



Artigos







Psicanálise relacional contemporânea da pulsão para a relação

Paulo Roberto Sauberman,¹ Rio de Janeiro

Resumo: Apresentam-se as ideias teóricas que deram origem à chamada “Psicanálise Relacional”, um modelo diferente na Psicanálise, que tem origem e desenvolvimento nos Estados Unidos. Basicamente, trata-se de uma “Psicanálise de duas pessoas”.

Palavras-chave: Psicanálise relacional; modelo psicanálise de duas pessoas; teoria e técnica psicanalítica; *self*; gênero.

O termo Psicanálise Relacional foi introduzido em 1983 por Stephen Mitchell e Jay Greenberg em seu livro *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Ele se desenvolveu a partir da convergência de diversas correntes importantes na teoria psicanalítica que se afastaram muito do modelo pulsão/estrutura, no qual as pulsões têm papel central na vida psicológica. As teorias relacionais postulam que “as relações com os outros constituem os blocos fundamentais na construção da vida mental”. Entre estas teorias estão a escola britânica das relações objetais, a psicanálise interpessoal norte-americana, a psicologia do *self*, algumas teorias feministas e a pesquisa do desenvolvimento de bebês. O termo relacional, tão amplo, inclui interações entre o indivíduo e o mundo social, relações interpessoais internas e externas, autorregulação e regulação mútua, formando, assim, uma ponte entre os espaços interpessoal e intrapsíquico (Lewis Aron, 1996). A psicanálise relacional realça, também, as interações entre processos inerentes, físicos, motivacionais e psicológicos, destacando o contexto e o significado (Emmanuel Ghent, 1992).

O modelo relacional vê as operações da mente como sendo *diádicas* e interativas em sua natureza; a experiência surge num campo interativo entre pessoas e a situação analítica é compreendida na psicanálise relacional como sendo moldada pela participação contínua do analisando e do analista, bem como pela construção mútua do significado, da autenticidade e das novas experiências relacionais. Sem dúvida, os antigos padrões relacionais se repetem, mas espera-se que cada dupla analista-paciente consiga descobrir modos singulares de ir além desta situação de estar aprisionado ao passado e que consigam construir e negociar novas formas de estarem um com o outro. Busca-se menos a verdade objetiva e mais o significado do que eles sejam capazes de construir.

Nos últimos anos houve essa proliferação de livros e artigos sobre psicanálise relacional, refletindo um desvio de perspectiva de psicanálise de uma pessoa para outra, de duas pessoas (Ghent, 1989).

Mitchell articulou os desejos, as necessidades e temores mútuos do analista e do paciente à medida que entram num novo relacionamento.

1 Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro SBPRJ. Membro da ABEPPS – Associação Brasileira para o estudo da Psicologia Psicanalítica do Self. Membro do IAPSP – International Association for the Study of Self Psychology. San Diego, EUA.



A psicanálise relacional tem sido fortemente influenciada pelos escritos de Hoffman (1991, 1993) que enfatizam a inevitável participação do analista na criação da transferência, o que se denomina “modelo social-construtivista” (esse modelo afirma que o observador representa papel crítico na moldagem, construção e organização do que está sendo observado. Este modelo relacional reforça a ambiguidade da realidade: cada indivíduo tem seu ponto de vista plausível; todo conhecimento tem como base uma perspectiva, mas há outras perspectivas e outros centros de subjetividade além do nosso (Aron, 1996).

Bromberg (1991, 1993, 1994 e 1996) considerava o *self* sendo múltiplo e sem coesão. A importância clínica dessa perspectiva de dissociação do *self* foi desenvolvida por Davis (1996), que considerava a dissociação o resultado da necessidade de integrar a angústia esmagadora e da necessidade de integrar imagens contraditórias de pessoas importantes na vida de todos nós.

Aron (1996) ofereceu minuciosa descrição das implicações de um modelo relacional, que inclui a transferência, a contratransferência, a resistência e a interpretação num contexto intersubjetivo.

