportamento distintos em função do seu género" (Toribio Caballero, 2020). Seria importante, no confronto com o seu "destino" de mulher solteira, que Maria o pudesse compreender não só como um desígnio parental e familiar interiorizado, mas também como a reprodução de um modelo cultural.

temas da terapia. Nos dias piores, "não sei o que faço aqui"[7].

"O David tem filhos?". Consciente da sensibilidade da questão, revelei que sim[8], fez-me algumas outras perguntas sobre eles, a que fui respondendo, hesitante.

"Os filhos também lhe dão sentido para a vida?"

"Sim, acho que os filhos dão sentido à vida. E sim, acho que para muitas pessoas é uma vantagem, mesmo quando não existe mais nada, há os filhos" (confirmando a sua tese).

"E, no seu caso, não existe mais nada?"

"Pelo contrário, existem outros sentidos, o meu problema é conciliar" (respondo espontaneamente, com verdade, sem pensar, mas imediatamente após, sinto culpa, tanta abundância, estou dizendo implicitamente que tenho algo que ela não tem), ri-se, e parece triste e eu sinto culpa. Acrescenta:

"Também não deve ser fácil ter filhos, eu não conseguia".

"Confesso que às vezes também penso que teria sido mais fácil não ter sido pai" (movimento de reparação).

"Arrepende-se?"

"Não, acho que seria impossível arrepender-me", e sai-me um sorriso.

"Você é um cliché, ama os seus filhos", rimos os dois.

Fica a pairar no ar essa verdade mentirosa, a de que os pais amam sempre os seus filhos, uma mentira reconfortante, para os dois, creio. Comigo, mais do que nos meus pais (que também se fizeram pais adolescentes, como a mãe

[7] Usa, muitas vezes, a mesma expressão para o contexto da terapia e o estar no mundo, na vida: "Não sei o que faço aqui". O peso do destino "imposto" condiciona a expressão da sua liberdade de escolha e de ser, mas também lhe dá um caminho ou um sentido. Quando se questiona o destino, o espaço por ele ocupado pode abrir novos potenciais, mas também um vazio. Que, na segunda metade da vida, pode ser mais difícil de preencher, do que quando ainda não temos a finitude a aproximar-se no horizonte.

[8] Creio que esta é uma das significativas diferenças da psicanálise clássica para a relacional intersubjetiva: perante uma questão destas, a referência clássica é não responder (manter a "neutralidade" e a "não gratificação"), a exceção é responder; a referência relacional é responder ("hermenêutica da confiança" e "responsividade emocional"), a exceção é não responder, mediante critérios clínicos ou desconforto do analista.

de Maria, quando nasci), é nos olhos dos meus avós maternos que recordo sentir amor na infância, foi com eles que aprendi o amor, nos olhos que me reconheciam com ternura, paciência e disponibilidade.

Como nos olhos verdes aguados da minha "vovó", segurando-me a face com ambas as mãos, olhos nos olhos, quando se despedia, dizendo-me "Meu amorr", imitando o sotaque brasileiro das novelas e sorrindo, à espera da minha resposta, que também vinha com sotaque e olhos verdes aguados.

Com Maria, para além das idealizações de ambos os pais, pergunto-me se alguém lhe terá ensinado o amor? Estará essa falta na base de não se ver como mãe? Na sua história relacional, há um homem de quem gostou mais do que os outros, um professor da faculdade com quem teve uma relação e que era casado. Um amor inacessível, como com o pai, como com a mãe, inacessíveis para o amor?

O seu pai amado fica doente, bastante doente, é internado, recupera, mas a doença instala-se, já vai perto dos 90. Maria vive angustiada com a doença e a possibilidade da morte do pai, e aproxima-se, com inquietação indisfarçada, do seu destino.

