

Reação terapêutica negativa: O imperativo da dor e a busca de amor

Maria Goretti Machado¹, Belo Horizonte

RESUMO

Resumo: Pretendemos, neste artigo, fazer um percurso pela obra de Freud sobre a reação terapêutica negativa, um dos maiores obstáculos à efetividade do tratamento analítico. Essa força surge lenta e progressivamente, capturando, analisando e envolvendo o analista, às vezes de maneira letal, desconstruindo e/ou destruindo os vínculos. Abordaremos a compulsão à repetição, a pulsão de morte e o masoquismo moral, bem como o papel do analista numa tentativa de evitar a ruptura abrupta do processo analítico, abrindo espaços para novos vínculos. Recorremos às ideias de Pontalis (1988, 1991) para tentarmos pensar dois fragmentos clínicos por meio dos quais a reação terapêutica negativa se apresenta como uma tentativa de cura e preservação da analista-mãe.

PALAVRAS-CHAVE: Reação terapêutica negativa. Sentimento inconsciente de culpa. Masoquismo moral. Cura. Preservação analista-mãe.

1 Psicanalista, membro Efetivo da SBPMG, Mestre em Psicologia (PUC-MINAS), pós graduação em Psicologia Médica(UFMG), especialista em psicologia Clínica.

Maria Goretti Machado

Na prática clínica, é frequente, apesar de todos os esforços, o analisando continuar apegado à sua neurose, após apresentar uma melhora no seu quadro, o que é razão de grande desconforto tanto para o analisando quanto para o analista.

Tal fato pode ser percebido na fala de uma paciente:

Algo de estranho está acontecendo comigo. De repente me peguei pensando, bem rapidamente. – Estou com o mesmo peso há tanto tempo! Mas como isso é possível? Depois desse pensamento, me percebi comendo sem parar. Como se eu colocasse um desafio para mim. Olha, que coisa mais maluca: – Como até estufar, depois me olho no espelho e penso: não engordei. E volto a comer. Sei que, claro, vou engordar se continuar assim. Mas não consigo parar. O mesmo acontece no trabalho. Como, trabalho muito além, sempre correndo e não tenho tempo para nada. Isso melhora, depois piora de novo. Estou exausta, nada parece melhorar; estou sempre do mesmo jeito. Melhoro e pioro.

Neste artigo, o objetivo é apresentar considerações sobre a reação terapêutica negativa, percorrendo a obra de Freud e indo um pouco além. Utilizamos-nos de contribuições de outros importantes analistas como Laplanche e Pontalis (1988) e Roussillon (2006).

A partir dessa perspectiva, abordaremos os conceitos de reação terapêutica negativa vinculada à compulsão, à repetição, à pulsão de morte e ao masoquismo moral, bem como o papel do analista numa tentativa de evitar a ruptura abrupta do processo analítico.

Para Laplanche e Pontalis (1988), a reação terapêutica negativa pode ser definida como um tipo de resistência à cura, especialmente difícil de superar. A cada vez que se poderia esperar uma melhora na análise, ocorre um agravamento, como se para alguns o sofrimento fosse a preferência.

Alguns autores consideram a reação terapêutica negativa como um fenômeno que diz respeito apenas a uma reação negativa, durante qualquer momento do curso da análise, como resposta a determinadas interpretações eficazes do analista. Para outros, a reação terapêutica negativa refere-se ao clímax das etapas finais, forçando a interrupção da cura. O que vai caracterizá-la é a paradoxalidade da reação do paciente (Zimmerman, 1999).

Reação terapêutica negativa: O imperativo da dor e a busca de amor

É comum os conceitos de impasse e reação terapêutica negativa aparecerem como sinônimos, mas não o são. O impasse, segundo Baranger (1979/1992), refere-se a uma forma de resistência, na qual ocorre a estagnação do processo que vinha em progresso: às vezes é possível superá-lo, outras vezes termina com uma interrupção da análise, mas por meio da qual, ainda assim, o analisando consegue levar os benefícios conseguidos. Isso o diferencia da reação terapêutica negativa, em que os ganhos se perdem e volta-se ao ponto inicial, à estaca zero e o término da análise pode adquirir características trágicas, como diz a analisanda: “estou sempre do mesmo jeito”.

