

Reflexões sobre a reação terapêutica negativa

Douglas Rodrigo Pereira¹ e Eva Maria Migliavacca²

Resumo: A reação terapêutica negativa (RTN) é um fenômeno clínico enigmático. Como entender que, apesar de todos os esforços terapêuticos, o sujeito continue apegado à sua neurose? Neste artigo, temos o objetivo de apresentar considerações sobre a RTN. Destacamos os dois tempos desse fenômeno: no primeiro, quando a análise é bem conduzida, o analista comunica ao analisando sua satisfação com o desenvolvimento terapêutico; no segundo, em decorrência do primeiro, ocorre um agravamento do quadro clínico. Ademais, indicamos sua relação com o sentimento inconsciente de culpa, com a necessidade de punição e com a pulsão de morte. Se por um lado podemos pensar no excessivo apego ao desprazer, ao masoquismo, às repetições, à culpa e à punição; por outro, sem dúvida, é imprescindível refletirmos sobre a dimensão de resistência e luta pela identidade do sujeito ligado excessivamente à sua organização e economia psíquicas.

Palavras-chave: reação terapêutica negativa; sentimento inconsciente de culpa; necessidade de punição; superego; pulsão de morte.

Como entender que, apesar de todos os esforços terapêuticos, o sujeito continue apegado à sua neurose? Qual seria o limite da prática psicanalítica? Sem dúvida, são questões desse tipo que animam um texto da importância de “Análise terminável e interminável” (1937/2007), por exemplo. Se as resistências estão presentes em toda a obra freudiana, pode-se sugerir que foi somente após a postulação da compulsão à repetição, das pulsões de morte e da reação terapêutica negativa³ (RTN) que Freud se aproximou das mais intensas e recalcitrantes manifestações resistenciais.

Neste artigo, temos o objetivo de apresentar considerações sobre a RTN. Para tanto, além do texto freudiano, utilizamo-nos de contribuições de outros importantes analistas (Pontalis, 1988; Roussillon, 2006; Gerez-Ambertin, 2009; Green, 2010). Em relação a estes autores, o critério de escolha ocorreu de acordo com a pertinência de suas reflexões sobre o tema, independentemente de afiliações escolásticas e institucionais.

¹ Psicólogo e psicanalista, mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Professor da Universidade Unian ABC.

² Professora titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

³ A reação terapêutica negativa passará a ser designada apenas pela sigla RTN. Com base em outros autores (Etchegoyen, 1987; Zimmerman, 1999), utilizamos este recurso para evitar repetições excessivas do termo na íntegra – o que poderia prejudicar a leitura do texto.

A natureza da reação terapêutica negativa

Para Laplanche & Pontalis (1995), a RTN pode ser definida como:

Fenômeno encontrado em certos tratamentos psicanalíticos como tipo de resistência “à cura especialmente difícil de superar”: cada vez que se poderia esperar uma melhoria do progresso da análise, produz-se um agravamento, como se certos sujeitos preferissem o sofrimento à cura. Freud liga este fenômeno a um sentimento de culpa inconsciente inerente a certas estruturas masoquistas (p. 424, grifos nossos).

Como vemos, esses autores enfatizam a relação entre a RTN com a força da resistência, o apego excessivo à neurose, o sentimento inconsciente de culpa e sua relação com os masoquismos.

No “Dicionário Internacional da Psicanálise”, organizado por Alain de Mijolla, no verbete escrito de Rabain (2005), temos a seguinte definição⁴.

Fenômeno de “resistência à cura”, a reação terapêutica negativa surge em certos tratamentos psicanalíticos, em particular nos casos-limites. O estado do paciente, ao invés de melhorar, parece agravar-se ou então o paciente se aferra à doença. Freud ligou esse fenômeno ao “sentimento inconsciente de culpa, ao masoquismo primário e, em última instância, à pulsão de morte” (p.1551, grifos nossos).

Rabain destaca os seguintes aspectos da RTN: resistência à cura, apego excessivo à neurose, o sentimento inconsciente de culpa, o masoquismo e a pulsão de morte.