O meu sentimento de intimidação inicial com ela foi-se esbatendo, era agradável estarmos juntos, mas, por vezes, de forma algo inesperada, ela perguntava-se "o que fazia ali, o que fazíamos ali?" Por vezes dizia-me, recriminando-me, que eu não dizia nada que não soubesse já e que continuava sem se lembrar da sua história. Sentia-me confuso, pensava: não tinha eu ainda agora feito uma leitura, uma análise ou uma interpretação tão pertinente e interessante sobre ela? (estava mesmo convencido disso). Perante o seu desinteresse, procurava apurar a minha atenção e acuidade. Um dia, depois de uma "interpretação de ouro", respondeu ela, desdenhosa "O David parece a Lili Caneças[9] dos psicanalistas" (!). Fiquei tão desanimado, esvaziado e incompetente que não lhe terá passado despercebido na minha expressão e desta

[9] Lili Caneças é uma "socialite" portuguesa de idade respeitável, presença assídua em festas da "sociedade", nas revistas "cor-de-rosa" e nas clínicas de cirurgia plástica, que foi constituída, nos círculos populares e intelectuais, como um símbolo de frivolidade. Alude-se aqui a essa dimensão simbólica

vez esboçou ela um qualquer movimento reparador. Eu disse: "Está bem, está bem, não é fácil confrontar-me com essa ideia, há uma Lili Caneças em mim, vou ver se consigo viver com isso", ela riu-se, pareceu-me aliviada.

E eu tentava fazer melhor, mas encontrava nela, invariavelmente, o revirar de olhos, a cabeça projetada para trás e a expressão de fastio a que me fui habituando. Às vezes, dizia-me "Lá está você!", ou eu próprio já me antecipava ao seu comentário "Já sei, fui um bocado Lili", e ela ria-se. Foi-se tornando uma espécie de brincadeira íntima entre nós.

Mas a verdade é que eu não sabia bem o que fazer. No fundo de mim, sentia vergonha por não ser suficientemente bom (ainda mais no fundo, não ser suficientemente bom para a minha avó e para o meu pai).

Por ocasião da deterioração da saúde do pai e da sua angústia crescente, perguntou uma e outra vez "O que fazemos aqui?". Um dia eu disse-lhe

"Acho que, neste momento, temos que nos preparar para a morte do pai" (eu, também com a minha única avó viva no subconsciente).

Reage com incredulidade: "É isso que tem para me dizer???", enquanto revira os olhos e atira a cabeça.

Nessa ocasião, insisti: "Sim, é isso que tenho para lhe dizer, e acho que não é pouco" (firme).

Ergue a cabeça e fita-me, em silêncio.

Eu: "Não quero que se desmorone a seguir e acho que está a caminho disso. Temos que nos preparar para a morte do seu pai".

Estávamos no final da sessão, saiu sem uma palavra mais.

Voltou na sessão seguinte "Vamos então a isso", disse.[10] Nos meses seguintes, trabalhámos com maior foco sobre a sua relação com o pai, sobre a dualidade da idealização e ausência, sobre a eterna espera da atenção do pai, sobre a aspiração que não seria cumprida, sobre a ilusão que a morte rompe-

[10] Veio determinada, confiou em mim. Esforçou-se verdadeiramente nesses meses seguintes por este trabalho. Creio que uma das funções mais nobres de uma psicoterapia é o seu carácter preventivo, em relação ao sofrimento, ao desmoronamento ou ao trauma ou retraumatização (Figueirôa, 2021).

ria. E sobre o amor que pôde ser e sobre o que não pôde ser nem poderá, o pai está velho, doente e vai morrer.

Um dia perguntou-me se os meus pais estão vivos, respondi que sim, e acrescentei, sem pensar[11]:

"Ainda tenho uma avó viva, velhinha, está a chegar aos últimos tempos".

Depois de um silêncio, diz, afetuosamente "Tem que se preparar para a sua morte".

"Sim", acedi eu, num clima de tristeza partilhada.