Joan Rivière (1936), a partir das ideias de Klein, considera a reação terapêutica negativa um sistema organizado de defesas maníacas contra o estado depressivo profundo, que levaria à loucura ou ao suicídio. Nessa perspectiva, ocorre um aumento considerável das defesas maníacas com negação da realidade psíquica e externa, com o desprezo e o controle do objeto. A onipotência contribui para a negação da dependência e da ajuda do analista. O analisando está tão identificado, solidário e assolado por suas vítimas que, enquanto não se processar uma reparação verdadeira, ele se proíbe de investir na sua própria vida, desfazendo tudo que lhe pareça ser um êxito.

Pontalis (1991) chama a atenção para o uso da racionalização por parte do analista que, ao se esquecer do campo transferencial/contratransferencial, atribui a total responsabilidade ao analisando, por sua impossibilidade de suportar o processo analítico. Nesse sentido, o analista pode se valer da teoria que sustenta sua prática para não entrar em contato com suas dificuldades técnicas e indisponibilidade interna.

O analista deve ficar atento para diferenciar o paciente que chega já indisposto para início do processo, das transferências negativas que podem surgir ao longo dos atendimentos. A reação terapêutica negativa necessita de um tempo, pois uma de suas características é a melhora seguida do agravamento dos sintomas antigos, ou até a produção de novos sintomas, recrudescimento dos conflitos e uma proclamação de um sofrimento de forma definitiva, como se os analisandos nos falassem que “preferem” seu sofrimento à cura.

Pontalis (1991) nos convida a pensar o sofrimento do analisando como se esse mal fosse seu bem próprio, o que torna difícil abrir mão do sofrimento total ao mesmo parcial. Nesse caso, qualquer melhora o colocaria numa posição de submissão em relação ao analista. Melhorar representa uma resposta à expectativa de seu analista: “Você tem que mudar. É melhor ficar doente do que cair curado. A queda, ou a recaída, resguardaria da perda” (Pontalis, 1991, p. 55).

De que perda estamos falando? Na tentativa de encontramos uma resposta para essa pergunta e entender a reação terapêutica negativa que invade a sala de análise, recorreremos a alguns autores. Inicialmente, faremos um percurso evolutivo do conceito na obra de Freud.

A princípio, a reação terapêutica negativa apresenta-se na obra de Freud como uma observação clínica e somente com o avanço da psicanálise é transformada em conceito. A reação terapêutica negativa integra-se ao processo de criação da psicanálise exatamente no confronto entre a prática e a teoria. Sua definição enquanto conceito, suas causas e seus efeitos evoluem em função da prática clínica, sendo um dos indicadores dos obstáculos e impasses, que uma determinada análise, possivelmente, terá que enfrentar e como a teoria irá ajudar.

Em 1916/1976, no artigo “Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico”, Freud chama a atenção sobre as pessoas que são arruinadas pelo êxito, tornando-se neuróticas quando conseguem realizar algum desejo muito valorizado. Aparentemente, elas não podem suportar a realização de seus desejos, pois é inquestionável a relação direta entre o aumento da intensidade de seu sofrimento e o êxito alcançado. Esse tipo de caráter, como Freud o chama, não contradiz a teoria de que as neuroses são resultados de frustrações. Para as neuroses se constituírem, a frustração interna é o principal elemento. Nesses casos, a frustração interna tem efeitos quando uma possível frustração externa foi substituída pela realização do desejo. O Ego tolera a fantasia de realização do desejo, mas não sua realização efetiva. Quando, por meio de uma modificação da realidade externa, o desejo pode ser realizado, o Ego defende-se dele, recusando-o violentamente.

O trabalho psicanalítico nos ensina que as forças da consciência que induzem à doença, em consequência do êxito, em vez de, como normalmente, em consequência da frustração, se acham intimamente relacionadas com o complexo de Édipo, a relação com o pai e a mãe – como talvez, na realidade, se ache o nosso sentimento de culpa em geral (Freud, 1916/1976, p. 374).

Nos sujeitos fracassados pelo êxito, a organização psíquica que impede a análise é diferente da reação terapêutica negativa, que é uma reação ao desenvolvimento e efeitos da análise. Nesse caso, Freud está no registro dos tipos de caráter – o que configura um campo muito distinto da reação terapêutica negativa. A importância desse

Reação terapêutica negativa: O imperativo da dor e a busca de amor

questionamento sobre os fracassados pelo êxito marca uma linha de desenvolvimento da gênese da reação terapêutica negativa.

