

Richard é um menino que foi analisado por Klein durante a II Grande Guerra, em uma época na qual os aviões alemães bombardeavam duramente Londres. Trata-se de uma análise exaustiva, minuciosamente relatada, com a reprodução de desenhos de Richard. Para ficar em um único trecho de sessão, vale exemplificar que Richard desenhou uns aviões no céu, dos quais se desprendiam desenhos de bombas. Qualquer um de nós pensaria em ajudar o menino a elaborar as suas angústias reais, com as fantasias correlatas, decorrentes das ameaças reais, que realmente estavam pairando sobre todos. No entanto, M. Klein, aparentemente desconhecendo a realidade exterior, interpretava prioritariamente as fantasias inconscientes de Richard que estariam ligadas aos seus impulsos sádico-destrutivos (as bombas) contra a mãe ou o pai, por inveja deles e coisas equivalentes. Na verdade, por mais que nós, hoje, possamos estranhar, o menino Richard teve um enorme benefício analítico. Por quê?

Se algum de nós consultar o livro de Bion – *Estudos psicanalíticos revisados* (1967) – no qual ele revisa artigos escritos na década de 50, a partir de sua experiência clínica com pacientes em condições psicóticas, também estranhará o teor e o modo como foram concebidas e formuladas algumas de suas interpretações, seguindo o modelo kleiniano da época de interpretar prioritariamente as pulsões sádicas ligadas aos objetos parciais, seio, pênis, etc. Vou transcrever literalmente uma vinheta do próprio Bion: “Paciente: Arranquei um pequeno pedaço de pele de meu rosto e me sinto bastante vazio. Analista: O pedaço de pele é seu pênis, você o arrancou e todo o seu interior se foi com ele. Paciente: Não entendo... pênis... só sílabas. Analista: Você dissociou minha palavra pênis em sí-

labas e agora não significa nada”. As sessões seguem neste nível, possibilitando que Bion extraísse interessantíssimas concepções originais acerca do pensamento e da linguagem. Em uma outra passagem deste mesmo livro, no artigo “Diferenciação entre as personalidades psicóticas e as não-psicóticas”, Bion interpretou para o paciente que ele “se sentia rodeado por pedaços de coisas más e malcheirosas de si mesmo, incluindo seus olhos, que ele sentia haver expulsado pelo seu ânus”. Sei que não é justo com algum autor fazer o que fiz, ou seja, pinçar algumas frases soltas sem dar o contexto completo, porém creio ser óbvio que de forma alguma estou criticando ou, muitíssimo menos, denegrindo Bion, porém somente visou a ilustrar a mudança que a atividade interpretativa sofreu ao longo dos tempos, com o próprio Bion inclusive. Da mesma forma, também pretendo destacar o fato de que igualmente os pacientes referidos nas vinhetas obtiveram significativas melhoras analíticas. Por quê? Foram as interpretações que promoveram o caminho da “cura”? Particularmente, penso que não!

Em todas as situações mencionadas, creio que existe um fator comum: independentemente do conteúdo das interpretações, M. Klein e Bion (entre tantos outros que poderiam ser citados) trabalhavam com amor, com um interesse verdadeiro, acreditavam no que faziam, não tinham medo dos pacientes, funcionavam como magníficos continentes das cargas psicóticas que esses projetavam neles e sobreviviam plenamente a qualquer tipo de pânico ou de ataque agressivo. Dizendo com outras palavras, acredito que foi a atitude psicanalítica interna – espelho das condições desses analistas como pessoas reais que eram – a maior responsável pela análise exitosa com seus pacientes.

Resistências. A Reação Terapêutica Negativa

Dize-me como resistes e dir-te-ei como és!

VISÃO HISTÓRICO-EVOLUTIVA

Desde os primórdios da psicanálise, o fenômeno *resistência* tem sido exaustivamente estudado em sua teoria e em sua técnica, mas, nem por isso, na atualidade, perdeu em significação e relevância. Pelo contrário, continua sendo considerado a pedra angular da prática analítica, e, cada vez mais, os autores prosseguem estudando-o sob renovados vértices de abordagem e de conceituação.

Na qualidade de conceito clínico, a concepção de *resistência* surgiu quando Freud discutiu as suas primeiras tentativas de fazer vir à tona as lembranças “esquecidas” de suas pacientes histéricas. Isso data de antes do desenvolvimento da técnica da associação livre, quando ele ainda empregava a hipnose, e a sua recomendação técnica era no sentido de *insistência*, por parte do psicanalista, como uma medida contrária à *resistência*, por parte do paciente. Este *método de coerção associativa*, empregado por Freud, incluía uma pressão de ordem física (mão na testa do paciente) que ele próprio procedia e recomendava, a fim de se conseguir a recordação e a verbalização dos conflitos passados.

Freud empregou o termo *resistência* pela primeira vez ao se referir a Elisabeth Von R. (1893), usando a palavra original *widerstand*, sendo que em alemão *wider* significa “contra”, como uma oposição ativa. Até então, a *resistência* era considerada exclusivamente *obstáculo* à análise, e a sua força corresponderia à quantidade de energia com que as idéias tinham sido reprimidas e expulsas de suas associações.

O termo *resistência* foi empregado, por longo tempo, com uma conotação de juízo pejorativo. A própria terminologia utilizada para caracterizá-la, em épocas passadas (e, de certa forma, ainda persiste no presente), era impregnada de expressões típicas de ações militares, como se o trabalho analítico fosse uma beligerância do paciente contra o analista e vice-versa. Um exemplo disso é uma antiga referência de Freud, comumente bastante citada: “O inimigo não pode ser vencido *in absentia* ou *effigie*” (1912, p.199). Um outro exemplo é aquele em que, para ilustrar o quanto a caminhada de uma pessoa para obter êxito na sua vida pessoal pode ser altamente retardada devido às forças inimigas (na situação psicanalítica, os seus recalques neuróticos) que funcionam como “resistências inconscientes”, ele ilustrou com a seguinte metáfora (aliás Freud utilizava bastante, e muito bem, as metáforas) relativa à primeira Guerra Mundial:

Difícilmente se leva mais de um dia e uma noite para ir de Berlim a Verdun de trem. Mas o exército alemão teve que levar vários meses para fazer a viagem porque havia divisões francesas que tornavam a marcha consideravelmente mais lenta.

