

T r a d u ç ã o

Os arruinados pelo êxito¹

Joan Riviere²

Esta é a mais importante e original contribuição de Joan Riviere para a teoria e a prática psicanalítica. Nela, Riviere refere-se ao problema de certos tipos de pacientes que respondem à melhora na análise ficando mais doentes. Freud, em sua discussão do fenômeno em “O ego e o id” (1923/2011a), considera que os pacientes que pioram em consequência de uma melhora na análise são narcisistas e sugere que eles não são analisáveis. Ele atribui a inabilidade de fazer uso da análise a um profundo sentimento de culpa que não dá permissão de sentir os prazeres da melhora. Aqui, Riviere discute o ponto de vista de Freud e mostra que ele considera que tais pacientes devem, de alguma forma, ter a capacidade de serem analisados ou ele não teria dedicado dezoito páginas em “O ego e o id” (1923/2011a) ao fenômeno. Ela continua mostrando a necessidade de cuidar do mundo interno das relações de objeto desses pacientes e, mais particularmente, das angústias que subjazem a seus relacionamentos.

O artigo de Klein “Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos” (1935) do ano anterior a este texto, demonstrou que a necessidade de elaborar a posição depressiva impõe uma tensão tremenda ao indivíduo, à medida que ele integra sentimentos de amor e ódio em direção ao mesmo objeto. Riviere entende isso como a tarefa da qual os pacientes que apresentam a reação terapêutica negativa estão fugindo. Eles apresentam uma negação maníaca de um pavor que temem, a depressão que poderia dominá-los. Não há melhor descrição da depressão do que a que encontramos aqui. Sua leitura permite compreender os medos mais poderosos: a insuportável dor e culpa do paciente, sua convicção de que ele precisa sacrificar sua vida por seus objetos e a ideia de que a cura o levará, irrefutavelmente, à sua morte. A onipotência maníaca mascara tais medos, e o componente persecutório na depressão dos pacientes que têm a reação terapêutica negativa fica tiranicamente em evidência.

Athol Hughes (Ed.) em Joan Riviere, 1936.

Uma contribuição para a análise da reação terapêutica negativa

Nessa contribuição, meu objetivo é chamar atenção para os importantes rumos das recentes conclusões teóricas sobre o lado prático do problema da reação terapêutica negativa. Refiro-me ao último trabalho de Melanie Klein (1935/1996) e, em particular, a seu artigo “Uma contribuição para a psicogênese dos estados maníaco-depressivos” no Congresso Lucerne (1934) sobre a posição depressiva.

Para começar, é necessário definir o que se entende por reação terapêutica negativa. Freud deu esse nome a algo que considerava ser uma manifestação específica dentre a variedade de nossos estudos de caso, embora admita que a reação

1 Tradução do artigo de Joan Riviere (1936) “Those wrecked by success”.

2 (28.6.1883 - 20.5.1962)

terapêutica negativa, em menor grau, deva ser encontrada em um número muito maior de casos. Quando me referi às observações de Freud sobre esse ponto, estava interessada em descobrir que, de fato, elas não são exatamente o que de modo geral se lembra e se representa acerca delas. A reação terapêutica negativa, eu diria, é geralmente entendida como uma condição que, em última instância, impede uma análise e a torna impossível; a expressão é constantemente usada no sentido de não analisável. Os comentários de Freud sobre o assunto estão quase todos em “O ego e o id”, nas últimas dezoito páginas que tratam do problema do sentimento de culpa inconsciente. Ele diz:

Certas pessoas não conseguem suportar qualquer elogio ou apreciação de progresso no tratamento. Toda solução parcial, que deveria resultar, e noutras pessoas realmente resulta, numa melhoria ou suspensão temporária de sintomas, produz nelas um momentâneo exacerbar de seu sofrimento; ficam piores ao em vez de melhorar.³ (Freud, 1923/2011a)

A última sentença poderia sugerir que eles são inanalísáveis, mas na verdade ele não diz isso, somente afirma que “há um momentâneo exacerbar de seu sofrimento”. Freud afirma que o obstáculo é “extremamente difícil de superar”; “muitas vezes não há forças contra-atuantes de intensidade similar”, e que “se deve honestamente confessar que temos aqui outra limitação à eficácia da análise” – mas ele não declara um impedimento definitivo. Claramente, a questão é meramente de grau, e ele poderia concordar com a atitude geral tomada a esse respeito. Ele não é, contudo, realmente tão pessimista quanto se costuma pensar; e isso me interessou, porque não fica clara a razão pela qual uma reação chega a ser considerada mais não analisável do que outra. As dezoito páginas em “O ego e o id” (1923/2011a) são, de fato, parte de sua contribuição no sentido de analisar isso (a reação terapêutica negativa), e a nossa compreensão dela foi agora muito ampliada por Melanie Klein.

O nome dado por Freud a essa reação, no entanto, não é de fato muito específico; uma reação terapêutica negativa pode referir-se ao caso de qualquer paciente que não se beneficia com o tratamento; e descreve também aqueles pacientes psicóticos ou “narcisistas” que Freud ainda considera inacessíveis à psicanálise. Parece-me

3 N.T. O texto de Freud aqui citado retirado de “O eu e o id”, na tradução de Paulo Cesar de Souza (São Paulo: Cia das Letras, 2011) p. 61 é o seguinte: “Há pessoas que se comportam muito peculiarmente no trabalho analítico. Quando lhes é dada esperança e mostrada satisfação com a marcha do tratamento, parecem insatisfeitas e geralmente pioram o seu estado. No começo enxerga-se nisso rebeldia e esforço de mostrar superioridade ao médico. Depois chega-se a uma visão mais profunda e justa. Não só nos convencemos de que tais pessoas não toleram elogio e reconhecimento, mas que reagem ao progresso da terapia de maneira inversa. Toda solução parcial que deveria trazer – e traz em outros – uma melhora ou suspensão temporária dos sintomas, nelas provoca um momentâneo exacerbar do sofrimento, elas ficam piores durante o tratamento em vez de melhorar. Mostram a chamada reação terapêutica negativa.” (Freud, 1923/2011a).

que essa reação específica por ele descrita contra a cura não difere tanto em qualidade daqueles casos mais gerais de fracassos terapêuticos que mencionei e que a dificuldade se deve, de certa forma, ao fracasso do analista em compreender o material e interpretá-lo de modo suficiente para o paciente. O que se assume em geral é que mesmo quando o analista tenha compreendido e interpretado inteiramente o material, o superego de certos pacientes é forte o suficiente para derrotar os efeitos da análise. Tentarei mostrar que outros fatores que colaboram para esta severidade do superego não tinham sido plenamente entendidos até pouco tempo atrás e por isso não puderam ser suficiente ou plenamente interpretados para nossos pacientes.