O termo “reação negativa” é utilizado por Freud (1918/1976) no caso clínico do Homem dos Lobos, no qual ocorrem reações transitórias: depois de cada solução encontrada, tentava-se contradizer o efeito por algum tempo, agravando o sintoma que havia sido elucidado.

Outra menção feita por Freud, em “Linhas de Progresso na terapia psicanalítica” (1918/1976), ressalta que cada melhora na condição do enfermo reduz o grau em que o analisando se recupera e diminui a força pulsional que o levaria à recuperação. No texto em tela, Freud alerta para os perigos das melhoras rápidas, que poderiam levar a novas formas de satisfazer o sentimento de culpa, devido ao mecanismo de deslocamento.

Em “Além do princípio de prazer” (1920/1976), Freud antecipa a necessidade de formulação de uma segunda teoria do aparelho psíquico, estabelecida definitivamente em “O ego e o id” (1923/1976). O ego, que inicialmente foi pensado como tendendo a uma unidade, que funcionava proporcionando à pessoa estabilidade e identidade, agora aparece com a sua maior parte inconsciente. Freud percebeu, inicialmente, que o ego manifestava resistências diante da emergência do inconsciente reprimido (concepção dinâmica). Em “Inibições, Sintomas e Ansiedade” (1926/1976), Freud verificou que o ego muitas vezes tende a transformar em ação a vontade do id, como se fosse a sua própria vontade. Dessa forma, estabelece-se uma submissão do ego às pulsões do id e, finalmente, à transformação de um impulso do id, que seria egodistônico, num impulso egossintônico, razão pela qual fica difícil o tratamento. E mais, “[...] quando o impulso substitutivo é levado a efeito, não há qualquer sensação de prazer; sua realização apresenta, ao contrário, a qualidade de uma compulsão” (Freud, 1926/1976, p. 116).

A teorização da pulsão de morte surgiu a partir da observação da compulsão à repetição, que é de origem inconsciente e que leva o sujeito a se colocar reiteradamente em situações dolorosas. Freud relacionou-a igualmente com as tendências destrutiva e autodestrutiva identificadas nos seus estudos sobre o masoquismo, o que resultou na teoria freudiana de que existe uma pulsão cuja finalidade é “o retorno à aquiescência do mundo inorgânico” (Freud, 1920/1976, p. 73), “*eu queria ir para Nárnia. Lá tudo deve ser calmo e tranquilo e não vou precisar de nada*”, falava Lúcia em plena dor.

No texto “O ego e o id” (1923/1976), Freud examina as relações que o ego mantém, respectivamente, com o id e o superego, e compara o ego com um empregado que tem que atender a três patrões, sendo ele ameaçado por três perigos: um proveniente

Maria Goretti Machado

do mundo exterior; o outro, da libido do id; e o terceiro, da severidade do superego. Este, o superego, é que nos interessa para pensarmos os pacientes que reagem aos progressos da cura de uma forma paradoxal, pois toda melhora de seu estado os leva a um novo agravamento, fenômeno que Freud denominou reação terapêutica negativa.

Não há dúvida de que existe algo nessas pessoas que as coloca contra o seu restabelecimento e a aproximação deste é temida como se fosse um perigo (Freud, 1923/1976, p. 65). Há, nesses pacientes, uma necessidade de estar doente, pois eles se sentem culpados inconscientemente e não podem renunciar à punição pelo sofrimento: “Esse sentimento de culpa silencia; não lhe diz que ele é culpado; ele não se sente culpado, mas doente. Esse sentimento de culpa se expressa apenas como uma resistência à cura que é extremamente difícil de superar” (Freud, 1923/1976, p. 66).

Assim, como se trata de um fenômeno inconsciente, o paciente não se sente culpado e permanece aprisionado à sua organização e economia psíquica. É por esse caminho que Freud avança na elaboração do conceito de reação terapêutica negativa, que é marcada por um entrelaçamento entre uma satisfação contemplada pela culpa, capturada por uma necessidade de punição.

