

Psicanálise relacional na clínica escola: Contribuições para a formação ética de psicoterapeutas

Relational psychoanalysis in the teaching clinic: contributions to the ethical training of psychotherapists

Cássio Silveira Franco – Universidade da Amazônia (UNAMA/Acre)

RESUMO

Este artigo propõe uma reflexão sobre a psicanálise relacional como prática clínica e sua contribuição à formação de psicoterapeutas durante o estágio obrigatório de final de curso em Psicologia. Com base em revisão teórica e relatos clínicos adaptados, vivenciados na clínica-escola da Universidade da Amazônia, destaca-se o vínculo intersubjetivo como eixo central da escuta, deslocando o foco dos modelos intrapsíquicos clássicos da ortodoxia freudiana. A atitude relacional é sustentada por presença, rêverie, implicação afetiva, escuta corporal e reconhecimento ético — dimensões que orientam o gesto clínico e a postura do terapeuta em formação. Tais eixos evidenciam que o sofrimento psíquico como experiência vivida, situada e compartilhada pode ser reelaborada e amenizada pelo horizonte de sentidos que emergem do encontro analítico. Os relatos de caso clínicos foram elaborados em primeira pessoa, inspirados na proposta de Mauro Amatuzzi (1996) sobre a versão de sentido, e resguardam a confidencialidade por meio de adequações éticas e narrativas. O trabalho evidencia que, no estágio supervisionado, a clínica relacional pode transformar não apenas o paciente, mas também o terapeuta em formação.

Palavras-chave: Psicanálise relacional; Formação de psicoterapeutas; Estágio clínico supervisionado; Dimensões éticas da clínica.

ABSTRACT

This article proposes a reflection on relational psychoanalysis as a clinical practice and its contribution to the training of psychotherapists during the mandatory final internship in Psychology. Based on theoretical review and adapted clinical case reports experienced at the teaching clinic of the Faculdade da Amazônia (UNAMA), the intersubjective bond is highlighted as the central axis of listening, shifting the focus away from classical intrapsychic models of Freudian orthodoxy. The relational attitude is sustained by presence, rêverie, affective involvement, bodily listening, and ethical recognition—dimensions that guide the clinical gesture and the posture of the therapist in training. These axes demonstrate that psychic suffering, as a lived, situated, and shared experience, can be reworked and alleviated through the horizon of meanings that emerge from the analytic encounter. The clinical case reports were written in the first person, inspired by Mauro Amatuzzi's (1996) proposal on the version of meaning, and confidentiality was preserved through ethical and narrative adjustments. The work shows that, in supervised internship, relational clinical practice transforms not only the patient but also the therapist in training.

Keywords: Relational psychoanalysis; Psychotherapist training; Supervised clinical internship; Ethical dimensions of clinical practice.

1. INTRODUÇÃO

A Psicanálise Relacional constitui uma das mais profundas reformulações da tradição psicanalítica contemporânea. Surgida a partir de críticas aos modelos clássicos centrados na pulsão, na estrutura intrapsíquica e na suposta neutralidade do analista, ela propõe uma nova metapsicologia fundamentada na intersubjetividade, na mutualidade¹ e em uma escuta ética sensível e implicada.

Essa escuta não se limita à aplicação de técnicas ou à mera interpretação teórica, mas envolve a presença afetiva do terapeuta/analista, sua disponibilidade emocional e sua capacidade de se deixar afetar pelo encontro clínico.

Trata-se de uma postura ética que reconhece a singularidade do paciente e sustenta o vínculo com responsabilidade, abertura e respeito à alteridade. Mais do que deslocar o foco da interioridade isolada para o campo relacional, essa perspectiva compreende o sujeito como alguém cuja constituição se dá nas experiências intersubjetivas — afetivas, simbólicas e historicamente situadas — que atravessam sua existência.

A subjetividade é tecida nas relações de alteridade, nos modos como o indivíduo é recebido, reconhecido e sustentado ao longo de sua história. O analista, por sua vez, abandona a posição de intérprete neutro e de suposto saber para assumir a função de parceiro ético em uma experiência co-construída. Mais do que decifrar significados inconscientes, o terapeuta relacional oferece presença, escuta e disponibilidade afetiva para sonhar sentidos com o paciente.

A perspectiva relacional se destaca por sua capacidade de dialogar com diversos campos do saber — como a fenomenologia, a hermenêutica, o modelo social-construtivista, os estudos sobre cuidadores e infantes, questões de gênero, neurobiologia, sistemas dinâmicos não lineares, teorias da complexidade, do caos e fractais. O termo relacional, amplo, inclui interações entre o indivíduo e o mundo social, relações

¹ Segundo Fraile (2009, p.60), mutualidade é um processo psicodinâmico em que paciente e analista/terapeuta estão mutuamente influenciados e regulados consciente e inconscientemente. Esta regulação mútua origina sentimentos, pensamentos e ações, cada qual com seu próprio gradiente saudável e dinâmica patológica. Assim, a clássica autoridade do analista se transforma em uma respeitosa exploração de uma realidade conjunta, dando lugar a significados que analista e paciente vão co-construindo.

interpessoais internas e externas, autorregulação e regulação mútua, formando uma ponte entre os espaços interpessoal e intrapsíquico.

Tal abertura epistemológica não se configura como um ecletismo desarticulado, mas como expressão de uma ética do cuidado comprometida com a complexidade irreduzível da experiência humana. Ao compreender o sofrimento como fenômeno historicamente e culturalmente situado, múltiplo e singular, a clínica relacional convoca o terapeuta a uma escuta atenta às marcas do contexto social, familiar e pessoal em que esse sofrimento se inscreve.

Neste contexto, a ética torna-se uma questão central, pois atravessa toda a prática clínica relacional, não como um conjunto de normas externas, mas como um compromisso vivo com o cuidado e o alívio do sofrimento psíquico de seus pacientes.

No contexto formativo — foco central deste artigo — essa postura ética transforma o próprio aprendizado do fazer clínico. O estágio supervisionado, portanto, deixa de ser apenas um espaço de aplicação de técnica para tornar-se uma experiência de implicação intersubjetiva e de construção ética da função terapêutica. O terapeuta em formação é convidado a experimentar a escuta como gesto de responsabilidade compartilhada. Aprende que a neutralidade clássica cede lugar à disponibilidade afetiva, e que a presença do analista é, muitas vezes, o continente² necessário à elaboração do sofrimento.

A formação do psicoterapeuta torna-se, portanto, um processo de desenvolvimento da sua capacidade de criar vínculos terapêuticos — com ética, sensibilidade e escuta comprometida com o cuidado. Este processo é possibilitado pelo tripé psicanalítico — análise pessoal, supervisão e estudo sistemático — onde cada dimensão não atua isoladamente, mas se entrelaça de forma co-constitutiva na construção da função clínica.