Ficará claro agora que o que me proponho a falar é, na verdade, sobre a análise de casos especialmente refratários. Não sei se posso avançar muito na definição do tipo de caso a que meus comentários se referem, em parte porque a experiência de um analista é necessariamente limitada, mesmo com relação a casos refratários; por outro lado, minha expectativa é de que um material inconsciente semelhante deva existir em outros casos difíceis, que por ventura eu não tenha tido um conhecimento pessoal. Eu diria, entretanto, que os casos nos quais fiz o maior uso e obtive a maior vantagem a partir da nova compreensão têm sido o que chamamos de casos difíceis de perturbações de caráter. Devemos nos lembrar que o superego nas neuroses de transferência costuma ser mitigado pelos sofrimentos decorrentes do sentimento de culpa e pelos sintomas que são uma verdadeira causa de inferioridade e humilhação, qualquer tenha sido o ganho secundário deles derivado; por outro lado, nas perturbações de caráter, nunca o superego foi aplacado desta maneira; eles sempre mantiveram a projeção de que as “circunstâncias” estiveram contra eles. Depois de algum tempo de análise, este paciente pode descobrir que passou a vida inteira punindo os outros e pode sentir que não é a cura que merece agora, mas o adoecimento ou a própria punição; e inconscientemente teme que seja isto o que a análise poderá trazer a ele caso se submeta a ela. É claro que encontramos estes motivos a favor ou contra a cooperação em todos os casos; apenas sugiro que nas perturbações de caráter, eles podem ter uma força peculiar.

Com relação a esse assunto das resistências (nas perturbações) de caráter, lembrarei a vocês um artigo de Abraham (1919) no qual ele tece alguns comentários e descreve certo tipo de dificuldade em análise, que ele virtualmente nomeia de *tipo narcísico* de resistência de caráter. Ele nos conta que tais análises são muito longas e que em nenhum destes casos ele obteve uma cura completa da neurose, e nós podemos ver que o grau de reação terapêutica negativa neste tipo de caso é o que o levou a distingui-lo. Os traços narcísicos neste tipo são, em resumo: eles demonstram uma inabilidade crônica e não meramente ocasional de entrar em associação livre, mantêm um fluxo constante de material cuidadosamente selecionado, arrumado e calculado para decepcionar o analista quanto à qualidade de ser “livre”; não

oferecem nada além dos aspectos bons de si mesmos; são altamente sensíveis e ficam ofendidos com facilidade; não aceitam nada novo, nada que eles já não tenham dito eles próprios; transformam a análise em uma situação confortável, não desenvolvem uma verdadeira transferência positiva, destituem o analista de sua posição e alegam que fazem melhor que ele o trabalho da análise. Embaixo de uma máscara de polida afabilidade e racionalização, são muito cruéis, satisfeitos consigo mesmos e desafiadores. Abraham demonstra a relação de todas estas características com a onipotência anal, e enfatiza, especialmente, a *máscara de submissão*, que distingue este tipo de resistência de uma transferência negativa aberta e a torna mais difícil de lidar do que esta última. Ele afirma ainda: “Estes pacientes fecham seus olhos para o fato de que o objetivo do tratamento é curar suas neuroses”. Aliás, embora Abraham não possa ser acusado disto, sinto que os próprios analistas nem sempre consideram um fato, a saber, que quando o paciente não faz o que ele devia fazer, o ônus deveria continuar sendo do analista: de descobrir a causa da reação do paciente. Em minha opinião, estava totalmente com a razão o paciente que disse: “Sim, doutor, quando você tiver removido minhas inibições contra dizer a você o que está na minha mente, eu irei então dizer o que está na minha mente”, e a situação é análoga à questão de melhorar pela análise. Este artigo de Abraham sugere o que eu considero uma proposição genérica válida, que em análises especialmente longas e difíceis, o núcleo do problema reside nas resistências narcísicas do paciente. Podemos supor, além disto, que este narcisismo pode não estar desligado da inacessibilidade ao tratamento das “neuroses narcísicas”, nome que Freud deu a algumas psicoses. Não há nada muito novo, ou imediatamente útil, na ideia de que o narcisismo é a raiz do problema – pois, afinal, o que é o narcisismo? Mencionarei apenas dois pontos gerais em conexão com isto. Um deles – o antigo – é de que qualquer grau acentuado de narcisismo pressupõe uma retirada da libido dos objetos externos para o ego e, em segundo lugar, o ponto mais novo, que admite agora que a libido do ego, especialmente à luz do trabalho mais recente de Melanie Klein, é uma coisa extremamente complexa. Freud fala sobre o narcisismo secundário derivado das “identificações egoicas”; a maioria de nós aqui considera que este inclui também os *objetos internos* do ego. Melitta Schimberg (1931) sugere que o amor pelos objetos introjetados é uma parte do narcisismo. Agora, portanto, o significado das relações do ego com seus objetos internalizados demonstra claramente que este vasto campo das relações de objeto dentro do ego, no âmbito do próprio narcisismo precisa de uma compreensão muito maior; acredito que mais luz nessa direção contribuirá de forma significativa para explicar estas até então inexplicáveis resistências à análise, como as que Abraham descreveu – as resistências narcísicas e as de tipo superegoicas de que nos fala Freud.

O conceito de *objetos* dentro do ego, algo diferente de identificações, é pouco discutido no trabalho de Freud; mas pode ser lembrado que uma importante

contribuição de sua psicologia da insanidade é construída quase inteiramente a partir desta concepção – refiro-me, é claro, ao seu trabalho “Luto e melancolia” (Freud, 1917/2011b), que trata dos problemas dos estados *depressivos*. Sua discussão em “O ego e o id” (Freud, 1923/2011a) do sentimento de culpa inconsciente está também intimamente entrelaçada com aspectos dos estados melancólicos. Observações me levaram a concluir que, onde as resistências narcísicas são muito pronunciadas, originando a característica falta de *insight* e ausência de resultados terapêuticos que estamos discutindo, estas resistências são de fato parte de um sistema de defesa altamente organizado contra um estado depressivo mais ou menos inconsciente do paciente e estão funcionando como uma máscara e um disfarce para ocultar este último. Minha contribuição para a compreensão dos casos especialmente refratários de tipo narcísico, portanto, consiste em duas propostas: a) que deveríamos prestar mais atenção na análise do mundo interno de relações objetais dos pacientes que são uma parte integrante de seu narcisismo, e b) que não deveríamos nos deixar enganar pelos aspectos positivos de seu narcisismo, mas sim olhar mais profundamente para a depressão que será encontrada subjacente a este. Que estas duas recomendações não estejam desconectadas, isto pode ser discernido no artigo de Freud que as liga entre si, e no ponto de vista de Melanie Klein de que a situação de objeto interno nesta posição é de suprema importância. A posição depressiva pode ser descrita, segundo ela, como uma perturbação da introjeção; *esta* é a situação de angústia inconsciente contra a qual nossos pacientes narcísicos estão se defendendo, e este deveria ser o verdadeiro objetivo da análise em tais casos.