Ainda no referido texto, Freud (1923/1976) explica que, enquanto a pulsão destrutiva estiver fusionada com Eros, este controlará a primeira de forma a não se exceder em suas manifestações. Entretanto, ao ocorrer a defusão entre os dois, Eros não tem mais como controlar seu opositor e este passa a agir livremente, devido ao “surgimento pronunciado da pulsão de morte” (Freud, 1923/1976, p. 57), que se torna um grande vilão a ser vencido, pois o que reina é “uma cultura pura da pulsão de morte e, de fato, ela pode, com bastante frequência, obter êxito em impulsionar o ego à morte” (Freud, 1923/1976, p. 70).

Nos casos extremos, satisfazer o sentimento de culpa inconsciente constitui o benefício secundário de permanecer doente em vez de se curar, o que faz disso uma das formas mais graves e resistentes ao tratamento, pois a “pulsão destrutiva se voltou novamente para dentro e agora se enfurece contra o eu” (Freud, 1924/1976, p. 207), fator que traduz sua tendência masoquista.

No texto “O problema econômico do masoquismo” (1924/1976), Freud volta a falar da reação terapêutica negativa relacionada ao sentimento inconsciente de culpa. Sabemos que o masoquismo erógeno está na base das outras formas de masoquismo. O masoquismo feminino apresenta-se como uma necessidade de ser castigado devido aos desejos edípicos. Já quanto à reação terapêutica negativa, Freud a relaciona com o

Reação terapêutica negativa: O imperativo da dor e a busca de amor

masoquismo moral: há busca do sofrimento via uma necessidade de punição, não importando quem o fez sofrer.

O masoquismo moral resulta um testemunho clássico da existência de uma mescla da pulsão. Seu perigo provém do fato de que ele deriva da pulsão de morte, e corresponde àquela parte da mesma que escapou da virada para o exterior como pulsão de destruição. Dado que ele tem a significação de um componente erótico, a autodestruição da pessoa também não pode realizar-se sem satisfação libidinal. (Freud, 1924/1976, p. 133)

Nesse ponto, podemos perceber como o poder da autodestruição domina a mente de alguns de nossos analisandos. Impera sofrer e continuar sofrendo, e a energia desses impulsos constitui uma das graves resistências do sujeito. Em casos extremos, o sofrimento será buscado em situações da vida cotidiana, dando-lhe continuidade em sua satisfação masoquista. O masoquismo pode criar uma tentação a efetuar ações pecaminosas, as quais podem ser expiadas pela censura sádica ou pelo castigo do destino, este pertencente à série do grande poder parental. A punição por destino é conseguida a duras penas pelo sujeito, que age contra si próprio numa corrida contra a boa sorte, indo ao encontro da ruína, como observamos na fala da analisanda: *“como posso ser diferente, se todas as mulheres de minha família lutam contra a balança e sempre só se dedicam ao trabalho?”*.

A manifestação de um desejo libidinal do id alcança o ego: este, em princípio, gostaria de satisfazê-lo, porém, se o superego considerar esse desejo imoral, proíbe sua realização e ordena que se oponha a esse desejo do id. Por outro lado, a interferência do superego não é evidenciável no caso de necessidades vitais, *“como, trabalho muito além, sempre correndo”*, diz minha analisanda.

O sentimento inconsciente de culpa em sua relação com o superego é enfatizado por Freud no texto *“Mal-Estar na Civilização”* (1930/1976). Apenas o fato de o sujeito identificar em si um desejo de realizar determinado ato pode levá-lo a se sentir culpado. Nesse texto, Freud aborda duas fontes do sentimento inconsciente de culpa: o medo da autoridade externa, que levará à renúncia da satisfação pulsional, e o medo do superego, como uma autoridade internalizada. Além de exigir a renúncia, o superego impiedoso pune severamente. O medo de perder o amor dos objetos leva a renúncia à satisfação,

Maria Goretti Machado

que não é suficiente para o superego, pois a renúncia não elimina o desejo e não há como se esconder da sua severidade.

Na prática clínica, percebemos a dor e o intenso sofrimento dos nossos analisandos, pois muitos entram num desespero tão grande que afeta seu desempenho motor, vivem correndo num labirinto sem saber como escapar e nem podem descansar. Recordo de uma paciente vivendo sob o domínio do superego e se colocando a trabalhar sem parar, nos diz: *“tem algo de destrutivo dentro de mim, sinto que estou por um fio, não como, não durmo”*. Nesse caso, parece que a pulsão de autopreservação foi invertida, como nos apresenta Freud em “Esboço de Psicanálise” (1940/1930/1976). Eles parecem visar a nada mais que à autolesão e à destruição. É possível também que as pessoas que, de fato, terminam por cometer suicídio pertençam a esse grupo.