A análise pessoal permite ao terapeuta em formação confrontar sua própria história, ampliando a capacidade de escuta e de tolerância à alteridade. A supervisão oferece um

² A função continente é um conceito desenvolvido por Wilfred Bion para descrever a capacidade de um sujeito — especialmente a figura materna ou o analista — de receber, conter e transformar os estados emocionais brutos do outro (particularmente de um bebê ou paciente em sofrimento psíquico). Bion denomina esses conteúdos inassimiláveis de *elementos beta* e propõe que, ao serem acolhidos por uma mente capaz de função alfa (capaz de simbolizar), podem ser metabolizados e devolvidos em forma pensável. No *setting* analítico, essa função é exercida pelo analista ao escutar e conter afetos não simbolizados, tornando-se fundamental para o processo de transformação emocional e desenvolvimento do pensamento. Cf. BION, W. *Aprender com a Experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

espaço intersubjetivo de elaboração, onde teoria e prática se encontram e onde o futuro profissional aprende a refletir sobre seus afetos, intervenções e impasses. Já o estudo sistemático fornece o arcabouço conceitual necessário para sustentar a prática com rigor, discernimento e abertura à complexidade da experiência humana.

Do mesmo modo, a escrita que acompanha esse percurso não pode ser compreendida como o mero exercício de explicitação dos conhecimentos acumulados ou de uma prescrição instrumental de práticas adquiridas. Tal como a clínica relacional, a escrita acadêmica se expressa como experiência: não apenas técnica ou competência, mas como forma de vida que envolve corpo, pensamento e afeto. Como destaca Larrosa (2015), a experiência é “aquilo que nos acontece, aquilo que nos toca”, e a escrita que nasce dela não é simples transmissão de conhecimento, mas travessia que transforma o próprio sujeito que escreve.

Nesse sentido, tanto a formação clínica quanto a escrita acadêmica podem ser compreendidas como travessias éticas e existenciais. Ambas convocam à abertura, à vulnerabilidade e à disposição de se deixar afetar. Mais do que transmitir um conhecimento já sedimentado, o gesto de escrever — à semelhança da escuta relacional — é um exercício de presença e responsabilidade diante do outro e de si mesmo. E é nesse horizonte semântico e dialógico que o presente artigo se organiza.

2. MAS POR QUE A PSICANÁLISE RELACIONAL?

Antes de iniciar propriamente a apresentação do aparato teórico-metodológico elaborado para este artigo, considero relevante compartilhar como e por quais razões se constituiu minha decisão pela Psicanálise Relacional enquanto lócus clínico para minha atuação profissional. Destaco, de partida, que essa escolha foi mais do que uma adesão teórica: tratou-se de um chamado ético e clínico, que vem transformando meus saberes e constituindo minha prática, assim como minha visão sobre o cuidado existencial na práxis³ psicoterapêutica.

³ Para FREIRE (1987, p. 40), a *práxis* é a ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.

Minha jornada acadêmica em Psicologia foi marcada por incursões em diversas abordagens teóricas. Contudo, foi a partir do contato com autores⁴ do pensamento fenomenológico-existencial e hermenêutico que encontrei um espaço fecundo para acolher minhas indagações acerca da complexidade das experiências humanas. A leitura desses textos filosóficos foi essencial para o rigor epistemológico e para a constituição de uma visão de humano, de mundo e de relações que constituem e perpassam o processo analítico.

Assim como Orange (2012, p.5) compreendo que a leitura de filosofia nos ensina a ler e ouvir de forma diferente e a perceber o que estamos perdendo se lêssemos apenas as formulações teóricas da nossa própria experiência clínica.

No entanto, creio igualmente que a leitura filosófica *per se* não fornece a tecitura metodológica necessária e suficiente para orientar o saber-fazer clínico. Essa lacuna alimentava e alimenta minha angústia diante dos modos constitutivos do processo psicoterapêutico. Ou seja, percebi que a transposição da dimensão filosófico-epistemológica — como em Husserl e Heidegger — para o cotidiano da clínica permanece uma tarefa em aberto, que exige ainda muita maturação teórica e formulação metodológica.

É bem verdade que Medard Boss, psicanalista suíço, desenvolveu a Daseinsanalyse a partir do diálogo com Heidegger. No entanto, sua obra completa não se encontra traduzida em português, com exceção de *Angústia, Culpa e Libertação (1997)*, *Na noite passada eu sonhei (1979)* e *Seminários de Zollikon (2021)*.

Situação semelhante ocorre com Ludwig Binswanger, de quem contamos apenas com algumas traduções editadas e publicadas em nossa língua materna, como: *Três formas da existência malograda (1977)*, *Sonho e existência: Escritos sobre Fenomenologia e Psicanálise (2013)* e *Psicoterapia e análise existencial (2019)*.

Mais recentemente, Alice Holzhey-Kunz⁵ — filósofa e psicoterapeuta suíça, discípula direta de Medard Boss e uma das principais representantes da segunda geração da Daseinsanalyse — tem publicado obras, ministrado seminários e participado de eventos

⁴ Autores como Kieckergard, Edmund Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty, Wilhelm Dilthey e Medard Boss dentre outros orientaram o percurso introdutório de meus estudos no campo Fenomenológica-Existencial e Hermenêutico.

⁵ Foi presidente da Sociedade para Antropologia Hermenêutica e Daseinsanalyse, uma instituição sediada na Suíça que tem como foco o aprofundamento filosófico da Daseinsanalyse como uma psicoterapia existencial, especialmente com base na hermenêutica de Heidegger, Kierkegaard, além de uma releitura crítica da psicanálise freudiana

no Brasil. Ela desenvolveu uma metodologia própria dentro da tradição fenomenológico-existencial, inspirada em Heidegger e Freud. Apesar de sua relevância internacional, sua contribuição ainda não é plenamente reconhecida no Brasil pela Associação Brasileira de Daseinsanalyse (ABD), única instituição autorizada a realizar a formação de daseinsanalistas em nosso país.

Além desses autores, dois psicanalistas brasileiros de renome internacional — Zeljko Loparic e Gilberto Safra — ambos fortemente influenciados por Winnicott, discutem as aproximações entre psicanálise e pensamento existencial, enriquecendo esse diálogo interdisciplinar.

Foi, portanto, curioso e até mesmo paradoxal que meu contato mais íntimo com a psicanálise tenha se dado por meio de autores que justamente se propuseram a criticar e a emancipar-se dela, pondo-a em contraste a partir dos postulados heideggerianos.

Em síntese, minha aproximação à Psicanálise Relacional não resultou de uma mera escolha teórica entre tantas outras disponíveis, mas de um processo de busca atravessado por inquietações epistemológicas, clínicas e éticas. Se, por um lado, a filosofia fenomenológica e hermenêutica abriu horizontes fecundos para compreender a condição humana em sua complexidade, por outro, revelou também seus limites no que se refere ao direcionamento metodológico e técnico⁶ da práxis psicoterapêutica.

