

UMA FORMA PARTICULAR DE RESISTÊNCIA NEURÓTICA CONTRA O MÉTODO PSICANALÍTICO (1919)*

Karl Abraham

Ao iniciarmos um tratamento psicanalítico, comunicamos ao nosso paciente a regra fundamental da Psicanálise, à qual ele é obrigado a aderir incondicionalmente. O comportamento de cada paciente frente a essa regra varia. Em alguns casos, os pacientes vão seguir a regra sem nenhuma dificuldade em particular; em outros casos, será necessário relembrar freqüentemente ao paciente que ele(a) precisa associar livremente; em todos os casos, haverá momentos em que o paciente não consegue associar dessa maneira. Ou o que o paciente produzir será o resultado de suas reflexões e pensamentos, ou dirá que nada lhe ocorre. Nessas situações pode acontecer que a hora analítica transcorra sem que o paciente tenha conseguido produzir nenhum tipo de livre associação. Esse comportamento indica uma “resistência”, e nossa primeira tarefa é deixar isso claro para o paciente. Normalmente aprendemos que a resistência se dirige contra a possibilidade de que certas coisas se tornem conscientes. Se, no início do tratamento, explicamos ao paciente que a livre associação nos guia para alcançarmos insights de seu inconsciente, então a sua recusa de associar livremente é uma forma quase óbvia assumida pela resistência do paciente.

Enquanto encontramos essa forma de resistência aparecendo e desaparecendo em quase todos os casos, existe um grupo menor de neuróticos que mantém essa forma de resistência ativa ao longo de todo o seu tratamento. Essa forma crônica de resistência contra a regra fundamental da psicanálise pode obstruir, de forma importante, seu progresso e mesmo impedir um resultado bem sucedido do tratamento. A questão tem, até agora, recebido pouca consideração na literatura, a exemplo de outras questões técnicas. Eu me deparei com essa dificuldade num razoável número de casos, e outros psicanalistas têm-me relatado a mesma experiência. Existe, portanto, um interesse clínico, bem como teórico, na investigação mais detalhada desse tipo de reação neurótica à psicanálise.

Os pacientes a que estamos nos referindo, quase nunca, voluntariamente, nos dizem que “nada lhes ocorre”. Mais provavelmente eles falam de maneira contínua e ininterrupta, e alguns se recusam a ser interrompidos, mesmo para um breve assinalamento por parte do médico. Mas, eles não se entregam para a livre associação. Falam como se estivessem seguindo um programa e não permitem que surja material livremente. Em oposição à regra fundamental, organizam o que estão dizendo dentro de linhas de pensamento que estão sujeitas a fortes críticas e modificações por parte do ego. O conselho médico, para que se atenham estritamente ao método da livre associação, não altera em nada a conduta desses pacientes.

Não é de maneira alguma fácil enxergar algo através dessa forma de comportamento. Para o médico que não está acostumado a reconhecer essa forma de resistência, o paciente parece ser alguém muito desejoso de ser analisado e muito cooperativo. A resistência está oculta atrás da performance cooperativa. Devo admitir que eu mesmo precisei de uma longa experiência clínica, antes de me sentir capaz de evitar o risco de ser enganado. Mas, uma vez capaz de reconhecer corretamente essa resistência sistemática, sua origem prontamente se mostrou clara para mim. Embora neuróticos desse tipo, vários dos quais já tratei, exibam uma grande variedade de sintomas e quadros clínicos, apresentam, com relação à atitude frente ao médico e à psicanálise, características muito constantes que aparecem com uma regularidade surpreendente. Gostaria de fazer dessas características meu foco de discussão para as próximas páginas.

Sob uma aparente tratabilidade, esses pacientes ocultam um grau incomum de “desafio” que lembra o protótipo da criança em relação ao pai. Enquanto outros neuróticos ocasionalmente se recusarão a produzir associações livres, esses pacientes o fazem continuamente. Suas comunicações são abundantes em quantidade, e, como já assinalamos, esse fato impede que o médico inexperiente perceba a imperfeição qualitativa. Esses pacientes só dizem coisas que são “egossintônicas”. São particularmente sensíveis a qualquer coisa que possa ferir-lhes a auto-estima. São propensos a se sentirem “humilhados” por qualquer fato “estabelecido” em suas psicanálises e estão continuamente em guarda contra a possibilidade de sofrer tais humilhações. Fornecem qualquer quantidade de sonhos, mas se apegam somente ao conteúdo manifesto e compreendem da análise dos mesmos somente o que eles já sabem. Também não somente evitam persistentemente qualquer impressão dolorosa, mas ao mesmo tempo buscam conseguir a maior quantidade possível de prazer “positivo” de suas análises. Essa tendência de trazer a análise sob o controle do princípio do prazer, particularmente evidente nesses pacientes, é, em comum com um número de peculiaridades, uma expressão clara de seu narcisismo. De fato, aqueles dentre os meus pacientes que apresentavam um narcisismo mais marcado, eram justamente os que mais resistiam à regra fundamental nos moldes descritos.