É de se presumir que, em tais pessoas, efetuaram-se defusões de instinto de grande consequência, em consequência do que houve uma liberação de quantidades excessivas do instinto destrutivo voltado para dentro. Os pacientes dessa espécie não podem tolerar o restabelecimento mediante o nosso tratamento e lutam contra ele com todas as suas forças (Freud, 1940/1976, p. 208).

A dificuldade nos tratamentos desses pacientes, tanto para o analista quanto para os próprios analisados é mostrada por Freud em uma nota de rodapé em “O ego e o id”:

A luta com o obstáculo de um sentimento inconsciente de culpa não é fácil para o analista. Nada pode ser feito contra ele diretamente, e também nada indiretamente, exceto o lento processo de descobrir suas raízes reprimidas inconscientes, e, assim, gradativamente transformá-lo num sentimento consciente de culpa. Tem-se uma oportunidade especial para influenciá-lo quando esse sentimento de culpa Ics é emprestado – quando é produto de uma identificação com alguma outra pessoa que foi outrora objeto de uma catexia erótica. (Freud, 1923/1976, p. 66).

Com isso, Freud nos alerta que a única forma que temos de enfrentamento do sentimento inconsciente de culpa é descobrir suas raízes, transformando-o em um sentimento de culpa consciente. Existem, porém, casos em que esse sentimento inconsciente de culpa, “único traço remanescente de uma relação

Reação terapêutica negativa: O imperativo da dor e a busca de amor

amorosa anterior, que foi abandonada” (p. 66), não pode ser facilmente reconhecido como tal. Caso não seja possível, Freud (1923/1976) nos adverte de que o resultado terapêutico dependerá da intensidade do sentimento de culpa inconsciente. Enfrentar a resistência faz parte do trabalho do analista e se revela uma tarefa árdua para o analisando e uma prova de paciência para o analista; trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente.

Em “Novas Conferências Introdutórias sobre psicanálise”, Freud (1933/1976) esclarece que a reação terapêutica negativa é um processo complexo: às vezes basta elogiar a conduta do analisando ou lhe dizer palavras de esperança sobre o progresso da análise para provocar uma piora na enfermidade.

Naquelas pessoas em que o sentimento inconsciente de culpa é excessivamente intenso, manifesta-se na análise a reação terapêutica negativa, de tão ingrato prognóstico. Quando lhe comunicamos a solução de um sintoma, que logo deveria desaparecer, pelo menos temporariamente, observamos, ao contrário, uma intensificação do sintoma e da doença (Freud, 1933/1976. p. 136).

Podemos pensar em dois momentos. No primeiro, o analista mostra de alguma forma ao analisando sua satisfação com o processo analítico; no segundo momento, ocorre uma modificação no analisando, como nos mostra sua fala: *“De repente me peguei pensando, bem rapidamente. – Estou com o mesmo peso há tanto tempo! Mas como isso é possível? Depois desse pensamento, me percebi comendo sem parar”*. Verificamos que, mesmo que o analista faça algumas interpretações, a piora persiste. Sua particularidade está no par melhora/agravamento em que a dupla está envolvida.

Laplanche e Pontalis (1988) nos lembram que a palavra “reação” se refere a uma resposta (re-agir), a um agir. A ação seria anterior a uma reação. Reagir e agir formam um par. Um par estritamente ligado, portador de imagens de reciprocidade, simetria, interação sem mediação, que obedecem a uma mesma lógica. Uma resposta a um agir do analista? Qual agir?

Quando se identifica na análise uma reação, mesmo em ponto menor, podemos entender como indício de que o analista é percebido ou mesmo se percebe como agente, que sua função de intérprete, de suporte da transferência vai-se apagando e o analisando vai ocupando sua força ativa contra a análise. O campo transferencial pode se

Maria Goretti Machado

transformar em campo do embate, mesmo que silencioso. O analista de suporte passa a ocupar o lugar de perseguidor, de invasor, e no lugar do simbólico, da palavra entra a ação, a fuga como proteção.