Acabou a sessão e fiquei a pensar que tinha ido longe de mais com esta coisa das autorrevelações. Na sessão seguinte surpreende-me, dizendo-me algo único: "Gostei muito da nossa última sessão".

Esteve perto do seu pai nos seus últimos tempos, um dia morreu. Enviou-me mensagem com a notícia, referindo que não iria à sessão, mas confirmando a sua presença na próxima. Quando voltou, chorou, por ele, por si própria, pelo pai que perdeu e pelo pai que nunca teve. A pouco e pouco, foi processando a perda, sempre aceitando e tolerando a tristeza. Um dia disse-me "Ainda não sei o que fazemos aqui, mas você ajudou-me muito com o meu pai. Foi muito menos difícil do que esperava. Estava com muito medo, não sabia o que aconteceria".

Numa outra ocasião, disse "Não sei o que raio fazemos aqui, mas sinto-me bastante melhor desde que comecei a vir." Reconhecia estar menos impaciente e reativa, manteve-se no trabalho mais recente apesar das dificuldades e impulsos para sair, comprou uma casa no campo. Começou a questionar o seu destino e a explorar as possibilidades, embora por vezes se afundasse na angústia sobre "o que fazer com a vida?" E ficávamos os dois perante essa questão. E vinha a sombra da mãe, também a envelhecer e com sinais de perda de capacidades. A mãe idealizada com quem fala todos os dias.

[11] Um enactment que nos colocou precisamente nos papeis que, anteriormente, tinham correspondido ao outro. Trocámos, assim, de papeis. Emergiu o seu self cuidador perante o meu self vulnerável. Um movimento claramente no campo e no "jogo" intersubjetivo.

Progressivamente, vai reconhecendo que todos os dias a mãe lhe diz algo que a perturba: "Estás gorda", "Devias era fazer isto em vez daquilo", "Não me deste netos", ou desvia a conversa sobre si… Diz Maria: "Nunca me pergunta como estou ou como me sinto ou, quando falo, desvia logo a conversa…" e vamos pensando e dando corpo psíquico a esta mãe idealizada, amada e dessintónica.

Pela ocasião de um evento social de homenagem póstuma ao pai, diz: "Sabe o que me custa mais? Tantas pessoas que gostavam dele e o conheciam e contaram coisas sobre ele, e eu ali, a filha e não reconhecia o que me contavam, até os empregados do meu pai o conheciam de uma forma que eu não conheci, senti-me ao mesmo tempo a filha e uma estranha. O meu pai nunca me contava nada de si, eu não o conhecia".

Aqui tive um *insight* sobre as bases da sua curiosidade em relação a mim e sobre o que "procurava" na terapia.

Um pai que não conhecia a filha e que não se dava a conhecer, para além dos contornos fortes de um pai poderoso e de um político reconhecido. Um pai desenhado com contornos fortes mas sem conteúdo íntimo, vivido, partilhado. E uma mãe infeliz e com medo do pai, a cumprir uma pena, um lugar, uma função.

Compreendemos melhor porque Maria não se lembra da sua história, lembra-se das paredes da casa mas não da vivência lá dentro. Saiu aos 19 anos para tentar viver, mas a vida não é fácil sem vivências articuladas em relações íntimas.

Compreendemos melhor também a sua relação com a análise. Um dia, pergunta-se

"Porque estive tanto tempo em análise e nunca recuperei as memórias da infância?

"As memórias não sei se voltarão Maria, se não se inscreveram numa relação… Ou pelo menos não da forma como gostaria…".

"Às vezes preferia ter sido violada, espancada, abusada e teria memórias disso, teria algo definido e concreto. Não acha?"

"Não gosto nada da ideia de ser violada, espancada e abusada, mas também me aflige a ideia de não ser tocada, ouvida, envolvida…[12]"

"Mas porque fico em análise?"

Desta vez, digo "Talvez procure nas análises o interlocutor para poder conversar intimamente".

Silêncio.