Outros importantes analistas (Pontalis, 1988; Roussillon, 2006; Green, 2010) enfatizaram a necessidade de se diferenciar a RTN dos possíveis fracassos das análises. De fato, a RTN é uma forma específica de impasse no processo analítico, mas nem todos os impasses são manifestações da RTN. Infelizmente, esse conceito pode ser utilizado como um instrumento para responsabilizar o analisando dos fracassos terapêuticos – o que, sem dúvida, é um ponto de vista problemático.

Em relação a um impasse ou a um fracasso, o analista pode encontrar dois caminhos fáceis de explicação, ambos equivocados (Green, 2010). Por um lado, coloca-se ênfase no analisando, ao afirmar que se trata de um tipo impossível de ser tratado analiticamente; por outro, corre-se o risco de superestimar o analista, creditando a ele todo o fracasso terapêutico. Não há analista sem um analisando; não existe um analisando sem um analista. Por conseguinte, deve-se pensar no campo transferencial/contratransferencial e não apenas em cada um dos sujeitos envolvidos na situação analítica.

⁴ Já no conhecido “Dicionário de Psicanálise”, de Roudinesco e Plon (1998), não há um verbete específico para a RTN – o que, convenhamos, é problemático para um trabalho dessa envergadura.

Diante do fracasso no tratamento, o argumento de uma suposta RTN pode ser utilizado como mecanismo de racionalização (Pontalis, 1988). A teoria, como muitas vezes acontece, pode constituir resistências e defesas em relação às dificuldades técnicas e indisponibilidade interna de o analista manter contato afetivo com o analisando. Para esse mesmo autor, de tanto ser evocada defensivamente para nomear múltiplas situações, a RTN acabou se esvaziando de sentido e perdendo a sua função de aludir a um determinado fenômeno.

Dos arruinados pelo êxito à necessidade de punição

No artigo “Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico” (1916/2007), Freud debruça-se sobre as pessoas que são arruinadas pelo êxito, tornando-se neuróticos quando realizam seus desejos mais estimados. 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, rechaçando-o violentamente. As forças do Ego “(...) estão intimamente relacionadas ao complexo de Édipo, (...) como talvez, em geral, se ache nosso *sentimento de culpa*” (p.2426, grifos nossos). Assim, em decorrência de uma acentuada culpa, essas pessoas não poderiam suportar o êxito e realizarem seus desejos.

É importante diferenciar a RTN, como uma reação ao desenvolvimento e efeitos da análise, de uma organização psíquica encontrada nos casos dos sujeitos arruinados pelo êxito (Gerez-Ambertin, 2009). Nesse último caso, Freud está no registro dos tipos de caráter – o que configura um campo muito distinto da RTN. Não obstante, é nítido como esse questionamento sobre os fracassados pelo êxito marca uma linha de desenvolvimento da gênese da RTN (Rosenfeld, 1988).

A primeira aparição do termo “reação negativa” ocorreu no caso clínico de o “Homem dos Lobos”. Essa ocorrência não foi meramente ocasional, pois talvez seja esse o caso clássico que mais exemplifica o fracasso do processo analítico. Nele, vemos a incidência da RTN e da compulsão à repetição (Green, 2008). Freud compreendeu que esse tipo de reação negativa indicava um modo característico de seu analisando: diante de uma proibição, ele, antes de acatá-la, continuava, por algum tempo, realizando a atividade que fora repreendida. Assim, promovia uma tentativa de ser ativo na situação: só pararia a atividade em ao seu próprio tempo, não acatando a autoridade de outrem.

É importante salientar um dado cronológico desse caso. Apesar de sua história clínica ter sido publicada apenas em 1918, Serguei Pankejiff foi atendido por Freud entre 1910 e 1914 – indicando que este último já havia se deparado com essa reação negativa bem antes do que se poderia imaginar.