Intersubjetividade se refere à capacidade de reconhecer os outros como tendo um centro de iniciativas separado e sentimentos diferentes e com quem os estados de sentimento podem ser compartilhados. Analista e paciente, para ele, construíram mutuamente seu relacionamento e regularizam sua interação, bem como as experiências que cada um tem dessa interação.

Essas contribuições à psicanálise relacional enfatizam que o analista precisa estar profundamente ciente de que seu próprio caráter e sua subjetividade é que moldam os valores e convicções teóricas e que formam a base para as intervenções clínicas e tem que aceitar esta responsabilidade.

O ponto de vista relacional emergiu das tensões dialéticas entre vários grupos de indivíduos inovadores, que incluíam o relacionamento Freud-Ferenci, os trabalhos escritos interpessoais de Sullivan, Thompson, Fromm e Fromm-Reichmann (que se desenvolveram em resposta à psicanálise clássica e ao pragmatismo norte-americano; as ideias de relações objetais (Fairbairn e Winnicott da escola inglesa, que se desenvolveram em resposta às ideias kleinianas) e a psicologia do *self* de Kohut (que foi uma reação às limitações da psicologia do ego norte-americana).

A obra inovadora de Ferenczi (1932) interessava-se em larga medida pelo essencial da relação analítica, o relacionamento entre paciente e analista. Suas descobertas a propósito do trauma, da transferência e da contratransferência ocorreram, exatamente, naquelas áreas que, agora, estão recebendo muita atenção entre teóricos e clínicos da psicanálise atual. Uma de suas contribuições mais importantes foi a inevitabilidade da repetição que o analista faz do trauma original do paciente, ficando o analista, agora, no papel daquele que maltrata. Esta observação clínica veio 40, 50 anos antes da descoberta da probabilidade de que o analista atualize as expectativas transferenciais do paciente, uma vez que o paciente o empurra para esse lugar como participante nessa sua nova experiência de um trauma do início da vida e, depois disso, o paciente percebe e reage a essa dinâmica.

Juntamente com a elucidação que fez do papel do trauma, foi por meio de sua compreensão e de seu manejo técnico da transferência que Ferenczi fez sua contribuição mais importante.

A transferência foi vista como as expectativas inconscientes que o paciente tem em relação ao analista e a contratransferência foi vista como sendo as respostas emocionais do



analista ao paciente. Desde muito cedo, Ferenczi chamou a atenção para o analista como pessoa real, percebida pelo paciente em matizes sutis de seu comportamento e diante das quais o paciente reage. Deste modo, a transferência do paciente *não* surge exclusivamente a partir de dentro dele; ela é influenciada pelos comportamentos e pelas intervenções do analista.

Em suma, a transferência é induzida conjuntamente pelo analista e pelo paciente.

Ferenczi foi o primeiro psicanalista a observar as maneiras pelas quais o paciente se torna o “intérprete” da experiência contratransferencial do analista; ele estimulava seus pacientes a expressarem suas percepções a propósito das reações e dos conflitos transferenciais dele.

O primeiro e mais importante desvio que levou a teoria psicanalítica a avançar do modelo freudiano de desenvolvimento, de psicopatologia e tratamento do paciente, que era modelo de uma só pessoa, para um modelo de duas pessoas, ou relacional, foi feito por Ferenczi.

A transferência surge no contexto da contratransferência, a resistência emerge em resposta aos fracassos da empatia do analista e as atuações (*actings-out*) são tentativas de comunicação. Para Ferenczi, o intrapsíquico não era substituído pelo interpessoal; era essencialmente um conceito interpessoal.

A Psicanálise Relacional norte-americana Sullivan, Clara Thompson, Erich Thompson

O paciente traz suas dinâmicas interpessoais para dentro do relacionamento analítico e estas moldam esse relacionamento no aqui-e-agora, mas como é que esses padrões ficam armazenados dentro do paciente? Que formas tomam? Como o paciente pode experienciá-los e ter acesso a eles?

Os teóricos de relações objetais da escola inglesa ofereceram uma forma de corrigir essas peças que faltavam e um estimulante complemento para a tradição interpessoal norte-americana. Fairbairn (1952) afirmou que tudo o que há de ser encontrado dentro da mente do paciente realmente ocorreu entre a criança e seus personagens importantes. Ele estendeu as implicações da obra de Sullivan para dentro de áreas que este evitara.