Visto da perspectiva atual da concepção de *resistência*, cabe afirmar que essa metáfora também serve para ilustrar o aspecto positivo da *resistência*, como foi o da “*resistência francesa*” contra as tropas invasoras.

Em *A interpretação dos sonhos* (1900), os conceitos de *resistência* e de *censura* estão intimamente relacionados: a *censura* é para os sonhos aquilo que a *resistência* é para a associa-

ção livre. Neste trabalho, em suas considerações sobre o esquecimento dos sonhos, Freud deixou postulado que “uma das regras da psicanálise é que tudo o que interrompe o progresso do trabalho psicanalítico é uma resistência” (p. 551).

Aos poucos, com a tática de ir da periferia em direção à profundidade, Freud foi entendendo que o reprimido, mais do que um corpo estranho, era algo como um *infiltrado*. Assim, ele começa a deixar claro que a resistência não era dirigida somente à recordação das lembranças penosas, mas também contra a percepção de impulsos inaceitáveis, de natureza sexual, que surgem distorcidos. Com isso, Freud conclui que o fenômeno resistencial não era algo que surgia de tempos em tempos na análise, mas, sim, que ele está permanentemente presente.

Freud aprofundou bastante o estudo sobre as resistências em *Inibição, sintoma e angústia* (1926), quando, utilizando a hipótese estrutural, descreveu cinco tipos e três fontes das mesmas. Os tipos derivados da fonte do ego eram: 1) *resistência de repressão* (consiste na repressão que o ego faz de toda percepção que cause algum sofrimento); 2) *resistência de transferência* (neste caso, o paciente manifesta uma resistência contra a emergência de uma transferência “negativa” ou “sexual” com o seu analista); 3) *resistência de ganho secundário* (pelo fato de que a própria doença concede um benefício a certos pacientes, como os histéricos, as personalidades imaturas e aqueles que estão pleiteando alguma forma de aposentadoria por motivo de doença, essas resistências são muito difíceis de serem abandonadas, eis que egossintônicas); 4) *resistências provinidas do Id* (Freud as considerava como ligadas à “compulsão à repetição”, sendo que, juntamente com uma “adesividade da libido”, promovem uma resistência contra mudanças); 5) *resistência oriunda do superego* (a mais difícil de ser trabalhada, segundo Freud, por causa dos sentimentos de culpa que exigem punição).

No clássico *Análise terminável e interminável* (1937), Freud introduz alguns novos postulados teórico-técnicos. Na minha opinião, aí ele formula um sexto tipo de resistência: aquela provinda do ego contra o próprio ego: “[...] em certos casos, o ego considera a própria cura como um novo perigo” (p. 271). A meu juízo,

Freud está aqui intuindo e prenunciando aquilo que Rosenfeld (1965) veio a chamar de “ganguê narcisista”, já Steiner (1981) denominou “organização patológica”, conceitos que me parecem equivalentes ao que, particularmente, em muitos textos, venho denominando “contra-ego”, tal como descrevo no Capítulo 10 deste volume.

Nesse mesmo trabalho de 1937, Freud aporta outras importantes contribuições acerca de resistências, como: o conceito de *reação terapêutica negativa (RTN)* como sendo aderido ao instinto de morte; a valorização do papel da contratransferência, de modo que ele aponta que a resistência do analisando pode ser causada pelos *erros do analista*; a observação de que a resistência no homem deve-se ao medo dos desejos passivo-femininos em relação a outros homens, enquanto a resistência das mulheres deve-se em grande parte à “inveja do pênis”; Freud também alude ao surgimento de uma “resistência contra a revelação das resistências” (p.272).

Muitos outros autores, contemporâneos ou posteriores a Freud, trouxeram importantes contribuições ao estudo das resistências, que foram conceituadas sob diferentes pontos de vista; todavia, as sementes de Freud continuam frutificando. O que, em resumo, de mais importante pode ser dito é que a evolução do conceito de resistência, na prática analítica, sofreu uma profunda transformação, desde os tempos pioneiros, em que ela era considerada unicamente um obstáculo de surgimento inconveniente, até a psicanálise contemporânea, na qual, embora se reconheça a existência de resistências que obstruam totalmente o curso exitoso de uma análise, na grande maioria das vezes, o aparecimento das resistências no processo analítico é muito bem-vindo, pois elas representam com fidelidade a forma como o indivíduo se defende e resiste no cotidiano de sua vida.

Assim, de modo genérico, a *resistência no analisando* é conceituada como a resultante de forças, dentro dele, que se opõem ao analista ou aos processos e procedimentos da análise, isto é, que obstaculizam as funções de recordar, associar, elaborar, bem como ao desejo de mudar. Nessa perspectiva, continua vigente o postulado de Ana Freud (1936), para quem a análise das resistências não se distingue da

análise das defesas do ego, ou seja, da “permanente blindagem do caráter” (p. 46).

RESISTÊNCIAS NA PRÁTICA ANALÍTICA

Não é possível uma clara classificação, ou sistematização, das resistências por três razões: as diferenças semânticas entre os autores, os múltiplos vértices de abordagem e a sua multideterminação. Faz-se, a seguir, uma enumeração de algumas das principais características de como as resistências aparecem no cotidiano da prática analítica.