Ora, essa específica situação de angústia, a depressiva, tem seu próprio mecanismo de defesa – a reação maníaca – da qual Melanie Klein traça também um esboço geral. O elemento essencial da atitude maníaca é a onipotência e a *recusa⁴ onipotente da realidade psíquica* o que leva, é claro, a uma percepção distorcida e defeituosa da realidade externa. Helene Deutsch (1934) mostrou o caráter inadequado,

4 NT A palavra “recusa” foi aqui escolhida para traduzir *denial* que poderia também ser traduzida por “negação”. A razão desta escolha foi seguir a tendência de considerar este uso de *denial* por Joan Riviere correspondendo de modo mais nítido ao termo alemão *Verleugnung* usado por Freud ao se referir ao mecanismo de defesa onipotente encontrado no fetichismo e depois reconhecido como um mecanismo presente em um grande número de outros casos clínicos ao lado do recalçamento. A recusa ou *Verleugnung* implica sempre uma cisão mais radical do que o recalçamento (*Verdrangung*) e é um mecanismo de defesa reconhecido na teoria kleiniana com o nome de “cisão” (ou “clivagem” ou “excisão”) como um dos mecanismos de defesa esquizoides, que frequentemente se encontra associado à projeção, vindo a constituir o mecanismo de “identificação projetiva” que envolve sempre uma combinação entre cisões e projeções. Cabe acrescentar que além da tradução de “recusa”, o termo *Verleugnung* tem sido traduzido também por “desautorização”. Para acompanhar a discussão e elucidação deste semântico ver Bass, A. *Difference and Disavowal – The Trauma of Eros*. California: Stanford Univ. Press, 2000 e Figueiredo, L.C. *Psicanálise. Elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003.

impraticável e fantástico da relação maníaca com a realidade externa. A *recusa* está relacionada especialmente com as relações de objeto do ego e recai sobre a sua *dependência de seus objetos*, decorrendo disto o *desprezo* e a depreciação do valor de seus objetos que são características marcantes, ao lado de tentativas desordenadas e tirânicas de *controle e domínio* de seus objetos. Muito poderia ser escrito sobre as defesas maníacas e espero que ainda seja, pois, em minha opinião, o futuro da pesquisa psicanalítica e, portanto, de toda a psicologia, depende agora de nosso reconhecimento, embora atrasado, da grande importância deste fator na vida mental. É verdade que temos conhecido muitas de suas manifestações e temos até mesmo uma palavra que já teria representado tudo isto, se já tivéssemos aprendido como usá-la – a palavra onipotência –, mas nosso conhecimento e compreensão do fator onipotência não foram ainda organizados, formulados e correlacionados em uma unidade teórica realmente útil. A onipotência tem sido um conceito vago, frouxa e confusamente cogitado, difusamente alternado com a ideia de narcisismo ou com a vida de fantasia; seu significado e especialmente suas funções não foram ainda claramente estabelecidas e colocadas. Nós deveríamos agora estudar melhor esta onipotência e especialmente seu especial desenvolvimento e aplicação nas defesas maníacas contra ansiedades depressivas.

Não será difícil constatar que o mais notável traço da atitude maníaca, ou seja, a recusa onipotente e o controle do ego sobre todos os objetos e em todas as situações seja algo tão característico nos pacientes refratários com suas resistências narcísicas. A inacessibilidade de tais pacientes é uma forma de sua *recusa*; implicitamente eles negam o valor de tudo que dizemos. Literalmente não nos permitem fazer nada com eles e no sentido de cooperação, eles não fazem nada conosco. São *eles* que controlam a análise, seja abertamente ou não. Se não somos rápidos o suficiente para ficarmos cientes disto, tais pacientes também conseguem exercer um grande controle real sobre o analista – e podem inclusive fazê-lo quando estamos bastante cientes disto. Até agora, me parece que não soubemos, ou não temos sabido o suficiente, exatamente onde localizar esta tendência ou como relacioná-la com o resto do contexto analítico, e assim, não temos sido hábeis para analisá-la. Estivemos inclinados a vê-la como uma transferência negativa e como uma expressão de atitudes agressivas em direção ao analista. Temos entendido tais tendências como defesas contra a angústia, mas não nos demos conta de que um temor *especial* está subjacente a este modo especial de obter segurança. Penso que toda a descrição de Abraham, com todos os detalhes das resistências narcísicas explicitadas, apresenta de fato um quadro inconfundível das várias expressões da defesa maníaca – o controle onipotente do analista e da situação de análise pelo paciente – que ainda, como ressalta Abraham, é muitas vezes mascarado de forma extremamente inteligente. A recusa consciente ou inconsciente de tais pacientes em produzir “livres associações”, suas seleções e arranjos daquilo

que vão dizer, suas recusas implícitas ou explícitas de qualquer coisa que seja vergonhosa para eles mesmos, as suas recusas em aceitar qualquer ponto de vista alternativo ou qualquer interpretação, exceto quando é feita com muita lábia, suas provocações e sua obstinação, e suas pretensões de substituir o analista e melhorar seu trabalho, tudo isto demonstra a sua determinação de manter a supremacia e sua angústia de se submeter ao poder do analista. A associação livre poderia colocá-los em contato com os “ternos favores” do analista; o amor pelo analista e uma transferência positiva teriam o mesmo resultado; e também qualquer admissão de suas falhas. Paralelamente à sua autossatisfação e reivindicações megalomaniacas, seu egocentrismo se revela através de uma mesquinhez pronunciada, e muitas vezes pela ausência das formas mais cotidianas de reconhecimento da generosidade. Certos pacientes desse tipo escondem de nós, de modo especial, todas as evidências de caráter incontestável que poderiam confirmar as nossas interpretações. Eles nos deixam com sonhos, símbolos, voz, maneiras, gestos; sem nenhuma declaração, sem nenhuma admissão relativa a eles próprios. Então, podemos dizer o que quisermos pois nada fica comprovado – embora, que fique claro, eles aceitam a ajuda que recebem, mas recusam a nós toda a ajuda e todo reconhecimento. Abraham interpreta este traço como sendo uma onipotência anal. Além desta articulação, isso expressa de modo especial a sua necessidade de reservar e preservar para si mesmos tudo o que tenha algum valor, todas as coisas boas, por várias razões e, especialmente, por temer que os outros (entre eles o analista) vão ganhar poder por intermédio delas. Acima de tudo, entretanto, o traço de *enganação*, a máscara que esconde esta reserva sutil de todo controle ao abrigo de racionalizações intelectuais, ou sob uma confiança simulada e uma polidez superficial, tudo isto é característico da defesa maníaca. Esta máscara deve sua origem, indubitavelmente, à dissimulação especializada do paranoico; mas, ela é explorada na posição maníaca não como uma defesa em si mesma, mas como um disfarce⁵ para a defesa que visa a assegurar o controle exclusivo. Para a descrição deste tipo de paciente, gostaria de acrescentar aqui outro importante detalhe: eles demonstram uma sensibilidade muito particular com relação a sentir de modo consciente algum tipo de angústia; é bem claro que precisam manter o controle de modo a não serem tomados de surpresa, e para não ficarem expostos a momentos de angústia. Abraham comenta sobre a falta de afeto de tais pacientes, e isto, a meu ver, é para ser considerado, antes de mais nada, como um pavor com relação aos afetos de *angústia*. Mas sua completa incapacidade para qualquer sentimento de culpa é igualmente espantosa e com certeza um de seus traços mais psicóticos, pois manifesta a sua falta de senso de realidade: eles lidam com situações de culpa inteiramente através de projeção, recusa e racionalização.