Segundo Fairbairn, a motivação fundamental forçada aos seres humanos é a necessidade de buscar ligações com outros. Cada indivíduo molda seus relacionamentos conforme padrões de relacionalidade que trazem internalizados desde os seus mais antigos relacionamentos importantes. Os modos de se ligar com estes primeiros objetos tornam-se os modos preferenciais e esperados de relacionamento com novas pessoas.

Os novos objetos amorosos são escolhidos por sua similaridade aos objetos satisfatórios ou insatisfatórios do passado, e as interações com os novos parceiros desencadeiam os antigos comportamentos esperados. As novas experiências são processadas e interpretadas conforme as antigas expectativas.

A compreensão que Fairbairn ofereceu da integração analítica, o paciente e o analista, na transferência como um objeto antigo, potencialmente insatisfatório e não obstante espera obter daí um relacionamento novo e enriquecedor.

Segundo ele, os pacientes não podem abandonar as ligações aditivas aos antigos objetos, a menos que acreditem e confiem que é possível desenvolver novos modos de rela-



cionar-se que, de fato, eles podem ser ouvidos e vistos. Definiu o progresso analítico como sendo o resultado de uma capacidade modificada de se relacionar com os outros (Mitchell e Black, 1983).

Já Winnicott (1969) via o paciente como poderosamente autocurativo, moldando e criando o relacionamento analítico para propiciar as experiências ambientais que lhe faltaram na infância. A experiência do *self* na relação com o outro é o que há de mais restaurador no final das contas. Winnicott considerava o paciente um participante ativo na análise, aquele que recebe o que o analista tem para oferecer e o remodela conforme suas próprias necessidades. Ele criou uma nova visão em que o paciente cria ativamente e modela aquilo que o analista lhe proporciona a fim de descobrir uma sensação do *self* mais autêntica.

Bion (1962) e Ogden (1979) entre os neo-kleinianos, fizeram importantes contribuições à Psicanálise Relacional ao interpersonalizarem o conceito kleiniano de identificação projetiva, que difere da projeção pura, pois não apenas expõe certos aspectos do *self*, mas também induz o objeto da projeção a experienciar aquilo que é projetado. Ogden (1979) transformou o conceito em um constructo interacional ao descrever a identificação projetiva como um processo em que um grupo de fantasias e representações do *self* que as acompanham são depositadas dentro do analista para serem devolvidas numa versão modificada e menos perigosa. Ogden (1994) ainda enfatizou a natureza dialética da intersubjetividade embora as díades mãe-bebê existam em unidade, sendo mãe e bebê entidades nitidamente separadas, com suas próprias subjetividades físicas e psíquicas. Os momentos de sincronia que ocorrem entre o paciente e o analista constituem o que Ogden referia como intersubjetividade, ao passo que suas realidades separadas representam suas subjetividades.

Jéssica Benjamin (1988) afirmou que um dos objetivos críticos da Psicanálise Relacional é que paciente e analista reconheçam mutuamente suas subjetividades distintas e seus centros de iniciativas separados.

Novas maneiras de entender certos pilares conceituais de situação analítica Passar da abordagem de uma pessoa para outra, de duas pessoas, tem muitas implicações na compreensão da situação analítica

O desvio conceitual de uma abordagem de uma pessoa para uma abordagem de campo de duas pessoas tem, naturalmente, muitas consequências na abordagem da situação analítica.

O método psicanalítico clássico baseia-se na premissa de que a psicanálise oferece ao paciente um tipo peculiar de experiência, por meio do estabelecimento de uma situação analítica cuidadosamente controlada: o divã, a frequência das sessões, quatro ou cinco vezes na semana, a regra fundamental da livre associação, o analista silencioso na maior parte do tempo e encoberto pelo anonimato são fatores técnicos que possibilitam ao paciente passar por uma experiência que ativa antigas recordações e padrões da infância.