"Essa foi boa!" aprova ela.

Venho sendo reconhecido mais vezes, creio que ao ritmo em que se sente reconhecida ela.

Um dia, no final de uma sessão, estamos de pé, aproximamo-nos da porta, paro e hesito, mas digo-lhe:

"Gostava de lhe dizer uma coisa".

Pára, atenta.

"A minha avó de que lhe falei, lembra-se?".

"Claro!" e, antes que lhe dissesse, vi nos seus olhos que compreendera:

"Morreu esta semana. Queria dizer-lhe…".

"Oh que pena, que triste. Estava preparado?".

"Sim".

"Está triste?"

"Sim".

"Os meus pêsames, David. É triste. Obrigado por me ter dito" e afaga-me o braço. "Obrigado, Maria. Até para a semana".

…

Um dia, conta-me de como era insuportável como a mãe lhe cobrava ela não ter ligado, ela que falava com a mãe todos os dias, e ainda se sentia culpada por não ter ligado: "Que raiva!". "E ainda por cima, quando nos encontrámos, disse logo, como tantas outras vezes "Estás gorda"… "Que raiva!". Sem pensar, disse-lhe "A minha mãe muitas vezes me dizia algo semelhante, apontava-me eu

[12] Vd. Trauma cumulativo, Khan (1963)

não lhe ligar, quando ela própria não ligava quase nunca. Um dia disse-lhe «Mãe, se não liguei foi porque não pude ou porque não quis. Quando eu quiser ligo, e tu podes ligar também, quando te apetecer»". "E continuou na mesma?". "Não, acho que percebeu e não voltou a cobrar-me não lhe ligar". "E passou a ligar mais vezes, ela?". "Não, mas está bem assim", rimos. Acrescenta: "Acho que isso não resultaria com a minha mãe…". Eu, deixando-me ir: "Um familiar meu também tem uma panca com a gordura, muitas vezes me fazia essa observação, logo à chegada. Oh, essa barriga está um bocadinho maior…?! E eu não sabia o que dizer, que raio de forma de se receber alguém", "O que lhe diz?", "Nada, deixo passar, ou brinco, digo que estou a tentar engordar para ele se sentir melhor". Rimo-nos.

Acabou a sessão e fiquei a pensar, outra vez, que tinha ido longe de mais com as autorrevelações, a pensar que tinham sido excessivas ou desnecessárias. Na sessão seguinte surpreende-me, outra vez: "Gostei muito da nossa última sessão"[13].

Ela soube, por fora, que fui eleito presidente da PsiRelacional e deu-me os parabéns, reforçando-se, creio, a identificação inconsciente ao pai. No seu movimento para me envolver, já me ofereceu vários livros que ela lera, que recebi sempre com interesse. O último é sobre a fuga de Freud de Viena. Pareceu particularmente interessada na figura de Maria Bonaparte, uma das figuras que apoiaram Freud na fuga e sua paciente próxima e querida. Uns meses depois de mo ter dado, li o livro, e disse-lhe que tinha lido e apreciado. Ficou satisfeita. Falámos um pouco do livro. Brincou comigo, aludindo a eu ser um descendente de Freud. Retorqui, brincando, ainda: "Se eu fosse Freud, a Maria seria a minha Bonaparte"[14].

---

[13] As duas ocasiões que aqui referi em que Maria me disse que tinha gostado muito da sessão anterior foram, creio, as únicas duas durante o processo: curiosamente, ambas após sessões com expressivas auto-revelações.

14 Uma brincadeira mutuamente narcísica / narcisante (no sentido de Kohut: creio que compreendendo, em simultâneo, os registos idealizado, especular e gemelar). O nome "Bonaparte" ("boa parte", portanto, "seria a minha boa parte"), também reconhece (num movimento inconsciente da minha parte), que fui tocado por ela, que ela evocou e gerou coisas boas em mim (creio que os melhores psicanalistas são os que também se vão curando/melhorando/expandindo intimamente e como pessoas e não só "aprendendo" com os pacientes, como disse Winnicott: "Aos meus pacientes, que pagaram para me ensinar", na dedicatória de "O Brincar e a Realidade", 1971). E sinto uma enorme afeição por ela.