5 N.T. É interessante observar como os múltiplos sentidos trazidos pela palavra aqui usada no texto original *cover* nos ajudam a pensar a dinâmica psíquica descrita: cobertura, capa, tampa, disfarce.

Ora, poder-se-ia objetar aqui que nenhum analista digno deste nome deixou de interpretar essas manifestações precisamente dessa forma, repetidas vezes em sua prática, isto é verdade, é claro; mas, a meu ver, há toda a diferença do mundo entre o que pode ser chamado de interpretações avulsas e isoladas, por mais corretas e por mais frequentes que possam ser, e a compreensão e interpretação de tais detalhadas ocorrências como parte de um *sistema de defesa e resistência organizado*, com todas as suas ligações e ramificações se espalhando amplamente pela configuração de sintomas, da formação do caráter e dos padrões de comportamento do paciente. A análise tem que se preocupar com detalhes do cotidiano porque somente o detalhe imediato do momento mobiliza o afeto e ganha significado para o paciente, mas o analista tem que ser cuidadoso para não se tornar muito interessado afetivamente na elaboração de interpretações detalhadas: ele tem que tomar o cuidado de não perder a visão de conjunto, mergulhando no detalhe. Ele deve ter como objetivo, não apenas o entendimento de cada detalhe por si mesmo, mas o saber onde colocá-lo no esquema geral da composição mental do paciente e no contexto contínuo do trabalho analítico. Certamente o que se chamou de “análise pontual” ou de interpretações instantâneas foi, há muito tempo, condenado; Ella Sharpe, por exemplo, liderou certa vez uma cruzada contra interpretações *ad hoc* de símbolos que acabavam sem sentido, posto que não faziam parte de um quadro mais amplo. Estou insistindo agora em apenas mais uma aplicação deste princípio. Sugiro que a tendência a controlar a análise e o analista que vemos com frequência nos pacientes é ainda mais generalizada do que supúnhamos, pois é, em grande medida, mascarada e disfarçada por uma conformidade superficial e vem a fazer parte de uma atitude defensiva geral extremamente importante – a defesa maníaca – que deve ser compreendida enquanto tal.

Agora nos perguntamos: qual é a relação específica entre esta linha especial de defesa e a reação terapêutica negativa; por que a necessidade de controlar tudo se manifesta de modo tão particular através da reação a não melhorar? Há algumas respostas óbvias para isto, todas elas mostram que não melhorar é o resultado indireto e inevitável dessas resistências. Por exemplo, acabei de sugerir que, até este momento, as tendências dos pacientes a usurpar todo o controle foram consideradas a expressão de uma transferência negativa e de hostilidade contra o analista. Esta interpretação é certamente correta até onde ela alcança; o paciente é extremamente hostil; mas isto não é tudo. As coisas não são tão simples. A grande importância de analisar as tendências agressivas tem sido, talvez, levada longe demais e em alguns setores tem se voltado contra a sua própria finalidade, tornando-se, ela mesma, uma resistência a uma compreensão analítica maior. Nada levará mais certamente a uma reação terapêutica negativa no paciente do que falhar em reconhecer qualquer coisa a não ser a agressão em seu material.

A questão do por que a defesa por controle onipotente leva de forma tão típica à reação terapêutica negativa não pode ser plenamente respondida até que consideremos a situação de angústia subjacente a esta defesa; mas, penso que há uma conexão direta entre as duas que deve ser indicada aqui. De fato há no paciente um certo desejo de não melhorar. E este desejo tem, ele próprio, e de forma parcial, a natureza de uma defesa. Ele vem do desejo de preservar um *status quo*, um estado de coisas que se mostrou suportável. Ele está construído sobre muitas formações de compromisso; o paciente não termina a análise, mas também não rompe com ela. Ele encontrou um certo equilíbrio e não pretende que seja perturbado. Em minha opinião, esta é uma importante explicação geral do fenômeno sobre o qual Freud fala. Ele diz: “Poucas palavras de elogio ou esperança ou até mesmo uma interpretação provocam um inconfundível agravamento de sua condição” (1933 [1932]/1976). Se o paciente está mudando, ou está sendo mudado, ele está perdendo o controle; o equilíbrio que ele estabeleceu em sua atual relação com o analista será perturbado; então, ele tem que restabelecer sua condição anterior e retomar seu controle das coisas. Na realidade, essa reação de angústia frente à ideia de fazer progressos com frequência desaparece ao ser interpretada; e é claro, interpretada não *somente* deste modo geral, mas tornando clara e detalhando a conexão entre a resistência imediata e a angústia imediata. Aliás, existem muitos caminhos em que este aspecto da defesa por controle (ou seja, aquele de prolongar e manter o *status quo*) é limítrofe e se funde com a técnica obsessiva de prolongar no tempo e preservar no espaço certas distâncias, sempre mantendo uma relação nunca absoluta ou final, mas sempre relativa. Mas a conexão entre a forma maníaca e a obsessiva de defesa não faz parte do meu assunto aqui.