A Psicanálise Relacional mostrou-se, nesse sentido, como um espaço de encontro entre rigor teórico e sensibilidade clínica, oferecendo uma nova metapsicologia, crítica à ortodoxia freudiana, consistente e, ao mesmo tempo, aberta ao diálogo interdisciplinar.

Ao assumir a intersubjetividade como eixo constitutivo da experiência, essa perspectiva possibilitou articular minhas preocupações formativas com uma metodologia capaz de sustentar o gesto clínico em sua densidade existencial e em sua dimensão ética.

Foi nesse ponto que compreendi a clínica não mais como aplicação de modelos prontos, mas como lugar de criação compartilhada, em que analista e paciente se constituem mutuamente no processo de elaboração continente do sofrimento. Essa

⁶ Em seu uso moderno, técnica remete à instrumentalização e à visão utilitária do fazer humano. Já *téchne*, sentido adotado neste artigo, está vinculada a um saber-fazer criativo, próximo da arte e da *poiesis*, compreendida como o ato de trazer à presença algo novo. Heidegger (2002), mostra que a técnica moderna expressa um modo de desvelamento, que pode reduzir o mundo a recurso ou abrir para um sentido mais originário do existir.

compreensão ressoa, como afirma Orange (2012), na necessidade de ouvir de forma diferente, ou seja, de cultivar uma escuta atenta ao que escapa às formulações prévias e que só pode emergir no encontro vivo.

Assim, a escolha pela Psicanálise Relacional representa para mim não apenas a definição de um referencial teórico, mas a afirmação de uma postura clínica comprometida com o cuidado e com a transformação subjetiva que dele decorre.

Essa decisão delimita também o horizonte epistemológico que orienta este artigo, cujo percurso passa agora a considerar os antecedentes históricos e conceituais que permitiram o surgimento desta posição clínica e sua consolidação como uma das reformulações mais fecundas da tradição psicanalítica contemporânea.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS E EPISTEMOLÓGICOS

A psicanálise relacional não surgiu como uma escola isolada, mas como um movimento de convergência crítica e criativa que se consolidou a partir da década de 1980 nos Estados Unidos. Seu surgimento está vinculado a uma série de transformações teóricas, clínicas e institucionais que colocaram em xeque os pressupostos clássicos da metapsicologia freudiana, especialmente o modelo pulsional, a neutralidade técnica e a concepção do analista como observador externo. Ao longo do século XX, diversas vezes começaram a questionar a centralidade da pulsão e a estrutura monádica do psiquismo, propondo que o sujeito é constituído nas relações e que o campo clínico é, por definição, intersubjetivo⁷.

Um dos primeiros e mais importantes precursores dessa transformação foi Sándor Ferenczi que já nas primeiras décadas do século XX rompeu com Freud em aspectos cruciais da técnica e da ética clínica. Ferenczi inovou ao destacar que o analista não é apenas um receptáculo neutro, mas uma pessoa real, cujas atitudes e gestos sutis são percebidos e interpretados pelo paciente. Assim, a transferência não é um fenômeno

⁷ 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. SAUBERMAN (2019, p. 122).

exclusivamente interno ao paciente, mas é moldada também pelas ações e intervenções do analista, revelando uma dinâmica relacional complexa e intersubjetiva no processo analítico.

Para Sauberman (2009), a obra inovadora de Ferenczi trouxe a profundidade da relação analítica entre paciente e analista. Suas reflexões sobre trauma, transferência e contratransferência anteciparam debates contemporâneos, destacando que o analista pode repetir o papel do agressor original na vivência traumática do paciente. Ferenczi observou que o paciente, ao reviver o trauma na análise, projeta no analista expectativas transferenciais, levando-o a ocupar esse lugar simbólico. Essa dinâmica, posteriormente reconhecida por outros teóricos décadas depois, revela como o paciente reage e elabora o trauma a partir da experiência analítica.

Apesar de sua relevância, Ferenczi foi marginalizado por décadas e progressivamente silenciado nos círculos psicanalíticos institucionais após sua divergência com Freud, especialmente por questionar a neutralidade analítica, defender a autenticidade do analista e propor uma técnica mais afetiva e mutual. Suas ideias sobre escuta empática e validação do trauma — particularmente em situações de abuso infantil — foram consideradas perigosamente próximas da sugestão, e sua postura clínica foi rotulada como arriscada, principalmente após seu último trabalho sobre a confusão de línguas, escrito pouco antes de sua morte. Esse posicionamento o distanciou da ortodoxia psicanalítica da época, que buscava preservar uma técnica padrão e uma metapsicologia centrada na pulsão.

Durante décadas, sua obra foi tratada com reservas ou simplesmente ignorada, tanto por seguidores de Freud quanto pelas escolas emergentes. Sua morte precoce, seguida por disputas internas no movimento psicanalítico, contribuiu para o esquecimento sistemático de seu pensamento — reduzido, injustamente, ao papel de discípulo dissidente. Foi apenas a partir dos anos 1980, com a retomada crítica de seus textos por psicanalistas como Judith Dupont que Ferenczi voltou a ser reconhecido como um pensador original, sensível e profundamente ético.

Depois de Ferenczi, destaca-se o papel decisivo da escola britânica na transição e na reconfiguração dos fundamentos teóricos e clínicos da psicanálise. Em virtude da Segunda Guerra Mundial e da migração de diversos analistas europeus para o Reino Unido, entre meados de 1930 e 1950 o eixo do pensamento psicanalítico se deslocou

significativamente para Londres, onde se consolidou a Sociedade Psicanalítica Britânica como principal núcleo institucional do campo psicanalítico pós-freudiano. Nesse cenário, a tradição de escuta sensível e implicada iniciada por Ferenczi encontrou ressonância parcial nas propostas que emergiam na psicanálise inglesa — ainda que com distintas inflexões teóricas e políticas.

O contexto institucional britânico foi marcado por intensas controvérsias, sobretudo entre Anna Freud, representante da psicologia do ego e da tradição freudiana vienense, e Melanie Klein, criadora de uma metapsicologia centrada nas fantasias inconscientes da criança, nas defesas primitivas e na teoria das posições esquizo-paranoide e depressiva. A disputa entre ambas, conhecida como as Controvérsias Freud-Klein (1941–1945), envolveu divergências sobre a psicanálise infantil, a técnica clínica e os fundamentos teóricos — e culminou na reorganização da Sociedade Psicanalítica Britânica em três grupos distintos, que perdurariam como referência por décadas.

O primeiro foi o Grupo Freudiano, liderado por Anna Freud, que enfatizava a adaptação da criança à realidade externa, a análise das defesas conscientes e a interface entre psicanálise e pedagogia. Seus principais representantes desenvolveram modelos de intervenção voltados à estruturação do ego e ao fortalecimento da função adaptativa.