III.

Ronald Fairbairn teve um *insight* analítico quando uma paciente rejeitou as suas interpretações e lhe disse "Você está sempre a falar de eu querer satisfazer este e aquele desejo; mas o que eu realmente quero é um pai" (1946) – o que o levou a uma modificação da sua atitude analítica e a (re)criar (na senda de Ferenczi) o modelo da "experiência relacional" em psicanálise, que procura prover ao paciente o que lhe faltou, abrindo caminho para a mudança dos padrões relacionais interiorizados (um modelo que foi sendo construído por Ferenczi, Fairbairn, Winnicott, Balint, Bowlby, Sullivan, Kohut, até à psicanálise relacional contemporânea).

Maria poderia ter-me dito o mesmo, e disse-o, implicitamente, o que me levou a compreender melhor a sua motivação e atitudes na relação comigo.

Podemos, hoje, graças à psicanálise relacional contemporânea, ir além da descoberta de Fairbairn.

Se Fairbairn e os analistas do modelo da "experiência relacional" propuseram a mudança da atitude do analista, ainda assim a deixaram circunscrita a uma suposta "resposta objetiva" ao movimento do paciente. Mesmo admitindo o uso da subjetividade do terapeuta, esta foi preconizada como uma "contratransferência objetiva" (Winnicott, 1947): uma resposta adequada e sintonizada com as necessidades desenvolvimentais do paciente que se apresentavam na transferência (na mesma linha da "empatia" de Kohut)[15]. Com a resposta relacional adequada, o analista cumpriria a função deficitária e o paciente poderia ultrapassar os traumas infantis e preencher as lacunas que, já segundo estes autores, provinham das dificuldades parentais ("modelo da

[15] Em Winnicott, a mãe suficientemente boa", que, num primeiro momento deve estar perfeitamente sintonizada com a necessidade do seu bebé – o encontro perfeito da "primeira mamada teórica", quando a mãe oferece o seio no exato momento em que o bebé está preparado para o "criar", assegurando a continuidade da existência omnipotente (a sustentação da "unidade mãe bebé) sem a intrusão precoce da realidade - para, a pouco e pouco, as suas falhas gerarem frustrações que permitem a des-ilusão e uma progressiva relação com a realidade externa (isto se os fenómenos transicionais e o "círculo benigno" depressivo se desenvolvem na continuidade da experiência do ser e do estar vivo); Winnicott,1988 (sendo um possível equivalente, em Kohut, a "frustração óptima").

paragem do desenvolvimento", Mitchell, 1988).

Com as conceções relacionais contemporâneas, a subjetividade do analista foi rompendo barreiras artificiais e ilusórias e forma sendo propostas formas de a poder usar na relação clínica, como a "autorrevelação", podendo ser usada em prol das necessidade do paciente, sob critérios clínicos exigentes, prévios à sua utilização (quando essa utilização é ponderada e intencional), ou posteriormente (introspeção e reflexão clínica sobre o que aconteceu espontaneamente na sessão, por exemplo, em autorrevelações em modo de *enactment*).

No caso que aqui trouxe, o uso de autorrevelações permitiu aprofundar a resposta a uma necessidade que as suas análises anteriores não puderam oferecer: a necessidade de aceder e estabelecer uma relação com um analista real, que pudesse ser conhecido e responder para além do seu nome, papel ou técnica, e desta forma ir além das possibilidades que os pais lhe proporcionaram a esse nível.

A importância de um outro real e conhecido ficou aqui evidenciada não apenas como forma de romper a experiência de inacessibilidades ao outro - e a si própria - mas também como possibilidade de constituir uma relação íntima e continuada onde a experiência de se ser e de estar vivo possa ir sendo articulada.