1. A resistência tanto pode ser inconsciente quanto consciente, mas sempre provém do ego, ainda que possa vir orquestrada pelas demais instâncias psíquicas. Ela pode se expressar por meio de emoções, atitudes, idéias, impulsos, fantasias, linguagem, somatizações ou ações. Ou seja, todos os aspectos da vida mental podem ter uma função de resistência; daí a sua extrema complexidade. Clinicamente, elas aparecem numa variedade de maneiras: claras, ocultas ou sutis; simples ou complexas; pelo que está acontecendo e pelo que está deixando de acontecer. Além disso, cada indivíduo tem uma pletora de recursos resistenciais, os quais variam com os distintos momentos do processo analítico.

2. As resistências poderiam ser sistematizadas a partir da teoria estrutural, como fez Freud (1926), na qual postulou os cinco tipos clássicos, já referidos. Na atualidade, além das intra e inter-relações entre id, ego e superego, é imprescindível incluir o ego ideal, o ideal do ego, o ego, o alter-ego, o contra-ego e o ego real, nas suas múltiplas formas de combinação entre si e com a realidade exterior.

3. Um outro critério de classificação válido é aquele que está baseado em *manifestações clínicas*, tais como: faltas, atrasos, intelectualizações, exagero de silêncio ou prolixidade, segredos, sonolência, ataque às funções do ego em si próprio ou no analista (confundindo-o e dificultando-lhe a capacidade de perceber, sentir, pensar e discriminar), fuga para a extratransferência, dentre outros. A partir deste enfoque clínico, o importante é que, em um dos passos cruciais da análise, se possa *transformar as resistências, de egossintônicas em*

egodistônicas, para que o paciente se alie ao terapeuta, no objetivo comum de analisá-las e superá-las.

4. Uma forma também muito simplificada de sistematizar as resistências é por meio do critério de suas *finalidades*. Assim, além daquelas descritas por Freud (1926 e 1937), vale acrescentar: resistência contra a *regressão* (medo da psicose); contra a renúncia às *ilusões* de uma eterna simbiose; contra o abandono do pensamento mágico (do vértice analítico, a magia consiste numa tentativa de controlar os poderes e as forças que operam na natureza), contra as *mudanças* verdadeiras (pavor de uma catástrofe, caso o paciente abandone as suas familiarizadas soluções adaptativas); contra a vergonha, culpa e humilhação do *colapso narcisista*; contra a elaboração da *dor* da posição depressiva; contra os temores persecutórios próprios da posição esquizoparanóide; contra os *progressos analíticos* (o grau extremo é a RTN) e também deve ser incluída a resistência que se manifesta como um sadio movimento do paciente contra as possíveis *inadequações do seu analista*.

5. Uma outra tentativa de sistematização seria a de baseá-la no tipo, grau e função das *defesas mobilizadas*. Assim, as organizações defensivas podem se constituir em: inibições, sintomas, angústia, estereotípias, traços caracterológicos, falsa identidade, formas obstrutivas de comunicação e linguagem, *actings* excessivos, etc.

6. Pode-se classificar as resistências relacionando-as aos *pontos de fixação patológicos* que lhes deram origem. Assim, ter-se-ia, por exemplo, resistências de natureza narcisista, esquizoparanóide, maníaca, fóbica, obsessiva, histérica, etc. É claro que isso, se fosse tomado de modo absoluto, geraria grande imprecisão, tão óbvio é, por exemplo, que subjacente a toda fixação edípica pode estar perfilada a criança ávara da fase anal, a criancinha ávida da fase oral ou o bebê mágico da fase narcisista.

7. É útil considerar as resistências em relação às *etapas evolutivas do desenvolvimento emocional primitivo*. Dessas, a *Narcisista* é particularmente importante, por se constituir no crisol da formação da personalidade e da identidade. Assim, a maioria das pessoas que hoje procura análise apresenta importantes problemas caracterológicos, de baixa auto-estima e

de prejuízo do sentimento de identidade, derivados da permanência de um estado depressivo subjacente, muitas vezes resultante das primitivas feridas narcisistas.

8. Mais especificamente em relação à “resistência narcisista”, muitíssimo freqüente em nossa prática clínica, conforme o grau e a qualidade patológica, ela tanto pode ser bem trabalhada e removida, quanto existe uma alta probabilidade de as defesas narcisistas terem se constituído uma poderosa armadura contra toda e qualquer possibilidade de dependência da análise, como contra qualquer mudança psíquica verdadeira.

9. Essa rígida armadura, com uma viseira que só permite uma visão limitada e unifocal do mundo que a cerca, é forjada com defesas narcisistas de natureza psicótica, como são a onipotência, a onisciência, a prepotência, a confusão entre o que é verdade e ilusão, maciça negação da dependência, etc.

10. Assim, cabe sublinhar que a manifesta aparência de auto-suficiência narcisista é paradoxal, pois esse paciente necessita de um objeto para demonstrar que pode prescindir do mesmo, a ponto de alguns pacientes procurarem a análise com a finalidade precípua de abandoná-la em pouco tempo e, assim, proclamar, triunfante, que a análise e o analista não valem nada, que não puderam com ele. Um segundo paradoxo ocorre quando o sujeito narcisista pode prescindir desse objeto com mais facilidade, de forma bem-sucedida para essa patologia, se, de alguma maneira, o objeto (o analista, por exemplo) demonstrar que está sendo afetado pelo desdém demonstrado por ele.