Se o paciente deseja preservar as coisas como elas são e até mesmo sacrificar sua cura por esta razão, isto não é realmente porque ele não deseja melhorar. A razão pela qual ele não melhora e tenta prevenir qualquer mudança é porque, mesmo que ele deseje isto, não acredita que irá melhorar. O que ele realmente espera de modo inconsciente não é uma mudança para o melhor, mas uma mudança para o pior, e mais, uma mudança que não irá afetar somente a ele, mas ao analista também. Em parte, é para salvar o analista das consequências disto que ele se recusa a se movimentar em qualquer direção. Mellita Schmideberg disse algo semelhante no artigo já citado: “A inacessibilidade nos pacientes é devido ao medo de que algo *ainda pior* aconteça”. Agora, qual é a situação ainda pior que os pacientes estão evitando pela manutenção do *status quo*, pela manutenção do controle, por meio de suas defesas onipotentes? É contra o perigo da *posição depressiva* que ele está resguardando a si e a nós; o que ele teme é que tal situação e tais angústias possam vir a ser uma realidade, que tal realidade psíquica em sua mente possa se tornar real através da análise. A verdade psíquica por trás de suas negações onipotentes é a de que os piores desastres

realmente já aconteceram; é essa verdade que ele não quer permitir que a análise torne real, não quer dar-se conta disto, nem por si mesmo, nem por nosso intermédio. Ele não pretende ficar nem um pouco “melhor”, mudar, ou terminar a análise, porque não acredita ser possível que nenhuma mudança ou nenhuma diminuição do controle de sua parte possa trazer qualquer coisa de bom, a não ser a realização de um desastre para todos os envolvidos. É possível dizer de forma direta que aquilo que estes pacientes em última análise temem – o núcleo, digamos assim, de todos os seus medos – é seu próprio suicídio ou a loucura, resultado inevitável, como ele o sente inconscientemente, se suas angústias depressivas ganhassem vida. Ele as está mantendo paradas, se não mortas, através de sua imobilidade. Alguns pacientes que analisei sentiram bem conscientemente este pânico de perder as defesas maníacas durante a análise deles; ameaçaram-me e imploraram para que eu deixasse tudo isso em paz e não “as tirasse” deles, e ao mesmo tempo previram que a sua remoção significaria caos, ruína para si mesmo e para mim, impulsos de assassinato e suicídio; em outras palavras, a depressão que até certo ponto sobrevém à medida que a defesa enfraquece. Mas nem seria preciso dizer que o analista não precisa se desesperar, pois à medida que vai aumentando a capacidade de tolerar a depressão e suas angústias, compensações muito significativas gradualmente a acompanham, e a capacidade de amar começa a ser liberada à medida que diminui o estrangulamento maníaco das emoções.

O conteúdo da posição depressiva (como Melanie Klein tem mostrado) é a situação na qual todos os entes queridos internos da pessoa estão mortos e destruídos, toda a bondade se dispersou, ficou perdida, em fragmentos, foi desperdiçada e espalhada aos ventos; nada foi deixado dentro, a não ser a absoluta desolação. O amor traz sofrimento e arrependimento, o arrependimento traz culpa; aumenta a tensão intolerável, não há saída, a pessoa se sente completamente sozinha, não há ninguém com quem compartilhar ou alguém para ajudar. O amor deve morrer porque o amor está morto. Além disso, não há ninguém para alimentar, e ninguém a quem se poderia alimentar, e nenhum alimento no mundo. E mais: ainda ficam poderes mágicos nos perseguidores imortais que não podem nunca ser exterminados – os fantasmas. A morte deverá acontecer imediatamente – e a pessoa deve escolher a morte por suas próprias mãos, antes que tais acontecimentos venham a ser.

À medida que a análise prossegue e enfraquecem-se as defesas persecutórias projetivas, sempre entrelaçadas com a posição de controle onipotente que também diminui, o analista começa então a perceber as fantasias se aproximando desse pesadelo de desolação que começa então a tomar forma. Mas a forma que elas assumem é, por assim dizer, aquela do paciente; o palco da desolação é ele mesmo. A realidade externa continua a sua rotina cotidiana: é dentro dele mesmo que esses horrores habitam. Nada se compara ao estado de uma pessoa em depressão para nos oferecer

um quadro tão claro do mundo interno, no qual toda relação passada ou presente – quer seja em pensamento ou em ato, com qualquer pessoa amada ou odiada – ainda continua existindo e continua sendo encenada. A mente do deprimido fica inteira e completamente preocupada com o seu interior e se volta para dentro; e exceto quando projeta algo deste horror e desolação, não tem interesse em mais nada fora de si mesma. Para salvar sua própria vida e impedir a morte por desespero que o está ameaçando, toda a energia que ele tem fica empenhada em afastar as últimas fatalidades dentro dele e em restaurar e fazer reviver, onde e o quanto for possível, todos os objetos vivos e doadores de vida que ainda restarem. São estes esforços que assim se manifestam, e também as lutas frenéticas ou frágeis para fazer reviver os outros dentro dele e *assim* sobreviver; porém, o desespero e a desesperança nunca se tornam, de fato, completos. Os objetos nunca são sentidos como estando completamente mortos, pois isto significaria a morte para o ego; a angústia é tão grande porque a vida está suspensa por um fio de cabelo e a qualquer momento a situação de horror completo pode acabar se tornando real.

Enquanto puder lutar, e o faz sob o domínio de sua culpa inconsciente e da angústia de reparar e restaurar, o paciente tem somente a mais frágil convicção inconsciente de que vá conseguir fazer isto; a mínima falha na realidade, o menor sopro de crítica e a sua convicção volta de novo ao nível zero – morte ou loucura, a sua própria e a dos outros, estão sempre diante dos olhos de sua mente inconsciente. Não há possibilidade de regenerar e recriar todas as perdas e danos que ele causou e, se ele não puder pagar esse preço, sua própria morte será a única alternativa.

Penso que o medo que o paciente sente de ser levado à morte por causa da análise é um dos principais fatores subjacentes neste tipo de caso, e é por isso que o coloquei em primeiro lugar. A menos que isto seja considerado, muitas interpretações vão perder a sua importância. Todos os seus esforços de deixar as coisas em ordem nunca têm êxito *suficiente*, ele pode somente apaziguar seus perseguidores internos por algum tempo, enganá-los, alimentá-los com esmolas, “mantê-los indo”; e então mantém as coisas indo, o *status quo*; mantém alguma crença de que “um dia” terá feito tudo, e desta forma vão sendo adiados a catástrofe e o dia do acerto de contas e do julgamento. Um paciente tecera tudo isto em um padrão defensivo ao longo de toda a vida: sua morte seria exigida, sim, mas ele daria um jeito para que ela fosse adiada até que sua duração normal tivesse decorrido. Ele havia alcançado uma posição de sucesso e reconhecimento em sua área de trabalho no mundo, de modo que na idade avançada os avisos de seu obituario iriam ainda finalmente servir como as últimas e definitivas negações e defesas contra as suas terríveis angústias e a sua própria descrença fundamental em alguma real capacidade para o bem em seu interior.