Nesta medida, creio que podemos ir além de Fairbairn e dizer que a paciente não precisava só que o analista fosse o pai ou a mãe por ela ansiados: a paciente precisava, sobretudo, *de um analista, e de um analista que fosse uma pessoa*, que não lhe escapasse e perpetuasse padrões de inacessibilidade.

Para Fairbairn, a paciente precisava de um pai, porque o seu modelo de pensamento ao dizê-lo era o *modelo da transferência,* um modelo psicanalítico que não questionou. A psicanálise relacional ampliou a reflexão sobre a transferência e o que se passa entre os dois intervenientes. O *modelo da subjetividade* permite-nos ir além da descoberta de Fairbairn e re-situar o analista na sua própria pessoa, compreendendo nessa pessoa a necessidade fundamental do paciente em análise. Uma pessoa que, ***às vezes***, na sua função analítica, também se "suspende" enquanto tal ou configura como o pai (ou a mãe, ou o parceiro amo-

roso, ou a amiga, ou quem for a figura significativa transferida pelo paciente).

No caso em apreço, a "chave intersubjetiva" mais relevante foi a experiência comum da inacessibilidade ao outro, uma experiência que vamos ainda articulando e transformando em intimidade.

Como também nos mostraram os psicólogos do desenvolvimento e as neurociências, a mudança psíquica ocorre em contextos de intimidade, conexão emocional e vínculo afetivo, o que implica ver e ser visto, sentir e ser sentido, para além da superfície dos acontecimentos e para além dos papeis e dos estatutos e das técnicas empregues[16]. Na psicanálise, fizemos um longo caminho, da "tela em branco", neutralidade e opacidade do analista (Freud), ao analista implicado na experiência relacional, ainda que "objetivamente" implicado (Ferenczi, Winnicott e autores do modelo da experiência relacional), ao analista-sujeito (Benjamin, 1990), irremediável e desejavelmente sujeito (Orange, Stolorow e Atwood, 1993), em intimidade consigo próprio e com o paciente (Ehremberg, 1998; Levine, 2023; Fosshage, 2016; e, Campos, 2019)[17], cara a cara com o paciente, cara a cara com o olhar traumatizado do paciente, vulnerável e traumatizado ele mesmo mas capaz de estar em relação/intimidade com as suas vulnerabilidades, necessidades e traumas e, assim, com as do paciente (Chambel, 2023[18]; Orange, 2010, 2011, 2016, Bacal e Thomson, 2025).

O modelo da psicanálise relacional é, creio, o mais exigente e complexo modelo de psicoterapia. A matriz relacional (Mitchell, 1988) do terapeuta, projetada na relação analítica, envolve o seu próprio self (ou *selves*, incluindo o "self terapêutico"), a sua subjetividade, o seu mundo interno, os seus objectos, os seus princípios organizadores, o seu conhecimento relacional implícito,

[16] Veja-se a propósito, o excelente artigo-síntese de Alejandro Ávila-Espada, "La Psicoterapia y el Cambio Psíquico…" (2020).

[17] Um texto pioneiro sobre a intimidade na psicanálise relacional portuguesa.

[18] Uma obra fundamental no movimento relacional português contemporâneo e para a sua expressão internacional.

mundividência, teorias e modelos teóricos e clínicos, as suas necessidades de selfobjecto, os seus traumas, angústias e medos, as suas forças e capacidades, o seu estilo pessoal. Envolve também o outro, o paciente, as representações sobre "o paciente" em si (o paciente antes de ser conhecido), e sobre o paciente que vem, o paciente como se vai desvelando e constituindo, dentro e fora do terapeuta (o paciente como objecto interno <-> o paciente real). E envolve todas as dinâmicas relacionais, interpessoais e intersubjetivas que vão emergindo e se vão gerando ao longo do processo.