A tendência de encarar as medidas curativas meramente como oportunidades para obter prazer e negligenciar seus reais propósitos, deve ser entendida como uma atitude absolutamente infantil. Um exemplo ilustrará isso. A um menino de 8 anos foi recomendado que usasse óculos. Ficou encantado com a idéia, não porque ficaria aliviado de um distúrbio visual, mas porque a ele tinha sido permitido usar óculos. Logo ficou claro que o menino não prestou atenção para saber se o problema visual tinha desaparecido ou não com o uso dos óculos; o fato de tê-los e exibi-los na escola deixou-o tão feliz que esqueceu tudo sobre seu valor terapêutico. A atitude desse grupo de pacientes que estamos discutindo, frente à psicanálise é exatamente a mesma. Alguns esperam contribuições interessantes para a autobiografia que estão escrevendo sob a forma de romance. Outros esperam que a psicanálise os leve a níveis intelectuais e éticos mais altos, de forma que se sintam superiores a seus irmãos e irmãs por quem sempre nutriram sentimentos de inferioridade. O objetivo de curar suas instabilidades nervosas recua para o pano de fundo, na mesma proporção com que os interesses narcisistas predominam no cenário.

A atitude narcisista que tais pacientes adotam com o método de tratamento, caracteriza também suas relações com o analista. A transferência é imperfeita. Atribuem a ele o papel de pai a contragosto. Se aparecem realmente sinais de transferência, os desejos dirigidos ao terapeuta serão de caráter especialmente exigente; de modo que se sentirão facilmente decepcionados nos seus desejos e reagirão, então rapidamente, com um completo afastamento de sua libido. Buscam constantemente sinais de interesse pessoal por parte do analista e querem sentir que são tratados com afeto. Uma vez que o médico não pode satisfazer as exigências de sua necessidade de amor narcisista, não se efetua uma transferência positiva verdadeira.

Em lugar de estabelecer uma transferência, os pacientes tendem a identificar-se com o médico. Em lugar de ter uma relação mais próxima, colocam-se em seu lugar. Adotam seus interesses e ocupam-se com a psicanálise como ciência, em lugar de permitir que atue sobre eles como método de tratamento. Tendem a mudar os papéis, como fazem as crianças quando brincam

de ser o pai. Instruem o médico oferecendo-lhe uma opinião sobre sua neurose, que consideram especialmente interessante e imaginam que a ciência será enriquecida por sua análise. Desse modo abandonam a posição de paciente e perdem de vista o propósito da análise. Em especial, desejam superar o médico e depreciam seus talentos e ganhos psicanalíticos. Pretendem ser capazes de “fazê-lo melhor”. É extraordinariamente difícil afastá-los de idéias preconcebidas, graças ao seu narcisismo. Tendem a contradizer tudo e sabem como converter a psicanálise em uma discussão com o médico sobre quem “tem razão”.

Seguem-se alguns poucos exemplos. Um paciente neurótico que tive, não somente se negava a associar livremente, como também a adotar a posição de repouso requerida no tratamento. Com frequência se levantava, ia até o extremo oposto da sala e expunha, de uma maneira superior e didática, as opiniões que ele mesmo havia formado sobre sua neurose. Outro de meus pacientes exibiu uma atitude didática semelhante. Chegava a dizer diretamente que entendia de psicanálise melhor que eu, pois era ele, e não eu, quem tinha a neurose. Após um longo tratamento, disse uma vez: “Começo a ver que você sabe algo sobre a neurose obsessiva.” Um dia evidenciou-se um temor característico seu. Era o de que suas associações livres mostrassem coisas que resultariam estranhas a ele, porém seriam familiares para o médico; de modo que, então, esse seria o “mais astuto” dos dois. O mesmo paciente, que se interessava muito por temas filosóficos, esperava da psicanálise nada menos que a ciência obtivesse a “verdade definitiva”.