Quando o tutor o desencorajou de fazer crueldades com os animaizinhos, ele, de fato, pôs fim às suas malvadezas; mas não sem antes levar a cabo, conscientemente, sua última matança (...). Todavia, no tratamento psicanalítico se conduziu assim, desenvolvendo sempre uma “reação negativa” passageira. Depois de cada solução encontrada, tentava contradizer o efeito por algum tempo, agravando o sintoma que havia sido elucidado. Sabemos que as crianças lidam com as proibições dessa mesma forma. Quando são repreendidas por algo, por exemplo, por estarem fazendo um barulho insuportável, repetem-no uma vez mais depois da proibição, antes de parar. Dessa maneira, conseguem, ao mesmo tempo, parar aparentemente por vontade própria e desobedecer a proibição.

(Freud, 1918/2007, p.1978, grifos nossos).

Nesse caso, a “reação negativa” – as aspas indicariam um receio em utilizar o termo de maneira mais livre e segura? – diz respeito ao agravamento dos sintomas, quando eles pareciam ter sido efetivamente elucidados. Na opinião de Pontalis (1988), as aspas poderiam sugerir como essa expressão não foi retirada do vocabulário costumeiro de Freud. O psicanalista francês sugere que há, nesse momento, uma espécie de regressão do psicanalista ao “médico”: “por que o doente reage negativamente a um tratamento prescrito com exatidão e corretamente conduzido” (p.58). Estaríamos, com a RTN, retornando a um modelo médico, no qual o tratamento adequado deveria levar, se fosse bem realizado, à cura do paciente, desconsiderando a implicação da subjetividade deste último nesse processo? Como veremos, Pontalis não segue essa linha de interpretação.

Freud passará a pensar sobre a RTN de maneira mais livre, como um fenômeno inerente a certos tipos de tratamentos, somente em 1923/2007, em “O Ego e o Id”. Essa é a primeira aparição do termo reação terapêutica negativa – até então, Freud tratou apenas das “reações negativas”.

Existem pessoas que se conduzem muito singularmente no tratamento psicanalítico. Quando lhes damos esperanças e nos mostramos satisfeitos pelo desenvolvimento do tratamento, mostram-se descontentes e nitidamente pioram. No princípio, atribuímos esse fenômeno à rebeldia contra o analista e um desejo de mostrar-lhe superioridade, mas logo chegamos a uma interpretação mais justa. Descobrimos, com efeito, que essas pessoas reagem em um sentido inverso ao da cura. Cada uma das soluções parciais, que deveriam trazer consigo um alívio ou a suspensão temporária dos sintomas, provoca, ao contrário, uma intensificação momentânea de sua enfermidade. Essas pessoas, durante o tratamento,

pioram ou invés de melhorarem. Mostram, pois, a chamada “reação terapêutica negativa” (p.2722, grifos do autor).

Como vemos, essas pessoas preferem, por algum motivo obscuro, permanecer apegadas às suas neuroses: elas têm a necessidade de continuar sofrendo. Antes de postular a RTN, Freud também já havia enunciado outras formas intensas de resistência. A rivalidade com o analista e o ganho secundário da neurose são duas dessas resistências mais poderosas. Ele não as descarta. Pelo contrário: só se pode falar em RTN quando o fenômeno clínico em questão não for explicado por essas primeiras formas de resistências.

Em 1923, a RTN é maior obstáculo à cura, mais poderoso do que o ganho secundário da neurose, o fechamento narcísico e a atitude transferencial de rivalidade com o analista. Ademais, o sentimento inconsciente de culpa desempenha um papel central. O analisando, imerso nesse sentimento, não pode se restabelecer, permanecendo fixado à neurose. Como se trata de um fenômeno inconsciente, ele não se sente culpado; mas, ao invés disso, permanece apegado e fixado à sua organização e economia psíquica.