Disse anteriormente que a compreensão desses casos refratários se assenta, de um lado, em nosso reconhecimento de que as resistências narcísicas e onipotentes

estavam mascarando uma posição depressiva nestes pacientes. Esta tem sido minha própria experiência, mas eu posso fundamentá-la teoricamente de um modo simples. O paciente não melhora. A análise não tem efeito sobre ele (ou não o suficiente), porque ele resiste a ela e a seus efeitos. Por quê? Analisar significa então desmascarar e trazer à luz o que está nas profundezas de sua mente; e isto é verdade tanto no sentido da realidade externa consciente como no da realidade psíquica interna. Ele resiste precisamente contra isto: conhecer conscientemente aquilo que está nas profundezas de sua mente. Mas isto é uma evidência; todos nós e todos os pacientes fazemos isto, vocês dirão. É claro que isto é verdade; só que estes pacientes fazem isto *mais* que os outros pela simples razão que, neles, a realidade inconsciente subjacente é mais insuportável e horrível do que em outros casos. Não que suas fantasias sejam mais sádicas; Glover, com frequência, nos lembra que estas mesmas fantasias podem ser encontradas em todos nós. A diferença é que a posição depressiva é relativamente mais forte neles; o sentimento de fracasso, de inabilidade para remediar as questões é enorme, a crença em coisas melhores é muito fraca: o estado de desespero está muito próximo. E analisar significa então desmascarar: isto é para o paciente exhibir em toda a sua realidade, tornar real, “realizar”, este desespero, descrença e *sentimento de fracasso*, que então, por sua vez, simplesmente significa a morte para o paciente. Torna-se então bastante compreensível porque ele não quer saber de nada disto. Contudo, com todos os fios de esperança que ainda possa ter, ele sabe que ninguém exceto um analista vai se arriscar a se aproximar, assim mesmo só até a margem desses seus problemas; e assim ele se agarra à análise, com uma esperança desesperada, ao mesmo tempo em que, de fato, não tem nenhuma confiança nela.

A atitude inacessível do paciente é, então, a expressão das recusas de tudo o que o analista lhe mostra do conteúdo inconsciente de sua mente. Sua megalomania, sua falta de adaptação à vida real e à análise são apenas superficialmente recusas da realidade externa. O que ele está verdadeiramente empenhado em recusar é a sua própria *realidade interna*. Aqui chegamos ao meu segundo ponto: as relações de objeto internas que são uma parte integral de seu narcisismo.

Quando entramos em um contato mais próximo com a importância dos objetos internalizados, neste caso, um aspecto geral da situação fica imediatamente claro, em vista do que já foi dito sobre a posição depressiva. O objetivo consciente do paciente ao vir para a análise é melhorar a si mesmo: inconscientemente, este ponto é relativamente secundário, pois outras necessidades vêm em primeiro lugar. Inconscientemente seu objetivo é: (1) do ponto de vista paranoico – subjacente à sua posição depressiva – sua tarefa é algo bem mais urgente do que melhorar; ela é simplesmente a de evitar a morte iminente e a desintegração que constantemente o ameaçam. Porém, ainda mais do que isso (uma vez que o aspecto paranoico das coisas não é o mais insuportável), inconscientemente, seu principal objetivo deve

ser (2) curar e tornar saudáveis e felizes todos os seus objetos amados e odiados (todos aqueles que ele algum dia amou e odiou), antes de pensar em si mesmo. E para ele, estes objetos agora estão dentro dele. Todas as injúrias que já fez contra eles em pensamento ou em atos surgiram de seu “egoísmo”, de ser muito ganancioso, muito invejoso, não ser suficientemente generoso e disposto a permitir que eles tivessem acesso ao prazer (seja em termos do prazer oral, anal ou genital) – de não tê-los de fato amado o suficiente. Na sua mente cada um desses atos e pensamentos de egoísmo e injúria aos outros tem que ser revertido e transformado em algo bom, através de sacrifícios de sua parte, antes que ele possa ter certeza de que sua própria vida está em segurança – e ainda muito menos que possa começar a se preocupar em ficar bem e feliz ele próprio. Nossa oferta de análise para fazê-lo ficar melhor e feliz é inconscientemente uma sedução direta, por assim dizer, uma traição; significa para ele uma oferta que vai ajudá-lo a abandonar a sua tarefa de curar os outros antes de tudo, uma conspiração consigo para colocá-lo mais uma vez em primeiro lugar, para tratar seus objetos como inimigos e negligenciá-los ou até mesmo derrotá-los e destruí-los ao invés de ajudá-los. Do ponto de vista paranoico, está muito bem, e ele não deseja nada melhor, mas há sempre algo além da posição paranoica; existe também a única coisa boa que ele possui: seu núcleo de amor soterrado e a sua necessidade última de chegar a pensar nos outros, antes de si mesmo, de tornar as coisas melhores para eles e, assim, tornar-se melhor. E a oferta do analista de ajudá-lo parece inconscientemente uma traição aos outros – a todos os outros que merecem tanto a sua ajuda, mais do que ele próprio. Além disso, ele não acredita nem por um momento que qualquer pessoa realmente boa ia querer ajudá-lo antes de todos os outros que necessitam tão mais; então suas suspeitas com relação ao analista e a seus poderes e intenções se despertam. Podemos supor que seria talvez possível aliviar tais suspeitas enfatizando até que ponto os outros irão se beneficiar da sua cura; mas, com relação a este ponto técnico, desejo aqui fazer uma importante digressão. Deve tê-los impressionado o quão incongruente e contraditório é este quadro dos objetivos inconscientes do paciente – um deles – (o de tornar todos os seus objetos saudáveis e felizes), quando comparado com o seu comportamento egoísta manifesto. Mas tal incongruência não é acidental; o terrível contraste entre o extremo egoísmo consciente e um extremo altruísmo inconsciente é uma das principais características da defesa de recusa. A fim de recusar um aspecto subjacente da realidade, ele exhibe o extremo oposto. Então preciso lembrá-los que os objetivos inconscientes do paciente são realmente inconscientes e que não podemos usá-los diretamente como uma alavanca para ajudar na análise. Não podemos dizer “O que você realmente quer é curar e ajudar as outras pessoas, aqueles que você ama, e não a você mesmo”, pois esse pensamento é precisamente o pensamento mais terrível do mundo para o paciente; ele traria à tona de uma só vez todo o seu desespero e o sentimento de fracasso – todas

as suas piores angústias. Qualquer declaração como essa, expressa de forma clara e dirigida dessa forma, tem na melhor das hipóteses o efeito imediato de produzir uma resistência paranoica como defesa; pois quando podemos enxergar através de suas recusas percebemos que a defesa maníaca falhou. Nós precisamos ser tão cuidadosos quanto a atribuir diretamente qualquer tipo de motivação altruísta a estes pacientes quanto a acusar uma histérica de sadismo ou agressão. Não obstante, quando conhecemos a situação inconsciente, sabemos como vigiar nossos passos; e mesmo se não pudermos, pelo menos por um bom período de tempo, usar esta alavanca, sabemos que ela está aí e poderá trazer à tona quaisquer indicações da situação inconsciente que porventura existam, através de maneiras sutis, indiretas e graduais, que não suscitem resistências instantâneas e não manejáveis.