É inconfundível em tudo isso a presença de um elemento de inveja. Os neuróticos desse tipo que consideramos negam ao médico toda observação que se refira ao progresso externo de seu tratamento ou seus dados. Em sua opinião, o médico não tem que fornecer nenhuma contribuição ao tratamento; querem fazer tudo por si mesmos. Isso nos leva a uma característica especialmente notável que mostram todos esses pacientes, a saber, compensam em casa a ausência de associações livres durante a sessão. Esse procedimento, que eles denominam com frequência “auto-análise”, implica um evidente desprezo às capacidades do médico. Os pacientes o consideram realmente um obstáculo para seu progresso na sessão e se mostram muito orgulhosos do que imaginam haver conseguido sem sua ajuda. Mesclam as associações livres obtidas desse modo com os resultados do pensamento reflexivo, classificando-os de acordo com alguma idéia definida e apresentando-os ao médico nesse estado no dia seguinte. Um de meus pacientes, em consequência de resistências sérias, pensou que progredia muito pouco durante uma sucessão de horas e, finalmente, que não progredia em absoluto. No dia seguinte me disse que teve que “trabalhar” sozinho várias horas em sua casa. Naturalmente, supunha-se que eu inferiria disso a pobreza de minhas capacidades. Um elemento de tal “auto-análise” é um prazer narcisista nele mesmo; outro é uma rebeldia contra o pai. A ilimitada ocupação com seu próprio ego e o já descrito sentimento de superioridade, oferecem, ao narcisismo do indivíduo, abundante fonte de prazer. A necessidade de estar sozinho durante esse processo, aproxima-o extraordinariamente ao onanismo e a seu equivalente, o sonho diurno neurótico, ambos anteriormente presentes, em um alto grau, nos pacientes que tratamos. A “auto-análise” é, para eles, uma forma de sonho diurno, um substituto da masturbação, livre de toda a reprovação, dado que a justifica ainda e que ainda a prescreve, com uma fundamentação terapêutica.

Posso dizer que os casos aos quais me refiro pertencem principalmente aos das neuroses obsessivas. Um caso era uma histeria de ansiedade mesclada com sintomas obsessivos, em outro havia uma perturbação paranóide. Tendo em conta os mais recentes resultados da psicanálise, não nos surpreenderá encontrar em todos os casos marcados traços anal-sádicos. Já foi mencionada a atitude hostil e negativa com o médico; os motivos anal-eróticos explicam o resto de sua conduta. Darei alguns exemplos. Nesses neuróticos, como também em outros com forte erotismo anal, compara-se o falar durante a análise, por meio do qual ele expõe material psíquico, com a evacuação do intestino. (Posso dizer que alguns identificam as associações livres com as flatulências). Trata-se de pessoas que somente com dificuldade aprenderam a controlar os esfíncteres e não têm funcionamento intestinal regular. Elas costumam recusar-se a esvaziar seus intestinos em horas determinadas, assim podem fazê-lo quando é da sua conveniência; e, agora, comportam-se, em relação à psicanálise e ao médico, da mesma forma, em razão de seus motivos inconscientes. Tausk(1) recentemente assinalou o fato de que crianças pequenas gostam de enganar os adultos com relação ao esvaziamento dos seus intestinos. Aparentam estar esforçando-se ao máximo em satisfazer as exigências de suas mães e babás, porém não executam nenhum movimento. Tausk acrescenta que é essa, talvez, a primeira oportunidade na qual a criança se dá conta de que pode enganar os pais. Os neuróticos em discussão continuam essa tradição de conduta infantil. Pode-se dizer que se orgulham de poder decidir se quando e em que quantidade entregarão seu material psíquico inconsciente. Essa tendência a trazer para a análise o material perfeitamente arrumado, demonstra-nos não só um prazer anal-erótico em sistematizar e catalogar tudo, mas também outra característica interessante. Freud(1918) chamou recentemente a atenção sobre a identificação inconsciente dos excrementos com os presentes. Os neuróticos narcisistas com uma forte predisposição anal, como os que estamos discutindo aqui, têm a tendência a oferecer presentes em lugar de amor. Sua transferência sobre o médico é incompleta. Não são capazes de empenhar-se sem restrições nas associações livres. Em troca oferecem presentes ao médico, e esses presentes consistem nas contribuições à psicanálise que prepararam em casa e que estão sujeitas à mesma supervalorização narcisística que os produtos do seu corpo. A vantagem, para eles, consiste em que conservam o poder de decidir o que é que vão dar.