Em uma importante nota de rodapé do último texto citado – por que esse trecho não foi exposto no texto integral, visto sua importância? – Freud faz importantes esclarecimentos. Ele nos adverte de que a única forma de enfrentamento do sentimento inconsciente de culpa é descobrir suas raízes, transformando-o em sentimento consciente de culpa. Em casos nos quais esse sentimento inconsciente foi introjetado de um determinado objeto, em um modelo parecido com o que temos na melancolia, deve-se analisar a natureza dessa identificação. De acordo com Freud, caso não se encontre indícios desse processo identificatório, o resultado terapêutico dependerá, sobretudo, da intensidade do sentimento inconsciente de culpa. Nesse processo, vemos a presença de um resto, de sinais de uma antiga relação amorosa com os objetos primordiais (Roussillon, 2006). Cabe ao analista conseguir remontar esse trajeto e ajudar que o analisando reconstrua essa relação.

Em “O problema econômico do masoquismo” (Freud, 1924/2007), a RTN também está relacionada com o sentimento inconsciente de culpa. Como sabemos, o masoquismo erógeno está na base das outras formas de masoquismo. Apesar de indicar como esse sentimento de culpa também está presente no masoquismo feminino, como necessidade de ser castigado em decorrência dos desejos edípicos, Freud relaciona a RTN, especificamente, com o masoquismo moral. Trata-se, aliás, de dizer que essa última forma de masoquismo se expressa justamente por esse sentimento de culpa, e que esse último poderá ser visualizado pela necessidade de punição. Em termos práticos, é dessa necessidade de ser punido que se pode inferir a existência de um sentimento inconsciente de culpa. Independentemente de quem o faz sofrer, o que interessa ao

sujeito é sofrer e continuar sofrendo. Remetendo-nos ao artigo “O Ego e o Id”, Freud expõe como certos casos evidenciam um acentuado grau desse sentimento inconsciente de culpa.

Neste mesmo trabalho, indicamos que nos é possível reconhecer em tais pessoas (“a reação terapêutica negativa”), e não ocultamos, tampouco, que a energia desses impulsos constitui uma das mais graves resistências do sujeito e o máximo de perigo para o bom resultado de nossos propósitos (...) (p.2756).

A satisfação masoquista desse sentimento é um fator decisivo para que o sujeito continue apegado à sua neurose. Haveria, nesse caso, uma satisfação masoquista, encontrada nessa necessidade de se manter no sofrimento. Em casos extremos, a despeito de uma possível melhora no tratamento, o sujeito buscará o sofrimento em situações externas que lhe darão continuidade em sua satisfação masoquista.

Em “Mal-estar na civilização” (1930/2007), o sentimento inconsciente de culpa, em sua relação com o superego, é enfatizado por Freud. Caso o sujeito identifique em si o desejo de realizar determinado ato, pode se sentir culpado sem tê-lo realizado. Temos duas fontes do sentimento inconsciente de culpa: 1) o medo da autoridade externa, que resultará em uma renúncia às satisfações pulsionais; e 2) o medo do superego, como autoridade internalizada. Além de exigir renúncias pulsionais, o superego pune severamente. Pelo medo de perder o amor dos objetos, realiza-se uma renúncia à satisfação das pulsões. Ao realizarmos essa renúncia, estaríamos em acordo com a exigência externa e, portanto, não deveria haver nenhum sentimento de culpa. No entanto, no caso do superego, isso ocorre de maneira distinta: a renúncia não basta, pois o desejo persiste e não pode ser escondido dessa instância crítica e de ideal.

No centro do tema da constituição do superego e do sentimento inconsciente de culpa, encontramos-nos no território de discussão sobre a dimensão filogenética da espécie humana. Com efeito, não podemos nos esquecer de que a origem primordial desse sentimento de culpa está no complexo de Édipo e na mítica morte do pai da horda (Freud, 1913/2007). No conflito edípico, a criança pode desejar e fantasiar a morte do pai, e sentir-se culpada por isso. Em última instância, em termos de filogênese, todos os seres humanos cometeram esse tipo de ato assassino. Antes de nascermos, já somos culpados. Com a ambivalência em relação ao pai, temos o sentimento de remorso, pois, além do ódio, também lhe tínhamos amor. Por conseguinte, estamos fadados a sentir culpa. Ela é a expressão da nossa ambivalência, bem como da eterna batalha entre a pulsão de vida e a pulsão de morte. Freud chega a afirmar que esse sentimento de culpa é o mais importante problema para o desenvolvimento da civilização.