11. Tais pacientes muito regressivos, para garantir a sua sobrevivência psíquica, podem buscar refúgio dentro do outro ou fugindo do outro. No primeiro caso, na situação analítica, na busca por uma aliança simbiótica com o seu terapeuta, o paciente recorre a um excessivo emprego de identificações projetivas, de modo a enfiar-se dentro do analista, tanto que, segundo Meltzer (1967, p. 13) essas últimas se constituem “a única defesa infalível contra a separação”. Em relação a essa afirmação de Meltzer, recorde um exemplo ocorrido na minha prática clínica, quando uma paciente, após o término da última sessão que precedia o longo período de um mês de férias que seguiria,

ao se despedir, de forma carinhosa, já na porta de saída, me disse, sorrindo: “até o começo de março” e, logo ela completou, agora séria: “Isto é, se até lá eu não me matar”. Confesso que nos primeiros dias eu não conseguia aproveitar plenamente as férias porque a lembrança dela ocupava a minha mente, em meio a preocupações e fantasias trágicas. Só consegui sair dessa situação quando me ficou claro que, objetivamente, essa paciente não representava nenhum risco real, e que, mesmo sendo de forma inconsciente, ela empregou o recurso de resistir a sentir a angústia do desamparo, que foi acionada pela situação da separação, a qual, por sua vez, lhe evocava antigos e penosos abandonos dos pais. Conseguiu seu intento de resistir ao surgimento da angústia, por meio do recurso de me forçar a não me separar dela, trazendo-a presente em meu psiquismo consciente.

12. Quando o refúgio consiste em fugir do outro, esse tipo de analisando mais regressivo o faz por meio de evitações fóbicas, *actings* malignos (perversões, psicopatias) ou pela criação de uma autarquia narcisística própria (*borderline*, por exemplo).

13. Essas últimas situações representam organizações defensivas, rigidamente estruturadas, porquanto a *necessidade de sobrevivência* ocupa um espaço psíquico muito maior que o dos desejos edípicos. Dessa forma, na análise, resulta que *quanto mais frágil for o ego do paciente, mais forte ele o é para resistir ao analista*.

14. Pacientes que resistem à demonstração de emoções: muito comumente isso se deve ao fato de que, quando eram crianças, as mães podem ter sido muito dedicadas aos cuidados materiais (higiene, alimentação...), porém muito distanciadas afetivamente do filho, de modo que esse pode ter desenvolvido o uso dos órgãos sensoriais, e intelectivos, em detrimento dos emocionais. Foram crianças muito quietinhas (às vezes, em graus mais extremos, dão a falsa impressão de que sejam débeis mentais), que se acostumaram a suprir sua ansiedade por intermédio de aportes materiais. A consequência disso, no futuro adulto, é que esse paciente substitui a manifestação da emoção nas situações de angústia pela prática de atuações, voltadas às aquisições materiais, como no consumismo compulsivo de roupas, jóias, conquistas amorosas, etc.

15. Tais pacientes mais regressivos opõem sérias resistências às mudanças e desejam manter as coisas como elas estão, não porque não desejem se curar, mas, sim, por não acreditarem nas melhoras, ou que as mereçam, ou porque eles correm o sério risco de voltar a sentir as dolorosas experiências passadas, de traição e humilhação. Por tudo isso, seu objetivo de vida é para sobreviver e não para viver!

16. A propósito, penso que a forma resistencial mais grave é justamente a de um estado mental de *Desistência* do analisando, em cujo caso ele procede unicamente de maneira formal e mecânica, sendo que o “seu único desejo pode ficar reduzido ao extremo de não ter desejos”, às vezes com um cerrado namoro com a morte, assim esterilizando a eficácia analítica.

17. Isto se deve ao fato de que, nos pacientes seriamente regredidos, antes da presença de *desejos* existe um estado de profundas *necessidades*, que, se não forem intuídas e satisfeitas pelo analista, reforçarão um estado anterior de sua vida, pelo qual, muito mais do que ódio, elas geram um sentimento de *decepção* pelo novo fracasso do meio ambiente. Isso interrompe o crescimento do *self* e prejudica a capacidade de desejar, o que conduz a uma sensação de *futilidade* e a uma *desistência de desejar e de ser*. Assim, a desistência vem acompanhada de um estado afetivo de *indiferença*, provavelmente nos mesmos moldes da indiferença que o sujeito acredita que tenha sofrido por parte de todas as pessoas mais significativas de sua vida. A indiferença dessas pessoas consiste em, aparentemente, não desejar ver e nem ser visto, notado e reconhecido, sendo que nos casos mais graves forma-se um investimento aditivo ao “nada”, e o exagero de uma “onipotência do masoquismo” torna-os suicidas em potencial.

18. Dizendo com outras palavras, na situação psicanalítica, enquanto houver *resistências que pugnam pela existência* (como na metáfora da “resistência francesa”), ainda persiste a chama da esperança, sendo que a pior forma de resistência é a do referido estado mental de desistência, que cronifica a *des-espérance* (ou seja, o paciente nada mais espera da análise e da vida). Aqui, cabe fazer, de forma categórica, a afirmativa de que, na situação analítica, *enquanto houver resistência, há um*

desejo de existência; o funesto é quando o estado mental é de desistência.

19. Assim, psicanaliticamente, é útil que o analista consiga discriminar dois estados mentais do paciente que são muito parecidos, porém que, essencialmente, são diferentes, de formas bem opostas: 1) um é a condição de *resistência*, para o fim de não mudar!; 2) o outro é um estado de “resiliência”, quando, então, o paciente parece que está resistindo, porque fica contestando e polemizando, porém faz isso com o propósito de se fazer escutar, de avançar na vida! Tal situação é bastante freqüente nos adolescentes, quando estão lutando em prol da aquisição de um definido sentimento de identidade.

20. Em relação ao *setting*, a resistência do paciente pode se manifestar por meio de distintas formas de transgredir as combinações feitas de comum acordo com o analista, desferindo ataques – que, na verdade, são defesas resistenciais – contra a necessária manutenção do *setting*. Embora esses ataques possam ser desferidos, de uma forma ou outra, contra todas as “regras técnicas” legadas por Freud, as quais, devidamente transformadas, continuam vigentes na atualidade, quero me alongar mais nas resistências do analisando contra a regra que podemos chamar de “amor às verdades”.