Esclarecem Laplanche e Pontalis (1988, p. 62): “Assim, encontramos-nos no registro do agir, mesmo que esse agir só seja vínculo por palavras.”. Seria uma resposta ao analista, ou ao próprio movimento da análise se aproximando-se de núcleos mais arcaicos. Em geral, encontramos na história infantil desses pacientes uma pobreza de lembranças e revivências, restando-lhes a reação. Reação que pode também surgir em forma de um adoecimento que impede que o processo continue. Dessa forma, mãe e analista são denunciados pelo ato de parar, de interromper sem aviso prévio.

E, se o sujeito só pode reagir, não será porque atribui de uma vez por todas o lugar de agente, de ator, a uma imagem parental na origem de tudo? A impotência é sempre a admissão de que há onipotência no outro, que a conserva para si e que deve inclusive, preservá-la para sempre. Frente a essa onipotência, a essa excitação permanente, a esse excesso de mãe dentro de si, só resta uma resposta: a reação (Laplanche & Pontalis, 1988, p. 65).

Recordo-me de Ângela, que após quatro anos e meio de análise, com duas sessões semanais, ao retornar de férias, pergunta à analista se passou bem de férias. Pergunta até então nunca feita. A analista responde que passou bem e lhe devolve a pergunta. “*Eu fui muito bem. Foi um período de férias bem diferente. Consegui voltar à cidade do interior que frequentava com meu ex-namorado e senti-me muito bem. Mas creio que já não combino mais com a cidade.*” E passa a fazer um relato bem detalhado de todas as atividades que realizou com os amigos e familiares. Tem uma fala serena, tranquila, mas sem espaço para qualquer intervenção da analista.

A analista começa a se incomodar. Um incômodo no corpo, uma sensação aflitiva que aumentava à medida que sua fala se tornava mais tranquila. Numa tentativa de sair desse lugar incômodo e até paralisante, a analista questiona se o horário escolhido para as próximas sessões estava de acordo. Ela responde que está tudo certo. O incômodo só aumenta. O corpo da analista não cabe mais na poltrona, uma sensação de sufocamento, de permanecer no mesmo lugar. A analista sente vontade de se levantar, de sair. Neste momento se lembra das palavras da analisanda: “*Creio que já não combino mais com a cidade*”. A analista recupera a capacidade de pensar. Seria uma

Reação terapêutica negativa: O imperativo da dor e a busca de amor

mudança de posição na análise? Uma mudança diante dessa mãe tão intrusiva? Uma parada no tratamento? A paciente começa a fazer uma retrospectiva de todo o período do tratamento, enumerando todos os ganhos que considera ter conseguido, falando da importância da análise, da analista em sua vida.

Ao final do relato e dos agradecimentos conclui:

Conversei muito com minha mãe durante as férias e hoje é minha última sessão. Já consegui muitas melhoras e te agradeço muito, pois foram tempos difíceis o início da terapia. Mas creio que aqui está bom. Minha mãe não queria que eu parasse. Está na hora, está tudo bem mesmo. Não temos mais como prosseguir.

A analista, meio atordoada com sua fala final, entende seu incômodo durante toda a sessão e sua paralisação: “Os ditos têm valor de ato” (Laplanche & Pontalis, 1988, p. 62).

Passado um tempo após essa sessão, que ficou guardada dentro da analista, levando-a a um questionamento quanto à sua falha, à sua não percepção dos fatos que levaram à interrupção do tratamento e a muitas leituras, podemos pensar que o “calar” a analista foi uma estratégia inconsciente para evitar a ruptura da vinculação com a mãe e com a analista-objeto. Parece que Ângela veio buscar na análise mais do que a melhora de seus sintomas, mas o direito de poder rejeitá-la, que lhe garantia o direito de fazer bem a si mesma, possibilidade de ser para si própria uma mãe que cuidasse dela. Mas para tal precisava fazer o “não” e não apenas dizer o “não”, já que a única mudança reconhecida como válida seria uma mudança efetuada na realidade. Acredito que Ângela foi buscar outra analista, “já que aqui tínhamos terminado”. Uma escolha dela e não da mãe, pois Ângela chegou ao consultório pela busca da mãe, indicada por outra analisanda. E agora precisava encerrar seu percurso com essa analista e poder buscar, quem sabe, em outro tratamento o direito de fazer suas escolhas descolada da mãe, o que podemos perceber em sua fala: “*Minha mãe não queria que eu parasse. Está na hora, está tudo bem mesmo. Não temos mais como prosseguir*”, encerra uma jornada e começa outra. Ângela ainda tinha um bom percurso a percorrer na análise, mas “curar-se do excesso de mãe, não querer se curar, é tudo a mesma coisa” (Laplanche & Pontalis, 1988, p. 67).