O segundo foi o Grupo Kleiniano, centrado nas formulações de Melanie Klein. A técnica intensiva de interpretação precoce e a análise do mundo interno infantil como Wilfred Bion que elaborou uma teoria do pensamento baseada na função continente da mente, crucial para a escuta psicanalítica dos afetos não simbolizados.

O terceiro, conhecido como Grupo dos Independentes ou *Middle Group*, agregava analistas que buscavam uma clínica mais livre de ortodoxias, valorizando a dimensão experiencial, ética e afetiva do vínculo terapêutico. Entre seus principais nomes estão Michael Balint, com sua teoria da falha básica e regressão benigna; Ronald Fairbairn, e Masud Khan, que se dedicou à clínica das perversões e à privacidade do *self*. Nesse grupo, Donald Winnicott tornou-se figura central, desenvolvendo contribuições decisivas como *holding*, ambiente suficientemente bom, espaço transicional e verdadeiro *self*, conceitos que redefiniram profundamente a clínica com crianças e adultos.

A psicanálise britânica, especialmente através dos independentes, pavimentou o caminho para a virada relacional ao reposicionar o analista como figura implicada no

campo clínico, e não como observador neutro. Os conceitos de ambiente, vínculo e função simbólica do analista introduzidos por Winnicott, Klein e Bion prefiguram muitos dos fundamentos que viriam a compor a psicanálise relacional nas décadas seguintes.

Foi sobre essa base que autores norte-americanos como Stephen Mitchell, Jay Greenberg, Lewis Aron, Philip Bromberg, Donnel Stern, Donna Orange, Robert Stolorow e Jessica Benjamin (dentre outros) — profundamente influenciados por essa tradição — formularam, na década de 1980, um novo paradigma psicanalítico centrado na intersubjetividade, na ética da presença e na escuta implicada. Nos Estados Unidos, esse movimento ganhou força com a abertura das instituições psicanalíticas a profissionais não médicos, especialmente psicólogos, filósofos, antropólogos e acadêmicos das ciências humanas. Essa mudança, ocorrida entre o final dos anos 1970 e a década de 1980, rompeu com a hegemonia médica que até então dominava a formação psicanalítica, permitindo o ingresso de novas perspectivas epistemológicas, mais críticas, reflexivas e sensíveis à experiência subjetiva. A incorporação dessas vozes contribuiu decisivamente para a emergência da psicanálise relacional como paradigma clínico e teórico, ao deslocar o foco da intrapsiquicidade individual para o campo intersubjetivo da experiência emocional compartilhada.

Paralelamente a essas formulações norte-americanas, a psicanálise relacional passou a dialogar intensamente com a filosofia fenomenológico-hermenêutica, incorporando contribuições que ampliaram sua base epistemológica e ética. Autores como Donna Orange e André Sassenfeld são expoentes dessa integração.

Essas influências filosóficas não apenas enriquecem a psicanálise relacional, como também a diferenciam das abordagens técnicas mais interpretativas. Ao integrar corpo, afeto, linguagem e contexto, essa clínica se estabelece como prática ética e transformadora, comprometida com a escuta do sofrimento, com a radicalidade do encontro e com a criação compartilhada de sentido.

Assim, o legado de Ferenczi, da escola britânica independente, dos filósofos da existência, dos autores relacionais contemporâneos não apenas redefinem a escuta clínica mas peosicionam a psicanálise em um novo horizonte da responsabilidade e da alteridade.

Com esse horizonte ético e epistemológico, a psicanálise relacional oferece não apenas uma renovação técnica, mas uma reconfiguração profunda da atitude clínica:

escutar passa a significar acolher e estar com, mais do que interpretar e traduzir o inconsciente.

Nesse sentido, a psicanálise relacional representa não apenas uma mudança de técnica, mas uma mudança de paradigma: uma psicanálise que escuta com o corpo, responde com a ética e constrói sentido na alteridade. É no campo partilhado, onde o pensamento se elabora em presença, que se inscreve a potência da escuta relacional como prática viva, transformadora e profundamente humana.

4. FUNDAMENTOS CLÍNICOS DA PSICANÁLISE RELACIONAL

A figura do terapeuta relacional representa uma inflexão profunda na maneira de conceber o trabalho clínico em psicanálise. Em lugar da postura neutra, distante e observadora, passa-se a reconhecer a presença do analista como parte ativa do campo analítico — alguém cuja subjetividade, afetos e história pessoal influenciam, e são influenciados, pelo vínculo terapêutico. Essa transformação implica uma escuta mais viva, implicada e responsiva, na qual o encontro entre analista e paciente torna-se o verdadeiro núcleo da experiência clínica.

Para Mayorga, Forli, Piccolo e Saravia (2023), o terapeuta relacional não é apenas um técnico aplicador de métodos. Ele se coloca na cena analítica como sujeito real — presente, sensível, disposto a ser afetado e a construir, com o paciente, uma experiência de elaboração conjunta.

Essa disposição exige o abandono da ideia de que o analista observa de fora. Em seu lugar, instala-se o compromisso com um vínculo legítimo, atravessado pela intersubjetividade, onde o sofrimento pode ser escutado, legitimado e transformado. Alguns dos modos como esta relação clínica se constitui será apresentado nas subseções a seguir.

4.1. SENTIDOS DO SENTIDO - APREENSÕES DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA

A experiência clínica, em sua tessitura viva e dinâmica, exige um campo de escuta sensível onde o fenômeno do sofrimento humano possa emergir em sua complexidade. Ao

adentrar o espaço psicoterapêutico, paciente e terapeuta compartilham uma atmosfera fenomenológica, marcada pela ambiguidade, pelo silêncio, pelos gestos e pela fala.

Nesse cenário, torna-se fundamental pensar a noção de sentido em sua multiplicidade semântica, pois é a partir dela que a experiência é acolhida, compreendida e transformada.

O primeiro aspecto do termo sentido refere-se à ideia de direção — o sentido como orientação ou vetor de movimento experiencial. Na clínica, essa direção não é prescrita tecnicamente, mas emerge do próprio encontro intersubjetivo. O terapeuta, ao dispor-se à escuta fenomenológica, acompanha a direção do vivido do paciente, sem tentar conduzi-lo por caminhos pré-estabelecidos.

O segundo desdobramento do conceito de sentido está vinculado ao significado — ou seja, à construção simbólica que dá forma compreensível ao vivido. A capacidade de nomear e simbolizar o sofrimento psíquico é um passo essencial na elaboração da experiência, permitindo ao sujeito integrar aspectos do self fragmentados. Na perspectiva relacional, essa produção de sentido é sempre co-construída: o analista não interpreta do alto de um saber, mas compartilha com o paciente a tarefa de significar o que, até então, era indizível.