Do ponto de vista da prática analítica, a maioria dos pacientes não acredita nesse suposto sentimento inconsciente de culpa – nada mais óbvio, tratando-se de um fenômeno inconsciente. Assim, Freud prefere utilizar o termo necessidade de punição – meio pelo qual esse sentimento de culpa se manifesta. Essa necessidade teria como fonte a parcela de destrutividade internalizada pelo superego. Essa parte continua atuando no superego, de forma ligada, enquanto outro fragmento permanece exercendo sua função de maneira silenciosa. Trata-se de uma forma de manifestação da pulsão de morte (1930/2007; 1937/2007). Quando da origem do superego, sabe-se que a parte da hostilidade infantil dirigida contra os pais, que foi impossível externalizar, continua atuando internamente. A severidade do superego, assim, não condiz exatamente com a severidade dos pais, pois, em última instância, essa severidade diz mais respeito às forças das pulsões da criança. Lembremo-nos, contudo, de que não se trata de desconsiderar a experiência externa e a própria relação da criança com seus pais. As experiências e as interdições parentais também são fontes para a formação do superego. Em suma, a constituição dessa instância está relacionada com o caráter inato das pulsões, com as influências ambientais, com o superego dos pais, assim como com os ideais narcísicos primários.

Em 1933, Freud acentua a relação entre a RTN e o sentimento inconsciente de culpa. É aqui, no trecho citado abaixo, que temos a melhor exemplificação da RTN – agora já sem as aspas.

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. Às vezes, basta elogiar sua conduta, ou lhes dizer palavras de esperança sobre o progresso da análise, para provocar uma piora de sua enfermidade (p.3163).

Esse processo é mais complexo do que vemos à primeira vista (Roussillon, 2006). Temos uma sequência de eventos: no primeiro tempo o analista transmite, de alguma forma, ao analisando a sua satisfação com o processo analítico; no segundo tempo, em decorrência do primeiro, ocorre, no analisando, uma modificação e um retorno ao sofrimento. Mesmo com o analista realizando algumas das possíveis interpretações para esse enigmático fenômeno (rivalidade edípica, onipotência e/ou ganho secundário da neurose), o agravamento neurótico persiste. A natureza particular da RTN está no par melhora/agravamento. Somente um agravamento não constituiria uma reação desse tipo, pois, em suma, ela poderia ser apenas mais uma atualização de um determinado ponto de conflito. De um ponto de vista intersubjetivo, na RTN, o agravamento seria uma espécie de reação a um convite incestuoso do analista. Roussillon afirma que

ocorreria uma “(...) experiência 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, isso sim, de uma resposta/reação à satisfação do analista diante da melhora do analisando.

Seguindo as considerações de Pontalis (1988), devemos nos lembrar de que a palavra reação refere-se a uma resposta (re-agir) a um agir. Ação, portanto, seria anterior a uma reação. A reação do analisando seria uma resposta a um agir do analista? Qual agir? Quais ações estariam expressas aqui? Muitas vezes, na análise, colocamo-nos como agentes de uma ação, de um agir. O que isso nos diz? Que, mesmo sem perceber, agimos muito mais do que poderíamos pensar. Quando expressamos, por exemplo, que o paciente reagiu de tal modo à interpretação ou intervenção, colocamo-nos no lugar de agente da ação: ora, ele só reagiu em decorrência de um agir anterior.

(...) isso é indício de que o analista é percebido ou se percebe como agente, que sua função de interprete, de suporte da transferência, vai-se apagando, ou inversamente, que o analisando está, à parte das palavras que consegue dizer, inteiramente ocupado em exercer uma força ativa sobre – geralmente, contra – “o analista como pessoa” (p. 62, grifos nossos).

Pontalis (1988) considera importante compreendermos que, na RTN, encontramos sujeitos com a premente necessidade de efetuarem reparações em seus objetos internos. Isso configuraria uma tentativa inconsciente de cuidar do analista. 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 RTN como uma forma de defesa, diante desse outro/materno excessivamente traumático e louco. Busca-se manter e sustentar a própria existência. É “(...) como se esse *mal* fosse seu *bem* próprio” (p.55, grifos do autor).