Um dos meus pacientes obsessivos, que padecia de mania de duvidar e cavilar, resolveu fazer o mesmo com a psicanálise: seus métodos e resultados passaram a ser o tema de suas dúvidas e cavilações. Ele era quase que totalmente dependente de sua família e costumava preocupar-se, entre outras coisas, com dúvidas a respeito de quem estava certo, se Freud ou sua mãe. A mãe, ele dizia, costumava aconselhá-lo, para melhorar sua constipação, que não sonhasse no banheiro e que só pensasse no processo da defecação; enquanto Freud, ao contrário, dava exatamente a regra oposta, isto é, associar livremente e então, “tudo vem por si mesmo”. Isso aconteceu muito tempo antes de o paciente começar sua psicanálise, não de acordo com os métodos de sua mãe, mas sim com os de Freud.

A bem conhecida parcimônia dos eróticos anais parece estar em contradição com o fato de que esses pacientes se mostram muito dispostos a fazer sacrifícios materiais em prol do tratamento, o qual, pelas razões já mencionadas, é prolongado. Esse comportamento, entretanto, é explicável pelo que já se disse. Os pacientes estão fazendo um sacrifício em benefício de seu narcisismo. Mostram-se rapidamente inclinados a perder de vista o fato de que o objetivo de seu tratamento é a cura de sua neurose. É outra consideração o que lhes permite não dar atenção aos seus gastos. Parafrazeando um antigo ditado, nada é demasiado caro para seu narcisismo.

Por outro lado, o traço de caráter da parcimônia encontra-se neles de outras formas. Economizam seu material inconsciente. São propensos a acreditar que um dia “tudo se apresentará de uma vez”. Praticam a constipação em sua psicanálise, tal como o fazem na esfera da atividade intestinal. A evacuação ocorrerá depois de uma longa demora e lhes proporcionará um prazer particular. Esse final, porém, é sempre adiado.

A análise desses pacientes apresenta consideráveis dificuldades. Essas dificuldades residem, em parte, na fingida complacência com que os pacientes encobrem sua resistência. Pois a análise é um ataque contra o narcisismo do paciente, isto é, contra a força instintiva que mina nossos esforços terapêuticos. Aquele que está familiarizado com a situação compreenderá,

portanto, por que nenhum dos meus casos teve resultados rápidos. Devo agregar que, em nenhum caso, obtive uma cura completa, ainda que tenha conseguido uma melhora de algum valor prático, que em alguns poucos casos foi bastante ampla. Minha experiência talvez dê uma imagem muito desfavorável das perspectivas terapêuticas. Quando tratei meus primeiros casos, carecia de um conhecimento mais profundo da natureza peculiar das resistências. Deve ser lembrado que foi recém em 1914 que, graças ao estudo clássico de Freud, obtivemos nosso primeiro conhecimento do narcisismo. Tenho, por certo, a impressão de que é mais fácil superar essas resistências narcisistas agora que dou a conhecer aos pacientes sua natureza desde o início do tratamento. Ponho a maior ênfase em realizar uma análise exaustiva do narcisismo desses pacientes, em todas as formas que assume e especialmente em relação ao complexo paterno. Caso seja possível superar sua reserva narcisista e, o que vem a ser o mesmo, provocar uma transferência positiva, produzirão, um dia, inesperadamente, associações livres, mesmo na presença do médico. No princípio, essas associações são isoladas, porém, com o progresso do processo descrito, tornam-se mais abundantes. Portanto, mesmo que tenha que começar chamando atenção para as dificuldades do tratamento, desejaria, como conclusão, fazer uma advertência do perigo de fazer-se um prognóstico totalmente desfavorável para todos esses casos.

Tradução de **Anette B. Luz, Carmem E. Keidann e Jussara S. Dal Zot**

© Revista de Psicanálise – SPPA

* Abraham, Karl. Select Papers. Cap. XV. London The Hogarth Press, 1949.

1. "International Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse", V Jahrgang, 1919, p.15 nota 1.

[| Voltar ao Topo |](#)

[| Voltar ao Sumário |](#)