Para a psicanálise clássica, o fator decisivo para se ser terapeuta era uma boa formação teórica, experiência clínica, domínio da técnica e da ética analítica e, claro, a segunda regra fundamental, a análise do analista. Para a psicanálise relacional, além de tudo isto, projeta-se a "introspeção empática" (sugerida por Kohut e confirmada pelos intersubjetivistas) para um modelo de "mutualidade assimétrica", reconfigurando-se numa ideia de intimidade, que abrange todas as dimensões da matriz relacional terapêutica. A intimidade connosco próprio e com o paciente, uma intimidade que vai emergindo ou sendo gerada nos tempos e espaços da relação analítica, como toda a sua complexidade oscilante, contraditória e paradoxal, sempre contextual.

Referências

Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Routledge.

Ávila-Espada, A. (2020). La psicoterapia y el cambio psíquico, entre las evidencias basadas en la práctica y la práctica basada en las evidencias: Una reflexión relacional sobre la psicoterapia en el siglo XXI. *Revista de Psicoterapia, 31*(116), 29–52.

Bacal, H., & Thomson, P. (2025). The psychoanalyst's selfobject needs and the effect of their frustration on the treatment: A new view of countertransference. In *Discovering therapeutic efficacy: Selected works of Howard Bacal*. Routledge.

Benjamin, J. (1999). Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. In S. A. Mitchell & L. Aron (Eds.), *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*. Routledge.

Campos, P. (2019). A personalidade do psicoterapeuta e a técnica analítica. *Clínica e Investigación Relacional, 13*(2), 316–327.

Chambel, H. (2023). *Cara a cara: La creación del psicoterapeuta*. Ágora Relacional.

Ehrenberg, D. (2016). *Al filo de la intimidad: Extendiendo el alcance de la interacción psicoanalítica*. Ágora Relacional. (Obra original publicada em 1998)

Fairbairn, W. R. D. (2000). *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Vega. (Obra original publicada em 1952)

Figueirôa, D. (2019). Evolução das representações do feminino e do materno em psicanálise: Dois paradigmas clássicos e um emergente. *Clínica e Investigación Relacional, 13*(1), 97–108.

Figueirôa, D. (2021). Comentário em sete notas: Espaço potencial e sustentação da tensão psíquica em contraponto à ordem traumática. Comentário à conferência de Manuel Matos "As relações amordaçadas". *PsiRelacional, 1*, 25–35.

Fosshage, J. L. (2016). Formas de relación e intimidad analítica. *Clínica e Investigación Relacional, 10*(2), 393–416.

Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. Climepsi. (Obra original publicada em 1983)

Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child, 18*.

Levine, L. (2023). *Risking intimacy and creative transformation in psychoanalysis*. Routledge.

Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Harvard University Press.

Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Analytic Press. *(Não Psychology Press; esta corresponde apenas a uma reedição*

posterior.)

Mitchell, S. A., & Aron, L. (Eds.). (1999). *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*. Routledge.

Orange, D. M. (2010). *Thinking for clinicians: Philosophical resources for contemporary psychoanalysis and the humanistic psychotherapies*. Routledge.

Orange, D. M. (2011). *The suffering stranger: Hermeneutics for everyday clinical practice*. Routledge.

Orange, D. M. (2016). *Nourishing the inner life of clinicians and humanitarians: The ethical turn in psychoanalysis*. Routledge.

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

Rodríguez Sutil, C. (2021). *Epistemología relacional y psicoanálisis*. Ágora Relacional.

Symington, N. (2012). The essence of psycho-analysis as opposed to what is secondary. *Psychoanalytic Dialogues, 22*(4).

Toribio Caballero, S. (2020). Cómo la perspectiva de género cambia la técnica de la psicoterapia relacional. *Clínica e Investigación Relacional, 14*(1), 216–236.

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Imago. (Obra original publicada em 1988)

Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In *Da pediatria à psicanálise*. Imago. (Obra original publicada em 1947)