Essa dificuldade – de que o paciente se sinta inconsciente e inteiramente não merecedor de ajuda analítica e, além disso, ache que ao aceitar a análise está traíndo o único lado bom de si mesmo, o que o levaria a dedicar a sua vida a fazer felizes os seus entes queridos – só pode ser superada de um jeito, a saber, através da possibilidade de que a análise, ao torná-lo melhor, irá finalmente fazê-lo capaz de alcançar sua missão junto aos outros – seus entes amados. Seu *verdadeiro* objetivo é, ao contrário, que eles fiquem bem em primeiro lugar e só então ficar bem ele próprio e sentir-se bom; mas isto é, na verdade, impossível, tanto interna quanto externamente, pois o seu sadismo ainda está fora de controle. A esperança mais próxima é esta inversão, novamente na linha de uma contradição, ou esta negociação – isto é, ser ele mesmo curado a fim de, então, curar os outros. É unicamente no âmbito desta compreensão, por assim dizer, inconsciente, e colocando toda a responsabilidade no analista, que tais pacientes chegam a aceitar a análise; e acredito que esta esperança, e somente esta, é a motivação última para o infinito tempo, o sofrimento e os custos que estes pacientes têm que despender para continuar a análise. Temos que reconhecer que fazem tudo isto ainda que não melhorem. Por que o fazem, isto não foi até agora completamente entendido. Este único motivo inconsciente, então, que ele se cure a fim de finalmente ser capaz de cumprir seu dever para com os outros, e não para seus próprios fins, é o único, tênue fio positivo a partir do qual a análise se sustenta. Mas podemos logo constatar quão impotente este motivo acaba sendo, como ele é enfraquecido, obstruído e minado por inumeráveis forças contra-atuantes. Por um lado, o paciente nem por um minuto acredita nisso; é tão grande o medo de seu próprio id e de seus incontroláveis desejos e agressões, que não acredita em nenhum tipo de segurança, em nenhum benefício obtido através da análise para o bem de seus objetos; ele sabe muito bem, poder-se-ia dizer, que vai meramente repetir seus crimes e vai agora utilizar o analista para a sua própria gratificação e adicioná-lo à lista daqueles que despojou e arruinou. Uma de suas maiores angústias inconscientes é que o analista seja enganado neste exato ponto e que ele consinta em ser mal

usado desta maneira. Ele está sempre continuamente e de uma forma disfarçada nos enviando avisos acerca de sua própria periculosidade.

Além disso, acima desta angústia de estar aceitando a análise sob um falso pretexto, desta maneira enganando e traindo mais uma vez seus bons objetos, há um medo ainda maior, ligado, mais uma vez, ao medo do ego com relação a sua própria sorte, e que se liga ao medo da morte, inconscientemente tão forte em sua mente. Este é o pavor de que se fosse, fiel e verdadeiramente, curado pela análise, e se tornasse enfim capaz de alcançar a reparação necessária para todos aqueles que ele amou e feriu, a magnitude da tarefa iria absorver todo o seu *self*, com cada um dos átomos de todos os seus recursos, todos os seus poderes físicos e mentais enquanto estivesse vivo: cada respiração, batida do coração, gota de sangue, cada pensamento e momento do tempo, cada posse, todo o dinheiro, cada vestígio de toda e qualquer capacidade; ou seja, uma escravidão e auto-imolação tão extremadas que ultrapassam a imaginação consciente. Isto é o que a cura significa para ele de seu ponto de vista depressivo inconsciente; e seu *status quo* de ser incurável, em uma análise sem fim, é claramente preferível a uma tal concepção de cura – por mais grandiosa e magnificente, e em certo sentido por maior que seja o seu poder de atração.

Espero que ao falar acerca dos objetivos inconscientes do paciente de fazer os outros ficarem bem e felizes, antes de si próprio, vocês tenham entendido que os outros a que me referi eram sempre os entes queridos *em seu mundo interno*; e estas pessoas amadas são também, ao mesmo tempo, os objetos de todo o seu ódio, vingança e impulsos assassinos! A sua atitude egoísta e autorreferida corresponde com muita precisão a um dos lados da situação em sua mente inconsciente – ao ódio, à crueldade e à insensibilidade que ali existem; e representa seus medos por seu próprio ego no caso em que o amor por seus objetos se tornasse forte demais. Todos nós, em alguma medida, temos medo da dependência que vem com o amor.

Falei também do contraste e da incongruência entre, de um lado, o seu amor e a sua necessidade de salvar e, de outro lado, o seu egoísmo, a sua tirania e a sua falta de sentimento pelos outros. Esse egoísmo é a sua falta de um senso de realidade. Pois as suas relações de objeto não são com pessoas reais, suas relações de objeto estão todas elas dentro dele mesmo; seu mundo interno é, para ele, o mundo *inteiro*. O que quer que ele faça por seus objetos ele o faz por si mesmo também; se ao menos ele pudesse fazer algo! – pensa ele; e em sua *mania* ele pensa que *pode*. Então é a esmagadora importância do mundo interno de suas relações emocionais que o tornam tão egocêntrico, antissocial e autocentrado na vida real – tão fantástico!

No paciente, a atitude inconsciente de amor e ansiedade com relação aos outros não é idêntica ao sentimento inconsciente de culpa de Freud, embora a sensação de que ele não merece nenhuma ajuda até que seus entes queridos tenham recebido uma dose plena dela – isto sim corresponde ao sentimento de culpa inconsciente.

Segundo Freud, este desmerecimento de si encontra uma compensação no adoecimento, mas apenas alguma compensação; a doença ou as análises longas são formações de compromissos. A meu ver é o amor por seus objetos internos que está subjacente e produz a insuportável culpa e a dor, a necessidade de sacrificar sua vida por eles, e aí então é a perspectiva da morte o que faz esta resistência ser tão obstinada. Nós só conseguimos combater esta resistência desenterrando este amor e também a culpa a ele associada. Para estes pacientes, se não para todos os outros, o analista representa um objeto interno. É, portanto, a transferência positiva do paciente que precisamos fazer vir à tona; e é contra isto que eles resistem acima de tudo, apesar de saber bem como mostrar no lugar disto uma “cordialidade”, que declaram ser normal e apropriada, alegando que ela deveria nos satisfazer por ser “não neurótica”. Alegam que sua transferência está resolvida antes de ter sido sequer abordada. Nós seremos iludidos se aceitarmos isto. O que está subjacente é um desejo muito intenso por um êxtase que viria da união completa com um objeto, para todo o sempre, e este amor está vinculado a uma incontrolável e insuportável fúria de vir a ser desapontado, junto também, com a angústia e os temores oriundos de outras relações de amor.