O elemento central desta visão é a premissa de que as experiências do paciente em análise se originam a partir de dentro do paciente e que se expandem no espaço analítico cuidadosamente planejado que a técnica clássica proporciona. Essa premissa é que torna o modelo clássico essencialmente uma perspectiva de uma pessoa. O encontro analítico funciona como uma máquina do tempo, na qual o paciente retorna ao seu passado por deslocamentos temporais da transferência. A pessoa do analista não é importante, já que o

seu papel funcional é o de operador da máquina do tempo. Se ele for competente, o analista vai proporcionar uma função genérica que dá ao paciente a capacidade de experienciar, examinar e compreender mais plenamente seu passado.

Transferência e contratransferência são, classicamente, vistas como deslocamentos temporais. No modelo relacional elas definem a experiência interativa global do analisando e do analista respectivamente. Presume-se que cada um responda à participação real do outro, moldada pela dinâmica e pelo passado pessoal de ambos. Desta forma, nem a transferência, nem a contratransferência precisam ser distorções.

A transferência é uma expressão do esforço do paciente de alcançar o analista, de se proteger e de regular suas interações com o analista, e a contratransferência é uma expressão dos esforços do analista no sentido da autoproteção, alcançando e regulando suas interações com o paciente.

As interações transferenciais/contratransferenciais constituem o foco principal do processo psicanalítico. A psicopatologia do paciente é vista em termos de ligações adesivas a antigos relacionamentos e a antigos padrões de conduta. Tais relacionamentos, inclusive os relacionamentos objetivos internos, manifestam-se nas interações com o analista. Este é inevitável e proveitosamente puxado para dentro dos padrões repetitivos da experiência e da ação do paciente. Invariavelmente o analista se comportará conforme o projeto do paciente e, finalmente, se tornará participante da transferência deste. O analista deve cair nessas ciladas, deve deixar-se imergir e participar plenamente do sistema e, depois, trabalhar sua maneira de sair daí, fazendo com que, cada vez mais, o paciente se aperceba dos seus padrões de interação.

No modelo relacional a resistência reflete a luta do paciente entre padrões relacionais antigos e novos, entre ligações adesivas a objetos insatisfatórios (reativados nas interações transferenciais/contratransferenciais com o analista) e a possibilidade de novas formas de relacionamento que paciente e analista lutam para descobrir. Uma vez que o analista é profunda e conflituosamente responsivo às angústias transferenciais do paciente, sempre há no paciente e no analista uma contrarresistência complementar a procurar e encontrar novas maneiras de se envolverem mutuamente.

As abordagens relacionais veem a mente como inerentemente conflitada na natureza. O modelo relacional-conflito enfatiza que os problemas do viver são uma função de lealdade do paciente aos outros amados e idealizados do passado, bem como de dificuldades em separar-se daquilo que é habitual e do que é próprio das ligações de família.

Mitchell (1997) afirmou que os conflitos humanos fundamentais repousam sobre a “necessidade de dispor de uma base que pareça totalmente conhecida e previsível, uma ancoragem confiável, um arcabouço e, por outro lado, um anseio de romper os padrões estabelecidos, passando por cima dos limites, indo ao encontro de algo que não seja previsível”.

Encenação (*enactment*)

Este termo, descrito por Jacobs (1966-1991) pretendia delinear os modos pelos quais analista e paciente agem um sobre o outro, verbal e não verbalmente. Ele via a encenação como uma forma de comunicação inconsciente, contínua, de influência interpessoal e de persuasão. As encenações são iniciadas pelos dois participantes. Renick (1993) afirmou que

as encenações contratransferenciais sempre precedem a percepção da contratransferência e dos significados específicos dessas ações.

O modelo relacional da mente vê o psiquismo como organizado no desenvolvimento; baseia-se no pressuposto fundamental de que as unidades básicas da estrutura psíquica são compostas de experiências interativas, que formarão uma espécie de gabarito e um filtro perceptivo por meio dos quais todas as experiências posteriores são vistas e qualificadas e organizadas.