21. A resistência ao conhecimento da verdade tem uma ampla gama de variações no cotidiano clínico, desde a mentira com intencionalidade consciente até as falsificações de natureza totalmente inconsciente, passando por situações intermediárias, como meias-verdades, sonegações, reticências, enigmas, mensagens ambíguas, etc. A exagerada idealização inicial, ou o denegrimento, que o analisando faz do seu analista pode representar uma distorção resistencial necessária e útil, desde que fique claro que *isso não vá se constituir num clima permanente da análise*.

22. Um importante fator para um clima eficaz do *setting* é a *motivação*, tanto a consciente quanto a inconsciente, concernente aos objetivos relativos a que ambos, analista e analisando, esperam da análise. É bastante freqüente que, na motivação inicial do paciente para o tratamento analítico, a busca pela manutenção do *status quo* seja bem maior do que a de mudanças verdadeiras. Neste tipo de resistência, a procura do objeto externo – o analista –

pode servir como forma de eludir o contato com os ameaçadores objetos internos.

23. Para clarear as reflexões feitas, como *exemplo*, vou referir uma situação clínica do início da minha atividade psicanalítica. Trata-se da paciente A., cuja análise prolongou-se por muitos anos, com significativas melhoras nos planos de esbatimento de sintomas e nos aspectos adaptativos, porém com pobres resultados no tocante às modificações dos seus núcleos caracterológicos mais regressivos (correspondia ao que Bion chamou de “parte psicótica da personalidade”). Na entrevista inicial, ela disse que viera de uma interrompida psicoterapia anterior, que resolvera “trocar por análise” para “se aprofundar mais” e que escolhera a minha pessoa por me achar “muito humano”. Mais adiante, ela referiu que resolvera fazer o vestibular para a faculdade X, em vez da Y, que era muito melhor, porque na primeira “era muito mais fácil para passar”. O curso da análise foi muito penoso e incidentado, sempre que eu insistia em trabalhar mais incisivamente no nível da dimensão psicotizada de sua personalidade. Hoje entendo que a paciente estava coerente com a sua forte resistência a um trabalho analítico mais sério, já que em nosso contrato ficara implícito que ela me escolhera por acreditar que comigo seria “muito mais fácil”, que ela poderia aprofundar um vínculo que chamara de “humano” e que muito cedo mostrara que o queria de natureza simbiótica. A paciente rebelara-se porque eu é que não estava cumprindo nosso acordo latente, paralelo ao manifesto, de que a confiança que ela depositara em mim o fora nas minhas prováveis limitações e incapacidades.

24. Relativamente à *transferência*, continua válida a afirmativa de Freud de que “toda resistência é uma forma de transferência”, de sorte que cabe ao analista decodificar os significados que estão presentes justamente naquilo que está sendo “resistido”.

25. Assim, é tão importante a manifestação da “resistência”, com a respectiva significação do “resistido” que está embutido, que se pode dizer que as resistências se constituem em um excelente instrumento de técnica, pois mostra, na situação analítica, como o ego equipou-se para enfrentar as vicissitudes da vida.

26. Em relação à *atividade interpretativa*, cabe afirmar que a eficácia de toda interpreta-

ção do analista, além da importância do seu conteúdo, forma, oportunidade, finalidade e estilo de como ela é comunicada ao paciente, depende fundamentalmente do *destino* que a mesma toma na mente deste último. Isto nos remete a um problema muito sério relativo à resistência na prática analítica: o de que as interpretações do analista, apesar de estarem certas do ponto de vista de compreensão dos conflitos inconscientes, possam ser *ineficazes*.

27. Isso se deve ao fato de que a transmissão do conteúdo verbal do paciente para o analista, e vice-versa, implica tantas variáveis, de tantos vértices teóricos, que se torna impraticável fazer, aqui, um estudo minucioso. Vou-me limitar à observação de algumas costumeiras formas de resistências no ato interpretativo, como são, entre outros tantos, os seguintes assinalados por Bion: os *distúrbios da comunicação*; os *ataques aos vínculos perceptivos*; e o fenômeno da “reversão da perspectiva”.

28. Assim, uma primeira observação que se impõe é que nem sempre a comunicação verbal do paciente tem a finalidade de realmente comunicar algo ao psicanalista; pelo contrário, muitas vezes, tal como nos ensinou Bion, o propósito inconsciente visa a confundir o terapeuta e a atacar os seus vínculos perceptivos. O mesmo autor enfatiza que o dom da fala pode ter o propósito de elucidar e de comunicar pensamentos, assim como também o de escondê-los por meio da dissimulação e da mentira. Todos conhecemos indivíduos fortemente narcisistas, para os quais é muito gratificante usar uma linguagem na qual o *bien dire* (falar bonito) prevalece sobre o *vrai dire* (dizer a verdade), o que, na situação analítica, se coloca a serviço da resistência.

29. Da mesma maneira, pacientes em condições regressivas podem resistir a verbalizar claramente suas necessidades e desejos; sendo movidos pela ilusão simbiótica de que o terapeuta tem a obrigação de adivinhá-los, da mesma forma como ocorre com as criancinhas, ser obrigado a falar se constitui, para eles, numa ferida narcísica profunda.

30. De forma análoga, conforme assinala Ferrão (1974, p. 80), “há o tipo de paciente que se dá o papel de ‘supervisor’ do analista: fala por subentendidos, estimulando a curiosidade de seu analista para decifrá-los, elogia quando este consegue acertar e o critica quando supõe que ele

erra; [...] e há pacientes que procuram transformar a sessão numa verdadeira polêmica, como se a análise fosse um jogo de opiniões”.

31. Com o termo “ataque aos vínculos” – título de um trabalho seu (1967) considerado dos mais originais e criativos da literatura psicanalítica –, Bion refere-se aos ataques que “a parte psicótica da personalidade” do paciente dirige contra qualquer coisa que ele sente como tendo a função de vinculação, que tanto pode ser de um objeto ao outro, um pensamento com outro, um pensamento com o sentimento e assim por diante.