(...) a reação terapêutica negativa nunca é tão manifesta quanto nos sujeitos em que a categoria do therapeuin – cuidar, tratar, curar, três termos que conviria diferenciar – é pregnante, tendo como corolário um recalçamento maciço da sexualidade. No fundo, talvez esses sujeitos nos peçam para curá-los da sexualidade, ineducável e incurável, de uma sexualidade que é, para eles, como na perversão, carregada de inveja e violência. (...). Mais do que se baterem com a loucura de Eros, eles optam pelo combate antecipadamente perdido com Tanatos. Curar-se da sexualidade, curar-se do excesso de mãe, não querer se curar, é tudo a mesma coisa (p.66-67).

Não seria, desse modo, a RTN uma reafirmação narcísica?

Resistência do superego e a pulsão de morte

As resistências acompanham Freud por todo o extenso percurso de sua obra. Concordamos com Roussillon (2006, p.119, grifos nossos) que “(...) a história da técnica e da teoria psicanalítica é assim inseparável daquilo no qual ela tropeça: *a resistência*”. Em “Inibição, sintomas e angústia”, Freud (1926/2007) apresenta-nos novas contribuições e pistas para o desenvolvimento da psicanálise. Até o momento, as resistências eram regidas pelo Ego, e esse último era o responsável por proteger o aparelho psíquico do desprazer que a recordação de determinados eventos poderia lhe trazer. Tratava-se de uma formulação centrada no modelo da primeira tópica e da primeira teoria pulsional. Nesses termos, as resistências teriam o papel de impedir que o recalçado sexual ultrapassasse a barreira rumo ao pré-consciente.

Com a postulação da segunda teoria pulsional e da segunda tópica, ficava claro que esse modelo das resistências não conseguiria tratar de toda a complexidade clínica envolvida. Como pensar nas resistências e em suas relações com as novas instâncias do aparelho psíquico? Freud não permaneceu alheio a este problema e sugeriu a seguinte solução metapsicológica. As resistências passam agora a ter três fontes diferentes e cinco formas de expressão: 1) do Ego: manifestam-se de três formas: transferência, ganho secundário da neurose e recalque; 2) do Id: trata-se da compulsão à repetição como resistência do inconsciente; e 3) do superego: manifesta-se no fenômeno da RTN e na necessidade de punição. A resistência do superego, portanto, é uma das mais destrutivas e nocivas ao processo analítico. Sobre essa fonte de resistência, Freud afirma:

A quinta – a do Superego – a última a ser descoberta, é a mais obscura, embora não sempre a mais fraca, e parece originar-se do “sentimento de culpa e da necessidade de punição”. Essa resistência desafia todo movimento no sentido do êxito, portanto, à cura por meio da análise (p.2875, grifos nossos).

Com base nessas postulações freudianas, identificam-se duas linhas para a compreensão das resistências. No modelo da primeira tópica, todo fenômeno resistencial originava-se no Ego. Não importava tanto a localização topográfica, mas, isso sim, a dinâmica estabelecida entre os sistemas (consciente-pré-consciente-inconsciente) (Zimerman, 1999). Com a segunda tópica consagrada, Freud passou a ter elementos (instâncias) que lhe permitiram levantar hipóteses de longo alcance. Diante da força incansável das resistências, ele conjectura que elas não podem ter sua origem apenas no Ego, pois são extremamente violentas e erguem barreiras quase intransponíveis ao trabalho analítico. Além do mais, como imaginar, por exemplo, que todo o esforço

feito pelo neurótico para continuar apegado à neurose advenha somente do ganho secundário que ela lhe proporciona? Nesse modelo estrutural, é de fundamental importância compreender a qualidade das relações entre as instâncias (Ego, Id, Superego) e delas com o meio externo. Além disso, deve-se considerar o impacto clínico da compulsão à repetição e da RTN, respectivamente consideradas como resistências do Id e do Superego.