Por fim, há o sentido como verbo no particípio passado: a experiência sentida. Trata-se do afeto encarnado, daquilo que se vive na pele antes mesmo de se poder nomear. É o solo da sensopercepção⁸, pois aqui não somente o paciente mas também o analista pode captar o indizível do outro por seus próprios afetos, impressões corporais e estados de presença. Essa dimensão é base para o exercício da *rêverie*, tal como descrita por Bion (1991) e ampliada por Ogden (2013), permitindo a transformação do não simbolizado em elementos pensáveis.

Esses três sentidos do sentido convergem na constituição da experiência clínica como um campo em que direção, significado e sensação se entrelaçam em ato. Cada sessão é, portanto, um espaço de sentido vivido — uma travessia em que o self pode ser resgatado de sua dispersão traumática e reinscrito como sujeito de sua história. Essa travessia é

⁸ No contexto da Experiência Somática, desenvolvida por Peter Levine o termo sensopercepção refere-se à percepção corporal das sensações internas, que ocorrem antes da interpretação cognitiva. Para este autor o corpo mantém uma memória sensorial do trauma, e a sensopercepção é essencial para o processo de cura, permitindo que o indivíduo reconheça e integre essas sensações de forma consciente e segura.

favorecida quando o terapeuta se coloca como corpo presente, continente afetivo e coautor do encontro.

Assim, compreender a experiência clínica requer não apenas escutar o que é dito, mas também atentar ao que é vivido, pressentido e emergente. Afinal, todo ato terapêutico é um gesto de abertura ao sentido — em todas as suas formas: direção, significado e percepções corporais e ou sentimentos.

4.2. RECONHECIMENTO E *RÊVERIE*

Nesta seção, abordo a função do reconhecimento e da *rêverie* na clínica relacional, tomando como referências centrais a obra Reconocimiento mutuo: La intersubjetividad y el Tercero, de Jessica Benjamin (2016), e *Rêverie* e interpretação: captando algo humano, de Thomas Ogden (2013). Enquanto Benjamin destaca o reconhecimento como um processo intersubjetivo, no qual o sujeito se constitui ao ser reconhecido pelo outro, Ogden, inspirado por Bion, ressalta a *rêverie* como uma capacidade do analista de acolher afetos não simbolizados.

Jessica Benjamin propõe que o reconhecimento é uma experiência fundante da subjetividade, que emerge na tensão entre autonomia e vínculo. Para ela, o sujeito não se constitui isoladamente, mas na medida em que é reconhecido como agente ativo por um outro igualmente sujeito. Esse reconhecimento mútuo não se reduz a um gesto empático, mas configura uma estrutura relacional que permite ao indivíduo afirmar sua existência sem anular a alteridade.

Na clínica relacional, essa dinâmica se atualiza no campo intersubjetivo, onde o analista, ao se oferecer como presença responsiva, sustenta um espaço simbólico que transcende a díade e favorece a co-regulação emocional, a reparação e a construção de sentido. O reconhecimento, nesse contexto, não é um evento pontual, mas uma prática contínua que envolve a capacidade do analista de tolerar a diferença, sustentar o vínculo diante da ruptura e validar o paciente como sujeito de desejo, dor e transformação.

Ao reconhecer o paciente como alguém que afeta e é afetado, o analista contribui para a reconstrução de uma narrativa interna mais integrada, na qual o self pode se afirmar sem recorrer à submissão ou ao retraimento. Essa perspectiva amplia a escuta clínica para

além da interpretação, situando-a como um gesto ético que acolhe o outro em sua singularidade e o convida a existir no espaço compartilhado da relação.

Na clínica relacional, a *rêverie* se configura como uma função psíquica que transcende a escuta interpretativa e se aproxima de uma presença afetiva encarnada, capaz de acolher o informe e o indizível. Inspirada na releitura de Thomas Ogden (2013) do conceito originalmente formulado por Bion, a *rêverie* é compreendida como a capacidade do analista de sonhar os afetos não sonhados do paciente — ou seja, de sentir com antes de compreender. Essa escuta não se orienta pela lógica, mas pela sensibilidade ao campo intersubjetivo, onde imagens, sensações e emoções difusas emergem como expressões legítimas de uma dor ainda sem linguagem.

A *rêverie* se manifesta quando o analista percebe, em seu próprio corpo, o sofrimento do paciente que ainda não encontrou palavras. Essas percepções corporais do analista emergem como um devaneio poético, um cenário imaginativo que busca traduzir e dar sentido ao que é captado por suas dimensões corpóreas e inconscientes. Esse processo é uma transmissão entre os inconscientes do paciente e do analista, permitindo que o analista sonhe o que o paciente ainda não consegue expressar.

Esse gesto clínico não é solitário nem unilateral: ele se dá no entre, no espaço compartilhado da relação. A *rêverie* não apenas acolhe o sofrimento, mas reconhece sua dignidade psíquica, legitimando-o como experiência que merece ser habitada e elaborada. Assim, a *rêverie* pode emergir tanto no analista quanto no paciente, criando um espaço de diálogo simbólico. O analista pode compartilhar essas percepções com o paciente, transformando essas imagens em elementos de compreensão e elaboração do sofrimento.

Quando o analista se deixa atravessar por imagens internas, devaneios poéticos ou emoções súbitas, ele não está apenas captando o conteúdo do paciente, mas participando da trama emocional que os vincula.

Assim, *rêverie* e reconhecimento se entrelaçam como funções complementares: enquanto o reconhecimento valida a existência emocional do outro, a *rêverie* oferece forma psíquica àquilo que ainda não foi pensado. Juntas, sustentam uma escuta ética, não invasiva, que transforma o vínculo terapêutico em campo fértil para a criação de linguagem e subjetividade.

5. SESSÃO RELACIONAL: O ENCONTRO CLÍNICO EM AÇÃO

A porta se abre. O paciente entra com o corpo carregando gestos ainda sem palavras. A forma como caminha, como se acomoda, como evita ou sustenta o olhar já comunica estados internos que talvez nunca tenham sido nomeados. O terapeuta relacional acolhe com atenção e abertura. Não há pressa. Não há expectativa de narrativas bem estruturadas. Há presença.

A sessão relacional começa ali — no silêncio compartilhado, no tempo respeitado, no espaço que se oferece como continente. O terapeuta está atento ao que é dito, mas também ao que pulsa entre as palavras. Ele escuta com o corpo, com o ritmo, com a afetação que emerge dentro de si e que ressoa com a experiência do outro, a escuta relacional é também gesto, postura e disponibilidade sensível.

Com o desenrolar da sessão, o paciente talvez inicie por uma queixa vaga, uma sensação de vazio, uma memória desconectada. O terapeuta não interpreta de imediato. Ele acolhe. Está disponível para acompanhar o surgimento do que ainda não tem forma. Pode fazer uma proposição leve, como uma metáfora ou imagem — por exemplo: parece haver um “nó” ali, algo difícil de nomear —, permitindo que o paciente se aproprie ou recuse, mas sentindo-se escutado.