A mente se organiza em torno de representações de encenações diádicas mutuamente interativas, tanto insatisfatórias quanto frustrantes. Dentro destes relacionamentos de influência mútua, a mente aprende a regular por si mesma intensos estados afetivos ao aprender a controlar e ajustar o comportamento dos outros significativos. As representações internas não são reconstruções verídicas da memória, e sim modificadas por meio da generalização e da categorização. Essas lembranças codificadas vão ser moldadas e coloridas tanto por poderosas correntes afetivas cruzadas quanto pelos intensos sistemas mutuamente interativos de fantasia relacionada a objetos, que a situação interpessoal inspira.

A técnica no modelo relacional

Se é suposto que cada dupla analítica seja singular, se o significado das ações do analista é determinado pelo que analista e paciente, juntos, decidem que seja e se o analista não consegue saber como ser o analista do paciente no início do processo e só descobre isto na luta que emerge a partir dos padrões transferenciais/contratransferenciais, se se supõe tudo isto, como pode haver algum princípio técnico recomendado?

De um ponto de vista relacional, o analista deveria tomar decisões clínicas baseado na autorreflexão, um modo de participar que impusesse ao paciente um mínimo de constrangimentos, permitindo-lhe a máxima liberdade para examinar sua própria experiência, passada e presente.

O silêncio do analista, para uns, concede-lhes a máxima liberdade, para outros, é malévolos e impeditivo. O analista deve tentar fazer a coisa certa: facilitar o máximo possível para o paciente sua autoexpressão e autocompreensão.

Ação terapêutica

Dentro do modelo relacional, depende do estabelecimento de um ambiente seguro no qual cada um da dupla traz a contribuição de percepções singulares que têm sua própria experiência compartilhada. À medida que os padrões relacionais do início da vida do paciente vão sendo reencenados dentro do espaço analítico, os laços afetivos, patológicos que o prendem a antigos objetos vão ser realçados e mantidos em rigoroso contraste com os relacionamentos novos, e espera-se mais adaptativos e flexíveis que paciente e analista lutam para negociar no presente.

Por meio do processo de contrastar, integrar e apreciar os matizes de perspectivas e subjetividades alternativas diferentes das nossas é que paciente e analista vão construir – em conjunto – uma visão compartilhada do mundo que existe, além das paredes do *self*, a partir de duas perspectivas diferentes.



Manter uma tensão adequada entre o passado recriado e o novo relacionamento analítico, negociado interpessoalmente, passa a ser uma das funções críticas do analista. O analista se esforça para criar uma atmosfera de neutralidade tanto em seu comportamento quanto em sua atitude. Essa neutralidade (Greenberg, 1991) visa comunicar uma postura de apoio, sem expressar predileção por determinado aspecto da personalidade do paciente.

A participação ativa e observação clínica são, igualmente, instrumentos analíticos fundamentais. O analista deve entrar plenamente no mundo relacional do paciente, de modo a se envolver livremente nas reencenações transferenciais e contratransferenciais e, então, deve poder afastar-se o bastante para observar, conter, processar e interpretar com o paciente aquilo que terá ocorrido entre eles.

A capacidade que o analista tem de sustentar o ritmo de participação ativa e observação, tanto quanto sua capacidade de se envolver e se afastar da corrente subterrânea apaixonada da pressão contratransferencial, continuam sendo indispensáveis para o sucesso analítico.

Controvérsias atuais na Psicanálise Relacional

Dizem respeito ao emprego terapêutico da autorrevelação, enquanto as principais perspectivas de novidade no nível conceitual estão dentro da compreensão de *self* e de Gênero (saber se o gênero, definido como a experiência que a pessoa tem de ser homem ou mulher é uma realização do desenvolvimento fixa e unitária ou se é, mais que isso, um conceito fluido sujeito a modificações à medida que o tempo passa).

Psicoanálisis relacional contemporánea desde la pulsión hacia la relación

Se presentan ideas teóricas sobre un nuevo modelo en el psicoanálisis. Este modelo tiene su origen e desarrollo en los Estados Unidos de América y es, básicamente, un psicoanálisis de dos personas.