Em “Análise terminável e interminável” (1937/2 007), verifica-se como a articulação entre a resistência do Id e a resistência do Superego pode determinar o fracasso no processo analítico.

Durante o trabalho analítico, não se obtém outra impressão sobre a resistência, senão a de que é uma força que se defende com todos os meios possíveis contra a cura e que se apega completamente à doença e ao sofrimento. Uma parte dessa força havia sido reconhecida por nós, sem dúvida com justiça, como o sentimento de culpa e a necessidade de punição, e temos a localizado na relação entre o “Ego e o Superego”. No entanto, essa é apenas uma parte dela, que está ligada ao “Superego”, sendo assim reconhecível; outra parcela dessa mesma força, ligada ou livre, pode atuar em outros lugares não especificados (p.3357, grifos do autor).

Como se pode verificar, além do sentimento de culpa e da necessidade de punição, outra parcela dessa força resistencial encontra-se em lugares não bem especificados. Quais seriam esses lugares? Sem dúvida, um deles está localizado no Id, mais especificamente no conflito interno entre a pulsão de vida e a pulsão de morte, em decorrência do trabalho desta última. Levando em consideração os masoquismos, a RTN e o sentimento de culpa – por que ele continua usando esse termo, já que considera a necessidade de punição a nomenclatura mais adequada para o fenômeno em questão (1923/2007)? –, Freud afirma que “(...) não podemos continuar aderidos à crença que os eventos psíquicos são governados exclusivamente pelo *desejo de prazer*” (p.3357, grifos nossos). Estamos situados no terreno da necessidade da repetição do desprazer, relacionada à dinâmica e ao excesso do pulsional em estado bruto (compulsão à repetição), e da necessidade do sofrimento, comandado por um superego cruel e implacável; e, em última instância, ao trabalho silencioso de desligamento, efetuado pela pulsão de morte.

Considerações finais

Como vimos, a RTN é um dos fenômenos clínicos que coloca à prova a capacidade de transformação das organizações e economias psíquicas estabelecidas. Se por um lado podemos pensar no excessivo apego ao desprazer, ao masoquismo, às repetições, à culpa e à punição; por outro, sem dúvida, é imprescindível refletirmos sobre a dimensão de identidade que a RTN pode adquirir, conforme vimos com Pontalis (1988). Com base em Freud, percebeu-se que a RTN deve ser pensada e pesquisada em sua articulação com a pulsão de vida e com a pulsão de morte.

Reflections on the negative therapeutic reaction

Abstract: The negative therapeutic reaction (NTR) is an enigmatic clinical phenomenon. How can we understand that, despite all therapeutic efforts, the individual continues attached to his neurosis? In this article, we aim to present considerations on the NTR. We highlight the two stages of this phenomenon: in the first, when the analysis is properly conducted, the analyst communicates to the analysand his satisfaction with the therapeutic development, and in the second, due to the former, a worsening of the clinical picture occurs. Moreover, we indicate its relation to the unconscious sense of guilt, to the need for punishment and to the death drives. If on the one hand we can think of the excessive attachment to displeasure, to masochism, to the repetitions, to the guilt and punishment, on the other, undoubtedly, it is essential to reflect on the scale of resistance and struggle for the identity of the individual excessively attached to his psyche organization and economy.

Keywords: negative therapeutic reaction; unconscious sense of guilt; need for punishment; super-ego; death drive.

Reflexiones sobre la reacción terapéutica negativa

Resumen: La reacción terapéutica negativa (RTN) es un fenómeno clínico desconcertante. ¿Como comprender que, a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos, el sujeto continúe apegado a su neurosis? En este artículo, nuestro objetivo es presentar consideraciones sobre la RTN. Destacamos dos etapas de este fenómeno: en la primera, cuando el análisis se realiza correctamente, el analista comunica a su paciente la satisfacción por el desarrollo terapéutico; y en la segunda, debido a la primera etapa, se produce un agravamiento de los síntomas clínicos. Además, indicamos su relación con el sentimiento inconsciente de culpa, con la necesidad de castigo y con la pulsión de muerte. De un lado podemos pensar en el excesivo apego al disgusto, al masoquismo, a las repeticiones, a la culpa y al castigo; por el otro, sin duda, es indispensable reflexionar sobre la magnitud de la resistencia y la lucha por la identidad del sujeto excesivamente unido a su organización y economía psíquica.