Essa postura sustenta o vínculo. Ao não se impor como intérprete ou julgador, o terapeuta oferece reconhecimento. Tal reconhecimento, como discutido na seção anterior, é a base ética do cuidado. Ele não exige coerência — legitima o que existe.

À medida que o vínculo se aprofunda, a sessão pode trazer expressões emocionais mais intensas, retraimentos súbitos ou mesmo afastamentos progressivos. O terapeuta observa esses movimentos com atenção clínica, ciente de que está implicado no campo analítico e de que sua presença pode ativar padrões relacionais antigos — os *enactments*⁹. Quando isso ocorre, ele não responde com distanciamento ou rigidez técnica, mas com elaboração afetiva.

Com isso, o analista reconhece sua própria participação na cena e busca nomear o que se passa no vínculo. Poderia dizer, por exemplo, que notou a ausência do paciente na

⁹ *Enactments* são encenações inconscientes que emergem entre analista e paciente, revelando padrões relacionais e conteúdos não simbolizados, especialmente ligados ao trauma de ambos.

última sessão e que também se sentiu mais cauteloso na conversa atual, perguntando se algo estaria sendo repetido entre eles.

Trata-se de um gesto de escuta implicada, que acolhe o campo emocional compartilhado e transforma a repetição em possibilidade de simbolização. Essas intervenções não visam revelar verdades ocultas, mas abrir espaço para que o paciente pense sobre o que está acontecendo no vínculo ali estabelecido ou em construção. O terapeuta relacional está junto, compartilhando a construção simbólica.

Em outro momento, o silêncio pode dominar a sessão. Ao invés de interpretá-lo como resistência, o terapeuta escuta esse silêncio. Respira junto. Reconhece que nem sempre há palavras. O corpo do analista torna-se presença reguladora onde a corporeidade é ferramenta clínica legítima. Um olhar estável, uma postura receptiva, uma respiração ritmada são formas de cuidado.

Se o paciente se emociona, o terapeuta está presente. Pode nomear com delicadeza a intensidade do momento: “Percebo o quanto isso te tocou. Podemos sustentar isso juntos?” A *rêverie* surge nesse contexto como tentativa clínica de sonhar o não sonhado: uma imagem, um nome provisório, uma metáfora compartilhada. Não se trata de elaboração deliberada, mas de uma resposta afetiva que emerge da escuta encarnada — uma forma do analista acolher o informe antes que ele se torne linguagem.

Como propõe Ogden (2013), a *rêverie* é uma maneira de o analista captar algo humano que ainda não pode ser simbolizado pelo paciente. É ele quem sonha, por assim dizer, os afetos não sonhados, oferecendo uma forma sensível e provisória ao sofrimento que ainda não encontrou palavras.

Ao longo da sessão, a auto-revelação¹⁰ pode surgir como recurso legítimo na clínica relacional — não para deslocar o foco do paciente, mas para validar o vínculo terapêutico. Assim, o terapeuta não se esconde atrás de uma falsa neutralidade, mas se apresenta como pessoa real, comprometida com a co-construção do cuidado. Um comentário como “isso

¹⁰ Na psicanálise relacional, a auto-revelação do analista é quando ele compartilha, de forma cuidadosa e com propósito terapêutico, algo de sua própria experiência ou sentimentos com o paciente. Essa atitude não é feita por impulso, mas sim para ajudar o paciente a se sentir mais compreendido, fortalecer o vínculo entre os dois e abrir caminhos para que certos conteúdos emocionais possam ser trabalhados com mais profundidade.

me fez lembrar de algo que também me tocou” pode quebrar a lógica defensiva do isolamento e abrir um espaço de reconhecimento mútuo.

Durante o encontro, o tempo psíquico do paciente é respeitado. O terapeuta relacional não conduz de forma diretiva, não apressa o processo nem impõe interpretações prévias. A sessão se torna espaço de co-construção: cada afeto que emerge é acompanhado, cada silêncio é sustentado, cada gesto é escutado. A clínica relacional acontece ali — entre dois corpos, duas histórias, dois sujeitos tentando construir sentido a partir da dor. A linguagem pode vir depois; o vínculo vem primeiro.

Na formação clínica, esse tipo de escuta exige do terapeuta em formação o abandono da rigidez técnica e o desenvolvimento da presença como ferramenta terapêutica. Cuidar é estar disponível para sentir, nomear e sustentar. O processo formativo é também atravessamento pessoal — o terapeuta aprende a cuidar ao ser cuidado, a escutar ao ser escutado.

A sessão, então, é lugar onde o vínculo torna possível a existência psíquica em sua singularidade. Não há modelo único, mas há princípios: presença, responsividade, escuta sensível e compromisso com o reconhecimento. O terapeuta relacional não cura — ele sustenta o processo de reorganização emocional que o paciente conduz. Ele se faz presente, atento, comprometido.

A seguir, nas subseções 5.1 e 5.3, são apresentados atendimentos clínicos realizados pelo autor no contexto da clínica escola, conduzidos sob os princípios da escuta relacional.

Optou-se por apresentar relatos clínicos adaptados, ao invés de descrições literais de quadros diagnósticos ou resultados terapêuticos. Essa escolha visa respeitar a confidencialidade das vivências, preservando a identidade dos pacientes por meio de modificações conjunturais que alinham os acontecimentos clínicos aos objetivos éticos e acadêmicos deste documento.

Cada relato apresenta cenas em que o tempo da escuta, a sustentação dos afetos e o reconhecimento da singularidade do paciente se tornaram elementos fundamentais para o cuidado. É na experiência compartilhada que o campo clínico se constitui — como espaço de presença, silêncio, desconcerto e construção de sentido. A linguagem aqui não interpreta o vivido: acompanha.

5.1. BURACO NEGRO

Desde o início dos atendimentos, Rosa se apresentou com um olhar melancólico e uma fala marcada por cansaço. Compartilhava suas rotinas diárias com descrição exata, mas sem entusiasmo. Relatava que fazia tudo o que precisava — casa, trabalho, remédios — mas que havia perdido o gosto. A frase que me disse num dos primeiros encontros ficou comigo: “Já não sou nem a sobra da mulher que fui.”

A cada sessão, ia compreendendo que a história dela era atravessada por perdas, responsabilidades e pouca oportunidade de cuidado. Desde a infância, teve que se ocupar com tarefas domésticas e roça, sem tempo para si. A morte da mãe aos cinco anos e os encaminhamentos sucessivos para diferentes familiares fizeram com que Rosa se acostumasse à falta. Quando falava disso, não havia revolta — só tristeza contida. A sensação era de alguém que havia aprendido a se virar sozinha, mas que carregava um sentimento antigo de abandono.