Palabras clave: Psicoanálisis relacional; modelo de psicoanálisis de dos personas; teoría sobre un nuevo modelo en el psicoanálisis.

Contemporary Relational Psychoanalysis from pulsion toward relation

Abstract: The theoretic ideas of a new model in Psychoanalysis are presented. This model has its origin and development in the United States of America, and is basically a Psychoanalysis of two persons.

Keywords: relational psychoanalysis; two persons model in psychoanalysis; psychoanalytic theory and technique; self; gender.

Referências

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- ____ and Harpis, A. (eds.). (1993). *The Legacy of Sandor Ferenczi*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Benjamin, J. (1988). *The Bonds of Love*. New York: Parthenon.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. New York: Basic Books.
- Bromberg, P. (1991). On knowing one's patient inside out. *Psychoanal. Dial.*, n. 1, p. 399-422.
- ____ (1993). Shadow and substance. *Psychoanal. Dial.*, n. 10, p. 147-168.
- ____ (1994). Speak! That I may see you: some reflections on dissociation, reality and psychoanalytic listening. *Psychoanal. Dial.*, n. 4, p. 519-548.



- _____. (1996). Standing in the spaces: the multiplicity of the self in the psychoanalytic relationship. *Contemp. Psychoanal.*, n. 32, p. 509-535.
- Davies, J. M. (1996). Dissociation, repression and reality in the countertransference. *Psychoanal. Dial.*, n. 6, p. 189-218.
- Ehrenberg, D.B. (1995). Self disclosure: Therapeutic tool or indulgence? *Contemp. Psychoanal.*, n. 31, p. 213-228.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An Object – Relations Theory of the Personality*. New York: Basic Books.
- Ferenczi, S. (1932). *The clinical diary of Sandor Ferenczi* (Ballint, M. & Jackson, N. Z. eds.). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988.
- Ghent, E. (1989). Credo: the dialectics of one-person and two-person psychologies. *Contemp. Psychoanal.*, n. 25, p. 169-211.
- _____. (1992). Foreword. In: Skolnick, N. J. & Warshaw, S. C. (eds.). *Relational Perspectives in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, p. xiii-xxii.
- Gordon, R.M.; Aron, L.; Mitchell, S.; Davies, J.M. (1998). Relational Psychoanalysis. In Langs, R (ed.). *Current Theories of Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
- Greenberg, J. (1991). *Oedipus and Beyond. A Clinical Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hoffman, I. Z. (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemp. Psychoanal.*, n. 19, p. 389-422.
- _____. (1991). Discussion: Toward a social-constructivistic view of the psychoanalytic situation. *Psychoanal. Dial.*, n. 1, p. 74-105.
- _____. (1992a). Some practical implications of a social-constructivistic view of the analytic situation. *Psychoanal. Dial.*, n. 2, p. 287-304.
- _____. (1992b). Expressive participations and psychoanalytic discipline. *Contemp. Psychoanal.*, n. 28, p. 1-15.
- _____. (1993). Confusion of tongues between adults and the child. In *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis*. London: Karnack Books, 1980, p. 156-157.
- Mitchell, S. (1997). Psychoanalysis and the degradation of romance. *Psychoanal. Dial.*, n. 7: 23-41.
- Mitchell, S. & Greenberg, G. J. (1983). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Ogden, T. (1979). On projective identification. *Int. J. Psychoanal.*, n. 60, p. 357-373.
- _____. (1994). *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Renik, O. (1993a). Countertransference enactment and the analytic process. In Horowitz, M., Kernberg, O. & Weinschel, E. (eds.). *Psychic structure and psychic change*. Madison, CT: International Universities Press, p. 137-160.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of Infant*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Winnicott, D.W. (1969). The use of an object. *Int. J. Psychoanal.*, n. 50, p. 711-716.
- _____. (1971). *Playing and reality*. Middlesex, UK: Penguin.

[Recebido em 25.2.2008, aceito em 14.10.2008]

Dr. Paulo Roberto Sauberman
 [Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro SBPR]
 Rua Visconde de Pirajá, 330, sala 801, Ipanema
 22410-000 Rio de Janeiro, RJ