32. Segundo Bion, tais ataques ao analista devem-se não tanto ao conteúdo das interpretações, mas ao fato de que esse analista está compreendendo e revelando o íntimo do paciente por meio da tarefa de interpretar, pois a interpretação exitosa representa um elo, uma ligação, entre dois pensamentos, assim caracterizando uma interação humana. Os pacientes que priorizam os ataques aos vínculos das interpretações são justamente aqueles que se mostram empenhados em desunir ou estabelecer uniões estéreis deles com o seu analista e deles consigo próprios.

33. Bion também fez uma importante contribuição relativa ao destino da interpretação nos pacientes portadores de uma forte *parte psicótica da personalidade* quando descreve o fenômeno da “reversão da perspectiva”. Esse fenômeno consiste basicamente no fato de que o paciente que o utiliza mantém com o analista um “acordo manifesto e um desacordo latente”, tendo em vista o fato de que, formalmente, possa tratar-se de um paciente assíduo, colaborador, gentil, que assente com a cabeça confirmando que está aceitando as interpretações, porém, no fundo, ele as desvitaliza, revertendo o significado dessas interpretações às suas próprias premissas, que lhe são familiares e que lhe servem como defesas, logo, como resistências.

34. O conceito de *reversão da perspectiva* não tem o mesmo significado que o de um transtorno paranóide do pensamento, ou de um controle obsessivo, e igualmente não alude ao problema da falsidade; na verdade, está mais próximo ao de um perverso que quer impor as suas premissas, de forma sutil. Segundo Bion, esse tipo de resistência à interpretação também não equivale àquela que habitualmen-

te é conhecida como “intelectualização”; antes, ela é devida à incapacidade de *pensar* desses pacientes.

35. Ainda em relação ao destino da interpretação, Rosenfeld (1965, p. 201) assinala como os pacientes narcisistas “podem aceitar e usar as interpretações do analista, mas imediatamente as despojam de vida e significação, de maneira que apenas restam palavras sem sentido” (p. 201).

36. Em relação à *elaboração*, pode-se dizer que, no curso da análise, um fluxo contínuo e crescente de *insight*, sem mudanças autênticas na vida real, está se revelando como um sério indicador de resistência à análise, talvez uma das mais sérias seja a da *resistência às mudanças*. Fora de dúvidas, os pacientes que apresentam o maior grau de resistência às verdadeiras mudanças são aqueles que, mercê de uma forte caracterologia narcisista defensiva, funcionam no processo analítico na condição de “pseudocolaboradores”.

37. Esta última denominação já aparece no magistral trabalho de Abraham, que aborda a temática de resistências narcisistas (1919). Mais recentemente, também Meltzer (1973, p. 31) considera esses falsos colaboradores como pacientes que desenvolveram o que ele denominou “pseudomadurez”. Também Betty Joseph (1975, p. 414) retoma o termo original de Abraham (estranhamente sem citá-lo) e faz a interessante observação de que o que caracteriza tais pacientes é que

[...] eles mantêm esplitada (split OFF) a sua parte paciente, a comunicação verbal como uma forma de *acting*. Aparentemente, são bastante cooperadores e adultos, mas essa cooperação é uma pseudocooperação, destinada a manter o analista afastado das partes infantis do *self*, realmente desconhecidas e mais necessitadas.

38. Uma das formas de resistência que pode ocorrer, na esteira do narcisismo, é a que encontramos nos pacientes que desenvolveram uma transferência imitativa (Gadini, 1984, p. 9), a qual se constitui em uma situação “das mais temíveis e insidiosas” para o processo analítico. *Temível* porque se organiza como resistência poderosa e tácita. *Insidiosa* porque se apresenta com todas as aparências de uma

transferência positiva. Usam a imitação, ao invés da introjeção, razão pela qual não conseguem a estruturação de uma identidade bem definida.

39. Ainda um outro tipo de resistência decorrente de fixações narcisistas é aquele de natureza que se poderia denominar “transferência de vingança” (em alusão à expressão que Freud utilizou para caracterizar sua paciente Dora, 1905, p. 116), a qual está presente em pacientes que, embora de forma latente, são cronicamente ressentidos e rancorosos. Em geral, trata-se de analisandos que tiveram, muito precocemente, uma importante perda parental e que, por isso mesmo, se acham no direito de, pelo resto da vida, reivindicar o retorno do anelado e do impossível estado anterior. Compensam esse fracasso, e as conseqüentes traições que julgam ter sofrido, desfigurando as situações reais e configurando outras, nas quais aparecem como, privilegiadas, vítimas de injustiças e humilhações, as quais ruminam de forma obsessiva e prazerosa, com fantasias e planos de ressarcimento e vingança. Essa caracterização coincide com o que Bergler (1959) chama de “coleccionadores de injustiças”. A compulsão rancorosa, ainda que seja um derivado indireto da inveja, diferencia-se dessa, pois não visa primariamente a destruir as capacidades do analista invejado, mas, sim, castigá-lo. Essa forma de resistência processa-se de maneira egossintônica, pois o analisando acha-se com pleno direito para tal, podendo, no triunfo sobre o analista, representante do antigo objeto abandonante e humilhador, passar a ser, na análise, um objetivo mais importante que a própria cura.

40. Como exemplo, recordo-me de um analisando que se dizia sempre amedrontado ante mim, configurando tal sentimento com uma imagem que repetia com freqüência: ele se sentia como um pobre ratinho, fraco e humilde, enquanto eu lhe aparecia como um gato, grande, forte, capaz e detentor do poder. Movido por um sentimento contratransferencial, em certo momento, perguntei a quem o gato e o rato lhe lembravam. Respondeu, prontamente: Tom e Jerry. A continuidade do trabalho foi em torno do quanto ele se imaginava vingando-se de todas as figuras autoritárias – do presente e do passado – que o teriam submetido e

humilhado. Secreta e sutilmente, e fazendo da astúcia a sua principal arma, qual Jerry, sempre levando vantagem final sobre Tom, sentia-se passando de submetido a submetedor, de humilhado a humilhador.