Nas observações de Freud acerca das dificuldades da reação terapêutica negativa há uma nota de rodapé extremamente interessante em associação com isso. Ele diz que esse sentimento inconsciente de culpa é algumas vezes um “empréstimo”, adotado de alguma outra pessoa que um dia foi um objeto de amor e é, agora, uma das identificações do ego. E, “se podemos desmascarar essa relação de objeto anterior por trás do sentimento inconsciente de culpa, o sucesso da tarefa terapêutica é brilhante”.⁶ Esse é o ponto de vista que acabei de propor; que o amor pelo objeto

6 N.T. Transcrição integral do texto de Freud: “A luta contra o obstáculo do sentimento de culpa inconsciente não resulta fácil para o analista. Diretamente nada podemos fazer contra ele, e indiretamente, apenas desvendar aos poucos os seus fundamentos inconscientemente reprimidos, com o que ele gradualmente se transforma em sentimento de culpa consciente. Temos uma oportunidade especial de influenciá-lo quando este sentimento de culpa *ics* é *emprestado*, ou seja, é produto da identificação com uma outra pessoa, que uma vez foi objeto de um investimento erótico. Tal adoção do sentimento de culpa é com frequência o único vestígio, difícil de ser reconhecido, da relação amorosa abandonada. A semelhança com o processo da melancolia é inconfundível. Se pudermos desvendar esse antigo investimento objetal por trás do sentimento de culpa *ics*, a tarefa terapêutica resolve-se brilhantemente, com frequência; de outro modo, não se garante absolutamente o desfecho do esforço terapêutico. Em primeiro lugar depende da intensidade do sentimento de culpa, a que a terapia, frequentemente, não pode opor uma força contrária de igual magnitude. Talvez dependa também de a pessoa do analista permitir que seja colocada, pelo doente, no lugar de seu ideal do Eu; e a isto se relaciona a tentação de desempenhar, ante o paciente, o papel de profeta, salvador de almas, redentor. Como as regras da análise se opõem resolutamente a essa utilização da personalidade médica, há que honestamente conceder que temos aí um novo limite à ação da psicanálise, que, afinal, deve proporcionar ao Eu do paciente a liberdade de decidir de uma ou outra maneira, e não tornar impossíveis as reações patológicas”. (Freud, 1923/2011a, nota de rodapé, p. 62)

interno possa ser encontrado atrás da culpa (só Freud considera o amor como passado e superado). Ele acrescenta um *link*, também, com a transferência positiva. “O sucesso pode depender também, diz ele, de saber se a personalidade do analista admite ser colocada no lugar do ego-ideal”. Mas a sugestão de Freud de que a culpa é “adotada” de um objeto agora interno mostra-nos que o brilhante sucesso terapêutico se assenta em uma *projeção* (ou localização) *da culpa em um objeto, através de um objeto interno*; e esta é uma característica extremamente comum da defesa maníaca (que pode, é claro, ter sido construída a partir de alguns acontecimentos da experiência). E sua sugestão de que a personalidade do analista determina se ele pode ou não desempenhar o papel de ego-ideal indica que a consciência e as circunstâncias externas estão sendo usadas para nublar a questão, exatamente da mesma maneira que o paciente maníaco faz uso delas, quando pode. O analista já é inconscientemente o ego-ideal, ou um protótipo dele para esses pacientes; se eles podem racionalizar seu amor ultra dominador e idealizá-lo, então eles conseguem, em alguma medida, se dar conta disto sem a análise; e isto é em parte, com certeza, uma reparação. O verdadeiro caráter agressivo de seu amor e a sua culpa inconsciente ligada a isto ainda estão sendo recusados. Freud admite que este é um método arriscado que o analista não deve usar. Mas o paciente tenta ao máximo nos enganar desta forma. Em anos passados, grande parte de nosso sucesso terapêutico, a meu ver, na verdade repousava e ainda pode repousar sobre este mecanismo, sem que o tivéssemos entendido. O paciente usa-nos de seu próprio modo ao invés de ser plenamente analisado; e sua melhora se baseia em um sistema de defesa maníaca. Hoje em dia, considero essa possibilidade um perigo, ainda que assim não fosse anteriormente; pois a análise da agressividade primitiva desperta agora angústias severas, ao passo que o reconhecimento e o encorajamento, por parte do analista, das tentativas de reparação do paciente (na vida real) aliviam a agressividade e as angústias primitivas meramente através do método onipotente de encobrir e negar a realidade depressiva interna – o seu sentimento de fracasso. O resultado é que o paciente pode desenvolver um sistema de defesa maníaca – uma negação de sua doença e ansiedades – ao invés de uma cura, porque a situação depressiva de fracasso nunca chega a ser aberta. Em minha experiência, a verdadeira análise do amor e da culpa que pertencem à situação de angústia depressiva, em razão de se acharem tão profundamente enterrados, é de longe a tarefa mais difícil com a qual nos deparamos; e os casos de sucesso citados por Freud parecem ser fugas apressadas disto, através dos métodos de projeção e negação escolhidos pelo paciente.

A característica mais importante a ser enfatizada nestes casos é o grau de falsidade inconsciente e de decepção que há neles. É sobre isto que fala Abraham; mas ele, entretanto, não associou isto com um sentimento de culpa inconsciente. Para nós analistas, tanto a plena e verdadeira transferência positiva quanto a verdadeira

transferência negativa são difíceis de tolerar; mas a falsa transferência, quando os sentimentos do paciente por nós são todos insinceros e nem chegam a ser sentimentos, quando o ego e o id estão aliados na mentira contra nós, esta é uma situação que o analista não consegue suportar com facilidade. Uma transferência falsa e traiçoeira em nossos pacientes é um golpe tão grande para o nosso narcisismo que envenena e paralisa nosso instrumento para o bem (nosso entendimento da mente inconsciente do paciente) e tende a suscitar fortes angústias depressivas em nós mesmos. Então, a falsidade do paciente, com frequência, se depara com a recusa de nossa parte e permanece despercebida e não analisada por nós também.

Referências

- Abraham, K. (1979). A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. *Selected Papers on Psycho-Analysis*. London: Karnac Books, 1979. (Trabalho original publicado em 1919)
- Deutsch, H. (1934). Don Quijote and Donquijotismus. *Imago*, XX, (5) 444-449.
- Freud, S. (2011a). O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). In S. Freud, *Obras Completas*. (Trad. Paulo César de Souza, Vol. 16). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (2011b). Luto e melancolia. In S. Freud, *Obras Completas*. (Trad. Paulo César de Souza, Vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1976). Novas conferências introdutórias à psicanálise. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933)
- Klein, M. (1996). Uma contribuição à psicogênese dos estados maniaco-depressivos. In M. Klein, *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945) Obras Completas de Melanie Klein*. (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1935)
- Riviere, J. (1958). Those wrecked by success. In A. Hughes (Ed.), *The inner world and Joan Riviere: Collected Papers: 1920*. (pp. 133-153). London: Karnac. (Trabalho original publicado em 1936)

Tradução de Livia Santiago Moreira e Elisa Maria de Ulhôa Cintra