A rede de apoio atual é frágil. Mora sozinha. É visitada eventualmente por uma filha e cuida do neto por conta da negligência dos pais. O neto não representa alívio — é mais uma sobrecarga. O chefe no trabalho foi compreensivo no retorno pós-pandemia e propôs sua inclusão no centro de convivência da pessoa idosa. Essa proposta teve algum efeito positivo, mas não suficiente. Rosa reconhece que o centro ajuda, mas não muda o sentimento geral de desânimo. A estratégia de fortalecimento da rede é pertinente, mas esbarra na indiferença dos filhos e na ausência de outros vínculos consistentes.

Durante algumas sessões, Rosa estava mais calada. Por vezes o silêncio permaneceu de forma desconcertante para nós dois. Ela parecia não querer falar mais sobre o que a angustiava, mas ao mesmo tempo, era evidente que queria se livrar disso. Eu também me sentia sem saber como conduzir. Não havia resistência ativa, mas um modo muito eficaz de manter tudo como está. Ela fazia tudo o que era orientado — não faltava, seguia as rotinas — mas continuava triste. Quando me disse: “Já fiz tudo na minha vida... Mas agora faço o quê? A vida é isso?”, essa pergunta abriu em mim o mesmo vazio que parecia atravessá-la. Era como se um imenso buraco negro nos tragasse para dentro de um abismo insondável...

Após esta sessão houve uma interrupção inesperada por conta da programação do centro onde os atendimentos eram realizados. Fiquei dividido: preocupado com os efeitos

que essa pausa poderia provocar em Rosa e, ao mesmo tempo, aliviado por não ter que encarar o impasse que se instalara.

No reencontro, Rosa apareceu mais animada. Disse que sentiu falta das sessões, mas que seguiu normalmente. Comentou com leveza sobre uma nova atividade de dança na praça próxima ao centro, a qual vinha acompanhando com mais disposição. Também mencionou não querer um novo encaminhamento clínico, pois se sentia bem com a medicação atual e que a psicoterapia estava ajudando.

Senti que alguma coisa havia se movido. Não foi uma mudança drástica, mas um pequeno deslocamento. Não porque algo havia sido resolvido, mas porque Rosa se permitiu habitar aquele espaço com mais presença. Continuava afetada, mas já conseguia falar disso com menos peso, e eu também. A clínica ali não foi interpretação — foi sustentação.

5.2. CHOVENDO NO MOLHADO

A paciente chegou à primeira sessão com postura resoluta, mas demonstrava certa apreensão. Compartilhou que foi encaminhada por um psicólogo que anteriormente acompanhava seu filho por muitos anos. Disse que esse profissional chegou a oferecer apoio pontual a ela, mas recomendou que iniciasse um novo processo terapêutico específico para suas demandas.

Apresentei as orientações sobre o funcionamento das sessões e perguntei como poderia ajudá-la. Ela falou das dificuldades em dialogar com o filho mais velho, do receio quanto ao futuro dele, e da culpa que carregava por não ter estado presente quando ele era criança. Relatou que, após a separação, deixou o menino, então com seis anos, sob os cuidados do pai e da nova companheira. Após disputa judicial reassumiu a guarda do filho. Mais tarde, por volta dos dezesseis anos, o menino declarou sua homoafetividade. A paciente demonstrou desconforto ao abordar esse tema, afirmando que o acolheu, mas sem aceitar plenamente a condição como natural.

Hoje, o jovem tem 23 anos, não trabalha, permanece em casa dependente dela, passa os dias recluso no quarto e no computador. A paciente relaciona esse comportamento à orientação sexual e à ausência dela em momentos importantes da infância. Expressou a

ideia de que, ao “ter ido viver a vida”, negligenciou o papel materno e acredita que a atual situação é consequência disso e por isso, sente-se culpada.

Desde os encontros iniciais, era nítido que algo se movia sob a superfície do discurso do paciente. Ele falava muito, articulava bem, mas sua fala parecia correr por trilhos seguros, desviando habilmente daquilo que mais precisava ser tocado. A queixa principal — as dificuldades relacionais com o filho — mal era mencionada. Em seu lugar, surgiam relatos do cotidiano: compromissos, atividades, exigências dos dois empregos. Tudo narrado com lógica, mas sem afeto.

Aos poucos, fui percebendo que, por trás da funcionalidade que o paciente apresentava, havia uma tentativa contínua de manter sua vida em funcionamento sem se permitir sentir. Era como se ele se defendesse da dor através da hiperatividade e da racionalização. A cada sessão, sentia que algo essencial nos escapava — uma ausência que se impunha não pela falta de palavras, mas pela falta de profundidade. As emoções pareciam interditas, ocultas sob camadas de pragmatismo.

Na quinta sessão, algo inesperado emergiu. Ao retornar de uma sessão desmarcada, ele iniciou com um pedido de desculpas e uma confissão: “Menti para você. Disse que estava tudo bem, mas não estava”. Sua frase veio como um rompimento da lógica instrumental que sustentava seu discurso até então. Foi o primeiro rasgo na superfície. Ao perguntar se ele não queria falar com ninguém ou se especificamente não queria falar comigo, ele pareceu pego de surpresa — seu olhar interrompido por um espanto silencioso que durou poucos segundos, mas ressoou intensamente em mim.

Esse momento me mobilizou. Era como se, finalmente, estivéssemos saindo do terreno concreto e pisando, ainda que com hesitação, no solo das emoções represadas. Senti necessidade de devolver-lhe não uma interpretação, mas um compartilhamento autêntico: contei que sua fala me deixava apreensivo, pois percebia uma inquietação latente que não condizia com a fluidez do discurso. Ele dizia muito, mas não parecia dizer o que realmente precisava ser dito.

Talvez, com a intenção de criar um ambiente favorável onde emoções e afetos pudessem ser manifestados sem receios, senti a necessidade de relatar-lhe o que eu, como psicoterapeuta, estava sentindo naquele momento. Disse-lhe que me sentia um tanto apreensivo, pois percebia uma inquietação que não parecia emanar do conteúdo em si. Ele

dizia muitas coisas, mas não expressava o que de fato parecia desejar dizer. E então uma imagem surgiu em mim: uma chuva torrencial escorrendo pelo asfalto, deslizando junto ao meio-fio, sem ser absorvida. Toda aquela água corria, mas não penetrava o solo — porque havia uma camada impermeável por baixo.

Quando compartilhei essa imagem com ele, seus olhos marejaram. Confessou que era difícil falar sobre sentimentos, mas que estava começando a perceber esse modo automático de evitar o afeto. Fiz então um convite cuidadoso para retomarmos o tema de seu filho. Ele aceitou. E naquele gesto, algo em mim repousou.

Pela primeira vez, sua presença parecia mais inteira, e a minha também. A chuva continuava, mas talvez agora estivesse começando a infiltrar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Psicanálise Relacional configura-se como um movimento clínico e ético que, ao deslocar o foco da interpretação para o encontro intersubjetivo, redefine os fundamentos da escuta e da própria constituição da subjetividade. Mais do que uma revisão técnica da tradição psicanalítica, ela propõe uma virada ontológica: o sofrimento não é apenas expressão do inconsciente recalcado, mas testemunho de vínculos ausentes, experiências não sustentadas e afetos silenciados. A condução do processo terapêutico não decorre da análise de conteúdo ocultos, mas do reconhecimento legítimo do sujeito em sua dor — dor que precisa ser sustentada antes de ser nomeada e simbolizada antes de ser interpretada.