41. Esse paciente ilustra outros tantos que, como ele, polidos sem afetação e com um educado ressentimento e sarcasmo, ante o temor de sofrer um novo abandono agressivo, resistem à análise, reagindo com um “furor narcisista” (termo de Kohut, 1971), para dar uma boa lição a quem representa essa injuriosa ameaça. Ocorre que tais analisandos ressentidos, sem motivos aparentes, fazem uma oposição sistemática, pois para o endosso de sua tese precisam configurar o analista como um objeto mau. Agem, como me disse esse mesmo paciente que illustrei anteriormente: “para mim, a lei mais importante da vida é a de Talião”. Não se julgam primariamente agressivos porquanto estão unicamente justificando através dessa lei. Ou seja, como mostra a etimologia da palavra, estão de novo e mais uma outra vez (“re”)-“taliando”. Quanto mais melhoram, mais se queixam, e isso costuma despertar reações contratransferenciais dolorosas, uma sensação no analista de vazio, desânimo e de estar sendo vítima de ingratidão. Essas situações não são raras e podem contribuir para a formação de impasses.

42. O negativo da elaboração é o *impasse*, ou seja, este surge quando aquele se detém. O *impasse* pode ser entendido como “toda situação suficientemente duradoura, na qual os objetivos do trabalho psicanalítico pareçam não ser atingíveis, embora se mantenha conservada a situação analítica standard”. Comumente, os impasses manifestam-se por uma dessas formas: *estagnação* (aparentemente a situação está tranqüila, analista e analisando supõem que a análise está se desenvolvendo bem, porém ela está dando voltas em torno do mesmo lugar e nada de mais acontece, nem de mau ou de bom); *paralisação* (o analisando não sabe mais o que dizer, e o analista sente-se manietado em uma desconfortável sensação de impotência e paralisia, enquanto no par analítico vai crescendo um sentimento de esterilidade); *reação terapêutica negativa (RTN)*.

43. Enquanto as duas formas anteriores de *impasse* costumam ser silenciosas, a RTN

habitualmente é ruidosa, por vezes dramática, de sorte que, não raramente, o paciente pode interromper a análise abruptamente. Também, contrariamente às formas de paralisação e de estagnação, o abandono da análise devido a uma RTN pode vir acompanhado de uma total perda dos benefícios analíticos que, até então, o paciente vinha conseguindo.

44. É útil consignar que a RTN foi definida por Freud como uma reação paradoxal que surge no curso da análise, pois justamente quando o paciente está fazendo sensíveis progressos, com importantes mudanças, é quando ele começa a piorar. As causas mais freqüentes do surgimento de uma RTN, muito resumidamente, são as, clássicas, três seguintes: insuportáveis culpas devidas ao fato de que o sucesso representa-lhe um *triunfo edípico* (Freud, 1923); o aprofundamento da análise faz o paciente entrar em contato direto com os sentimentos de *depressão*, muitas vezes associado a uma espécie de “cemitério interno” (Joan Rivière, 1936); um *ataque invejoso* do paciente ao analista, por não suportar que sua melhora represente um sucesso do terapeuta (M. Klein, 1957). Creio ser possível acrescentar mais dois vértices: a RTN que decorre de falhas do analista (por exemplo, vê tudo sob o prisma exclusivo de inveja destrutiva), de sorte que a sigla RTN, no caso, deve ser entendida como “relação terapêutica negativa”; e quando o surgimento do fenômeno é conseqüente de uma forte presença de uma das variadas modalidades de *contra-ego*.

45. É importante que o analista saiba discriminar entre “reação terapêutica negativa” e “relação terapêutica negativa”, visto que, nesta segunda possibilidade, o terapeuta terá de revisar se a sua conduta analítica possa estar sendo inadequada e, portanto, também responsável por essa situação tão difícil e penosa para ambos do par analítico.

46. Outra forma ruidosa de *impasse* é aquela que emerge em períodos da análise nos quais predomina fortemente uma *psicose de transferência* (Rosenfeld, 1978), que não deve ser confundida com uma “transferência psicótica”, própria de pacientes psicóticos. A *psicose de transferência* pode surgir em pacientes normais, é de duração curta e transitória, e as distorções em relação ao analista são tamanhas que atingem

um grau de ideação delirante, porém, ao sair da sessão, o paciente retoma normalmente suas funções rotineiras, por mais complexas e importantes que elas sejam.

47. Um certo grau de *impasse* sempre aparece ocasionalmente em qualquer análise. Existe, porém, uma forma crônica de *impasse*, nem sempre perceptível pelo paciente e pelo analista, pois o paciente é sério, esforçado, cumpre com todo o protocolo analítico, no entanto, passam-se os anos e, embora o analista seja igualmente sério e competente, não acontece nenhuma mudança psíquica significativa. Isso acontece com os pacientes que J. Mac Dougall (1972, p. 22) denomina *antianalisandos*, que se caracterizam por colaborarem com o analista, aceitam bem o protocolo analítico, falam de coisas e pessoas (nisso se diferenciam dos clássicos pacientes “não-analisáveis”, como são os excessivamente atuadores, psicóticos, narcisistas, os que não aceitam as combinações do *setting*), mas não estabelecem as relações e nem as ligações entre as mesmas. Apesar disso, mantêm uma estabilidade em suas relações objetais e recusam qualquer idéia de separação de seus objetos de rancor. A autora salienta que a *transferência* nesses casos é natimorta na análise, eles jamais se arriscariam a ficar nas mãos de um outro, e nisso são fiéis ao provérbio espanhol: “Antes morrer que mudar”. A *contratransferência*, mais do que decepção, é de enfado, e o analista tem a sensação de que representa para esse paciente mais uma “condição” do que propriamente um objeto a ser “bem-aperfeiçoado”.