Palabras clave: reacción terapéutica negativa; sentimiento de culpabilidad; necesidad de castigo; superyo; pulsión de muerte.

Referências

- Etchegoyen, H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Freud, S. (2007). Varios tipos de caracter descubiertos en la labor analítica. In: S. Freud. *Obras completas de Sigmund Freud* (L. Lopez-Ballesteros, Trad, Vol.3, pp.2413-2428). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (2007). Totem y tabu. In: S. Freud. *Obras completas de Sigmund Freud* (L. Lopez-Ballesteros, Trad, Vol.2, p.1745-1850). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (2007). Historia de una neurosis infantil. In: S. Freud. *Obras completas de Sigmund Freud*. (L.Lopez-Ballesteros, Trad, Vol.2, pp.1941-2009). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1918).
- Freud, S. (2007). El yo e el ello. In: S. Freud. *Obras completas de Sigmund Freud*. (L.Lopez-Ballesteros, Trad, Vol.3, pp. 2701-2728). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (2007). El problema económico del masoquismo. In: S. Freud. *Obras completas de Sigmund Freud*. (L.Lopez-Ballesteros, Trad., Vol.3, pp. 2752-2759). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (2007). Inhibicion, sintoma y angustia. In: S. Freud. *Obras completas de Sigmund Freud*. (L.Lopez-Ballesteros, Trad., Vol.3, pp. 2833-2883). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (2007). El malestar en la cultura. In: S. Freud. *Obras completas de Sigmund Freud*. (L.Lopez-Ballesteros, Trad., Vol.3, pp.3017-3067). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (2007). Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. In: S. Freud. *Obras completas de Sigmund Freud*. (L.Lopez-Ballesteros, Trad., Vol.3, pp.3101-3206). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (2007). Analisis Terminable e interminable. In: S. Freud. *Obras completas de Sigmund Freud*. (L.Lopez-Ballesteros, Trad., Vol.3, pp.3339-3373). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1937).
- Gerez-Ambertin, M. (2009). *As vozes do supereu: na clínica psicanalítica e no mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP.
- Green, A. (2010). *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Laplanche, J; Pontalis, J-B. (1995). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pontalis, J.- B. (1988). Não, duas vezes não. In: J. - B.Pontalis. *Perder de vista: da fantasia de recuperação do objeto perdido*. (pp. 54-73). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rabain, J.-F. (2005). Reação terapêutica negativa. In: A. Mijolla de. *Dicionário internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. (pp.1551-1553). Rio de Janeiro: Imago.
- Rosenfeld, H. (1988). Pacientes narcisistas com reações terapêuticas negativas. In: Rosenfeld, H. *Impasse e interpretação: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteiriços*. Rio de Janeiro: Imago. pp. 119-139.
- Roudinesco, E; Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Roussillon, R. (2006). O paradoxo da culpabilidade da inocência: reflexões sobre a reação terapêutica negativa. In: R.Roussillon. *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. São Leopoldo: Unisinos. pp. 117-143.
- Zimmerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artemed.
- Zimmerman, D. (2001). Reação terapêutica negativa. In: D. Zimmerman. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. (pp. 353-354). Porto Alegre: Artemed.

Douglas Rodrigo Pereira
Rua Afonso Furtado de Mendonça nº50
Jardim Silvina - São Bernardo do Campo
São Paulo - São Paulo
09791-000
pereira.dougrodrigo@gmail.com
doug.pereira1@hotmail.com

Eva Maria Migliavacca
Av. Professor Mello Moraes, nº1721
Butantã
São Paulo - São Paulo
05508-900
Caixa-Postal: 66261
emiglia@usp.br