Durante meu estágio supervisionado na clínica-escola da UNAMA, tive a oportunidade de vivenciar essa posição clínica na prática. Fui convocado a ocupar um lugar diferente do imaginado inicialmente como terapeuta: não o de quem decifra, mas o de quem sustenta. Não apenas escutei palavras, mas fui atravessado por silêncios, gestos, pausas e presenças que exigiram disponibilidade, escuta afetiva e postura ética. Essa experiência evidenciou que o gesto clínico relacional não nasce da técnica, entendida em seu sentido moderno de instrumentalização utilitária, mas do vínculo e do cuidado compartilhado. Em termos mais próximos do pensamento clássico grego, poderíamos falar de *téchne*, um saber-fazer criativo e humanístico, ligado à *poiesis*, ou seja, ao ato de trazer algo novo à

presença. Estar com alguém em sofrimento implica, portanto, abrir espaço para acolher o que o corpo também comunica e para a criação conjunta de sentidos no encontro clínico.

A escuta corporal mostrou-se, nesse contexto, uma dimensão fundamental. Posturas retraídas, respiração contida, alterações na voz, movimentos repetitivos ou estados de paralisação são expressões carregadas de sentido, que não se interpretam como sintomas isolados, mas se acolhem como sinais da experiência relacional. Venho aprendendo a escutar com o corpo e através do corpo — tanto o do paciente quanto o meu — reconhecendo que o encontro clínico acontece também no que não é verbal.

A *rêverie*, a implicação afetiva e o reconhecimento ético se consolidam, junto à escuta corporal, como eixos orientadores da minha formação: não como técnicas a aplicar, mas como gestos clínicos que envolvem presença e acolhimento diante do sofrimento do outro. O estágio ofereceu um campo fértil para transformar aprendizados em experiência viva. Cada sessão foi oportunidade de construir não apenas repertório técnico, mas postura: estar disponível, reconhecer a dor, sustentar os tempos do vínculo e permitir que o cuidado se desse como travessia entre singularidades.

Concluo, então, que a Psicanálise Relacional não é apenas uma abordagem teórica — é experiência que forma, encontro que afeta e cuidado que se constrói no entre. Ao integrar seus princípios à formação prática, especialmente durante o estágio supervisionado, não apenas se qualificam os atendimentos, mas se forma um psicoterapeuta capaz de escutar com responsabilidade, sensibilidade e presença encarnada. A escuta relacional transforma tanto o paciente quanto quem escuta, estabelecendo o vínculo como espaço do cuidado mais potente.

Essa formação, porém, não se encerra no tempo institucional do estágio: ela se inaugura ali. Tornar-se terapeuta é processo permanente, que se renova a cada encontro clínico, se aprofunda nas supervisões, se estrutura nos estudos sistematizados e se sustenta na própria experiência analítica do psicoterapeuta. Cada sessão, cada silêncio e cada implicação afetiva abrem espaço para continuar aprendendo — não apenas sobre o outro, mas sobre o gesto de cuidar e sobre si mesmo enquanto clínico em constante formação.

A prática relacional, ao se inserir no cotidiano da clínica-escola, transforma não apenas o vínculo com os pacientes, mas a própria cultura institucional de formação,

convidando docentes, supervisores e alunos a repensarem o cuidado como gesto ético, situado e intersubjetivo.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, M. M. Uso da versão de sentido na formação e pesquisa em psicologia. In R. M. L. L. Carvalho (Org.), *Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta* (pp. 11–24). Campinas: Alínea, 1996.

BARROS, Elias M. da Rocha; BARROS, Elizabeth L. da Rocha. Reflexões críticas sobre os processos intersubjetivos: contratransferência, revêrie e o processo de simbolização. *Revista Brasileira de Psicanálise* · Volume 46, n. 1, 135-149 · 2012.

BION, W. *Aprender com a Experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

BRISOLA, Elizabeth; AMATUZZI, M. M. A versão de sentido e seu uso na Psicologia: uma revisão integrative. *Psicologia USP*, 2024, volume 35, e220082.

FERENCZI, Sándor. *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, Sándor. Confusão de línguas entre os adultos e a criança. *A linguagem da ternura e da paixão*. *Revista de Psicanálise da SPPA*, v. 13, n. 1, p. 13-24, abril 2006.

FRAILE, ROSA VELASCO. Qué es el psicoanálisis relacional? *Clínica e Investigación Relacional*, 2009 - 3 (1): 58-67.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOMES, Pedro. Novos modelos de trabalho em psicanálise. *Revista PsiRelacional: Perspectivas relacionais em psicanálise*, n.º 2 novembro de 2021.

GREENBERG, Jay R.; MITCHELL Stephen A. *Relações Objetais na Teoria psicanalítica*. Porto Alegre – Artes Médicas, 1994.

HEIDEGGER, Martin. A questão da técnica. In: _____. *Ensaio e conferências*. Trad. Emmanuel Carneiro Leão. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 11-38.

KRUTZEN, Henry Armand Lucien. *Estudos de psicanálise relacional, volume 1*. Coordenação Cristian Dunker. São Paulo, SP: Zagadoni, 2020.

KRUTZEN, Henry Armand Lucien. *Estudos de psicanálise relacional, volume 2*. São Paulo, SP: Ed. Lux, 2025.

LABRUNETTI, Sylvia; FULGENCIO, Leopoldo. O grupo de Boston e suas propostas para o desenvolvimento da prática psicoterápica. *Ágora* (Rio de Janeiro) v. XXV n.3 Setembro/Dezembro 2022.

LARROSA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

MAYORGA, P. M.; FORLI, M.; PICCOLO, Y.; SARAVIA, V. F. *Psicanálise relacional: um novo olhar, uma nova prática*. São Paulo: TGE – By Book, 2023.

OGDEN, Thomas H. *Reverie e interpretação: captando algo humano*. Tradução de Tania Mara Zalcher; coleção dirigida por Alberto Moniz da Rocha Barros Neto e Elias Mallet da Rocha Barros. São Paulo: Escuta, 2013.

ORANGE, D. M. *Pensar La Práctica Clínica Recursos Filosóficos Para El Psicoanálisis Contemporáneo Y Las Psicoterapias Humanistas*. Traducción: Francisco Huneus y André Sassenfeld. Editorial Cuatro Vientos - Santiago de Chile, 2012.

ORANGE, D. M. *El Desconocido que Sufre: Hermenéutica para la Práctica Clínica Cotidiana*. Traducción: Francisco Huneus y André Sassenfeld. Editorial Cuatro Vientos - Santiago de Chile, 2013.