Roussillon (2006), no texto “O Paradoxo da culpabilidade da inocência: reflexões sobre a reação terapêutica negativa”, afirma que ocorreria uma “experiência

Maria Goretti Machado

de sedução efetiva (objetal ou narcísica) que – estaria aí a particularidade da reação terapêutica negativa – não poderia chegar a ser posta em representação, a ser posta em cena” (p. 130-131). Não se trata, portanto, apenas de um aumento da intensidade dos sintomas, mas, sim, de uma resposta/reação à satisfação do analista diante da melhora do analisando. Não é raro percebermos a dor do analisando frente ao seu sentimento de piora, o que provoca no analista dor, surpresa e impotência. É como se houvesse um ressentimento com o analista. Talvez possamos pensar que esse ressentimento diz respeito à possibilidade de perda do “único traço remanescente de uma relação amorosa anterior, que foi abandonada” (Freud, 1923/1976, p. 66). O sujeito tem um profundo ressentimento atribuído a uma relação amorosa abandonada. Parece que, a partir daí, é tomado por uma demanda de amor absurda, a ponto de ter que adoecer, se prejudicar, e até mesmo morrer, para então ser amado e reconhecido pelo outro.

Outro fragmento clínico da última sessão de Lena ilustra mais claramente esse medo da relação amorosa arcaica, no qual o ressentimento se dirige mais claramente ao analista devido à relação transferencial positiva desenvolvida durante todo o trabalho. Lena não comparece à sessão e envia áudios pelo *WhatsApp*. Tem uma fala agitada, respiração ofegante, como se tivesse acabado de sair de uma corrida. Após aproximadamente três anos de análise, após uma interrupção de dois anos, Lena apresentava uma significativa melhora naquilo que chamava de síndrome das mulheres de sua família: trabalharem em excesso, viverem de dieta e sem resultados e sem alegrias nos relacionamentos amorosos.

Lena relata suas melhoras, porém em tom agressivo e acusatório, com um ressentimento da analista. “*Acho que foi tudo muito rápido*”.

Com muita dificuldade, uma vez que Lena repetia sem parar a mesma frase, analista consegue falar:

–Você fala de melhoras, mas de forma tão ansiosa, tão aflitiva. Não seria o momento de mais tranquilidade?

Lena responde, agitada, aflita.

–Sim, seria, mas este é o problema. Essa calmaria que eu tanto quis me deixa mais ansiosa, mais sozinha. E fico me perguntando como vou conversar com minha mãe, irmã, tia, se só sabemos falar de problemas. Como não pertencer a essa síndrome das mulheres da minha família. Fiquei apenas com um enorme vazio. Acho que antes era melhor, não sei mais se quero o que consegui. Vou pensar e te falo se continuo ou se paro e nem volto mais.

Reação terapêutica negativa: O imperativo da dor e a busca de amor

A analista tenta uma intervenção, mas em vão.

Lena parece só se reconhecer no lugar do incômodo, o excesso que surge é do vazio, do nada. Um excesso de mãe pelo inverso de Ângela, cuja mãe tudo queria resolver e ajudar a filha. Fora desse circuito familiar de fracassos, sentia-se completamente desamparada e temia ainda mais o desamor, o que lhe restava era apenas dizer o não.

Em ambos os casos, um “não” para poder tentar respirar um pouco de ar puro. A análise não é uma repetição de antigos padrões, mas a construção, a atualização de padrões novos a partir de um repertório que não se encontra presente no psiquismo do analisando.

A reação terapêutica negativa não é apenas expressão de uma situação psíquica, mas da desfusão pulsional na vida psíquica em geral. A recusa à melhora aponta para uma recusa ao outro, posto que este é ou alvo de desconfiança ou do medo de entrega, de estar com. A tarefa do analista será a de promover objetos básicos para a vinculação da pulsão. Tarefa difícil para o analista, pois as palavras não ecoam, perdem-se no imenso vazio que o paciente vive. O analista deve permanecer vivo nesse terreno infértil e áspero onde o analisando, mesmo desejando se livrar da dor, a mantém (Pereira, 2015).