48. Na atualidade, os analistas devem manter uma especial atenção a um tipo muito tenaz de resistência de certos pacientes a fazer mudanças, a qual se deve a uma *luta interna* entre o seu lado sadio que quer progredir e o seu lado doente que, qual um ímã, o atrai continuamente para regredir, de modo a se manter fiel e apegado aos seus objetos patogênicos que o obrigam a cumprir os papéis que desde a infância foram-lhe designados e programados.

49. Um primeiro exemplo que me ocorre é o de uma paciente do perfil de uma “antianalisanda”, a qual, sempre pontual, assídua e ativa verbalmente, cumpria as suas sessões por meio de uma aparente indiferença e frieza nos seus relatos lineares, lógicos e seqüenciais,

tampouco manifestava significativas mudanças no seu modo de ser e de se relacionar. Ao ser confrontada por mim quanto ao fato de que, apesar de ela realmente demonstrar adquirir *insights* (no caso, muito mais intelectivos do que afetivos e integrativos), se ela queria, mesmo, fazer mudanças efetivas. Respondeu com um silêncio relativamente longo e, aparentemente ignorando minha colocação e mudando de assunto, disse que, sem saber por que, começou a lhe vir à mente o filme *A escolha de Sofia* (para quem não viu ou não lembra, cabe recordar que Sofia era uma mãe que, com seus dois filhos, estava presa em um campo de concentração nazista, a qual, durante um rotineiro transporte de prisioneiros – supunha-se que era para a morte –, os guardas representantes da besta nazi impuseram-lhe a condição de que um dos dois filhos teria que obrigatoriamente seguir com eles, concedendo-lhe o “direito” de escolher qual dos dois seguiria. Assim, a mãe

ficou no cruel dilema de qual filho ela salvaria e qual ela condenaria à morte). Voltando à paciente do exemplo, não obstante o seu consciente tenha ignorado a minha colocação quanto ao seu real interesse de fazer ou não fazer mudanças, ela respondeu por intermédio de seu inconsciente, que produziu um ideograma com imagens, de sorte a me comunicar que ela também estava num cruel dilema entre escolher a morte de seu, muito familiarizado, lado doentio e, assim, permitir a sobrevivência e o crescimento de seu lado sadio ou escolher o inverso.

Dentro da concepção da contemporânea análise vincular, não é possível dissociar a resistência da contra-resistência; elas aparecem em capítulos separados unicamente com um propósito didático, como é o seguinte que abordará o fenômeno contra-resistencial na prática analítica.

CONCEITUAÇÃO

É necessário reiterar que assim como a resistência pode partir unicamente do paciente, também pode proceder do analista, embora o que, sobretudo, vai nos interessar no presente texto é a interação resistencial-contra-resistencial que se processa *entre* ambos, no campo analítico.

A contra-resistência chegou a ocupar um significativo espaço na literatura psicanalítica, como pode ser constatado nas vezes em que Racker (1960) emprega o termo e nas conceituações que ele faz acerca deste fenômeno, em seu consagrado livro sobre técnica psicanalítica. Gradativamente, os autores foram deixando de abordar e de nomear diretamente a presença das manifestações da contra-resistência, talvez pela possibilidade de que as considerassem enquadradas no fenômeno da contratransferência. Não há dúvida quanto ao fato de que os fenômenos de resistência e transferência – e por conseguinte, os de contra-resistência e contratransferência – estão intimamente conectados, como Freud estudou exaustivamente; não obstante, acompanhando muitos autores, também entendo que existe uma nítida diferença conceitual, sendo útil estudar e nomeá-los separadamente.

A partir dos trabalhos do casal Baranger (1961-2), acerca do *campo analítico*, e os de Bion (1959), relativos à *psicanálise vincular*, embora sem que eles tenham usado especificamente a denominação de contra-resistência, tem havido um renovado interesse dos psicanalistas quanto aos aspectos contra-resistenciais.

Contra-resistência. Os Conluícos Inconscientes

Quase sempre há fogo oculto sob as cinzas silenciosas, com uma enganadora aparência de inatividade.

Inicialmente, impõe-se estabelecer a distinção de quando a resistência do analista tem origem nele próprio ou quando ela decorre de um estado de “contra-identificação” com o seu analisando. No primeiro caso, estamos falando de *resistência do analista*, enquanto no segundo, trata-se de *contra-resistência*.

1. *Resistência oriunda do próprio analista.* O melhor indicador de que as resistências procedem unicamente de dentro do analista é quando elas se repetem de modo sistemático com todos os seus pacientes, independentemente de como eles sejam, diante de uma complicação emocional equivalente. Por exemplo, se, com qualquer paciente de uma determinada categoria (idoso, adolescente, mulher bonita, psicopata...), sem levar em consideração a estrutura emocional de cada um deles individualmente, o analista vier a experimentar as mesmas reações emocionais e, assim, formar “pontos cegos” em sua mente, é certo que ele “resistirá” em aprofundar a análise daquilo que ele não está suportando em si próprio.

2. Psicanalistas norte-americanos (Kantrowitz, 1989) estudaram e pesquisaram com profundo rigor científico o que denominam *match*, isto é, o fato de que, indo muito além de uma simples repetição transferencial entre terapeuta e paciente, estabelece-se entre ambos um “encontro”, singular, decorrente das características próprias e reais de cada um, de sorte que pode resultar uma harmonia produtiva ou uma desarmonia estagnadora no trabalho do par analítico. O interessante desta pesquisa é que foi possível observar que, em