Laplanche e Pontalis (1988) consideram importante compreendermos que, na reação terapêutica negativa, encontramos sujeitos com a urgente necessidade de efetuarem reparações em seus objetos internos. Podemos pensar numa tentativa inconsciente de cuidar do analista-mãe. No caso Ângela, podemos notar a reação terapêutica negativa indicando um gesto de amor em relação à analista. Sair da análise, ação que Ângela precisa, pois ainda lhe faltam condições para que a separação (analista-mãe) ocorra em nível simbólico, pela palavra. Sair da análise lhe garante uma autonomia, inclusive de buscar outro processo terapêutico. Assim, o que “constitui a mola da reação terapêutica negativa é a paixão desvairada de mudar, de curar a mãe enlouquecida no interior de si mesmo” (p. 64).

Diante do outro intrusivo, de uma mãe excessiva, só haveria uma resposta para o sujeito: agir como maneira de cuidá-la. Por conseguinte, a reação seria um agir frente a essa intromissão. Além da recusa à cura, pode-se pensar na reação terapêutica negativa como uma forma de defesa, diante desse outro/materno excessivamente traumático e louco. Busca-se manter e sustentar a própria existência. Assim Lena, apesar de todo sofrimento, reage amedrontada, temendo perder a única maneira que a mantém

Maria Goretti Machado

vinculada a essa mãe, se ressentem com a analista-mãe, foge em agonia e mantém sua identidade. Perde a autonomia, mas garante o vínculo materno e evita o desamparo. É “[...] como se esse mal fosse seu bem próprio. É melhor ficar doente do que cair curado. A queda, ou a recaída, resguardaria da perda” (Laplanche & Pontalis, 1988, p. 55).

Para alguns analisandos, os términos, a análise terminável podem ser muito dolorosos e até insuportáveis, podem significar o fim de tudo. Por outro lado, os recomeços sempre curam. Temos analisandos de um lado a que não mais temos acesso e, do outro lado, o analista que tirado, excluído do processo, também precisa de um novo começo, pois “o ‘não’ do paciente corresponde ao ‘sim’ do analista, com relação à cura” (Laplanche & Pontalis, 1988, 56).

Reação terapêutica negativa: O imperativo da dor e a busca de amor

Referências

- Baranger, M. (1979). La mente del analista: de la escucha a la interpretación. *Revista de Psicoanálisis*, 49, 1992.
- Freud, S. (1976). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV. (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (1976) História de uma neurose infantil. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII. (Trabalho original publicado em 1918).
- Freud, S. (1976). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX. (Trabalho original publicado em 1919[1918]).
- Freud, S. (1976). Além do princípio de prazer. In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. O ego e o id.(1976) In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S.(1976). O problema econômico do masoquismo. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.XIX. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (1976). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XX. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1976) O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.XXI. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1976). Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XXII. (Trabalho original publicado em 1933[1932]).
- Freud, S. (1976). Esboço de Psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.XXIII. (Trabalho original publicado em 1940[1932]).
- Laplanche, J.; Pontalis, Jean-Bertrand. (1988) *Vocabulário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Pereira, D.R e Migliavacca, E.M. (2016). Reflexões sobre a reação terapêutica negativa. *Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 32(2) / 33(1/2) / 34(1/2), 293-305. https://www.spbsb.org.br/site/images/Novo_Alter/2014_2015_2016/Reflexoes.pdf
- Pontalis, J-B. (1991). Não, duas vezes não. In: *Pontalis, Jean-Bertrand. Perder de vista: da fantasia de recuperação do objeto perdido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,
- Rivière, J. A (1936). *Contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction*. *International Journal Psycho-Analysis*, 17, 304-320.
- Roussillon, R. (2006) O paradoxo da culpabilidade da inocência: reflexões sobre a reação terapêutica negativa. In: Roussillon, R. *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. São Leopoldo: Unisinos. 17-143.

Maria Goretti Machado

Zimerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.

Maria Goretti Machado
mgmachad@yahoo.com.br