

**A escuta do masoquismo:
Analista, aliado da dor?**

Júlia de Sena Machado¹

(Coro das Mulheres Inconformadas)
O choro
tão doce
é enganador
sincero
se fosse
teria mais pudor.
Mas rasga o coração
e gosta de sofrer;
lascivo, ele exalta
a dor como prazer

(Tom Zé)

Aí está, novamente, o maldito problema do masoquismo. Esse grito escapa a Ferenczi em 1931, em um tempo em que a psicanálise, tendo atingido considerável maturidade, deixava ver seus principais impasses clínicos e teóricos². O grito ecoa ainda hoje, ressoando nas clínicas de psicanálise nas quais, o analista, diante do secular enigma do masoquismo e de seus reflexos no tratamento por meio da chamada reação terapêutica negativa, ainda não encontra - ao contrário de Édipo - a justa palavra ou ato que possa desvendar a questão.

O enigma do masoquismo está no atual momento histórico da psicanálise. O psicanalista francês Jacques André afirma que esse enigma perpassa seu trabalho clínico e assumem forma, simultaneamente à sua práxis, as seguintes questões: o sexual seria realmente a última palavra da psicanálise? E qual seria a aptidão prática da psicanálise de curar, de mudar a vida?³

“Se o masoquismo é enigma para Freud bem como para nós, é no sentido mais radical, é no sentido de um umbigo para a teoria, bem como para a prática”, aponta André. As duas dimensões, a saber, a clínica e a teoria, são indissociáveis na psicanálise desde sua criação. Partindo do pensamento de Freud, não poderíamos isolar de um lado o problema teórico do masoquismo e de outro aquilo que do

¹ Psicóloga clínica, mestranda do Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG.

² ANDRÉ, Jacques. *L'Énigme du masoquisme* (trad. nossa), p. 10.

³ A questão é proposta por Jacques André em *L'énigme du masoquisme* (2000). A questão prática é acompanhada de um questionamento sobre os fundamentos da psicanálise, a saber: seria o sexual a última palavra? André considera que Freud responderia com certeza afirmativamente à última questão. Ele defenderia sua incipiente teoria. E sua clínica, à época, era didática. Seria a partir dos comparsas de Freud (como Ferenczi) e de seus sucessores que o debate impõe as questões a respeito de novas indicações, da evolução do paradigma técnico, do lugar a se reconhecer e a conceder à contratransferência, ao narcisismo, etc.

masoquismo se apresenta como impasse clínico. O valor último de qualquer discussão teórica e metapsicológica está em iluminar o trabalho interpretativo do analista. Espera-se que o analista, conservando flexibilidade e uma certa distância em relação à teoria no momento do exercício clínico, possa valer-se da mesma como uma bússola que o oriente na construção de seu método clínico.

Neste artigo, partimos do masoquismo para pensarmos sobre as particularidades do método psicanalítico em casos clínicos nos quais o masoquismo transborda no *setting* analítico na forma de uma reação terapêutica negativa, direcionando o processo no sentido contrário ao da cura.

Sabemos que o tratamento psicanalítico é, fundamentalmente, um tratamento clínico. O sujeito procura o analista quando o seu próprio saber e o de sua comunidade não foram capazes de responder a uma questão subjetiva. A proposta do analista é, antes de tudo, acolher esse paciente para, quem sabe, transformar uma necessidade de tratamento em demanda, podendo, assim, desenvolver um processo analítico.

De partida, algum tipo de sofrimento está sempre presente na chegada de um novo paciente ao consultório do analista. Estamos interessadas especialmente na situação em que o sofrimento do paciente, após um certo tempo de análise, se apresenta de forma excessiva no *setting* clínico, transbordando sobre a série de associações do paciente e em suas atuações transferenciais, podendo instaurar-se na contratransferência do analista. Nossa primeira questão é a seguinte: como lançar mão, na prática clínica, dos recursos existentes no corpo teórico da psicanálise para nos orientar em situações clínicas como a que descrevemos?

Em sua escolha de ocupar o lugar de analista, o clínico da psicanálise pretende-se *atento* à dor do outro. Mas até que ponto o analista que assiste o sofrimento, está assistindo ao paciente, no sentido de ajudá-lo? Como pode um analista – que, bem sabemos, faz muito mais do que oferecer ao paciente sua escuta livremente flutuante, podendo valer-se de sua *atenção* e *desatenção* nos seus atos analíticos – aplicar seu método clínico nos casos considerados *difíceis*, de forma a não se colocar como aliado da dor e, ainda assim, fazer com que a análise corra como um barco rumo à cura, na direção contrária ao sofrimento?

Os problemas clínicos relativos à pulsão sadomasoquista – e não são raros os casos documentados – nos colocaram diante desses impasses clínicos que pretendemos abordar nessa apresentação.

O termo masoquismo foi criado pelo psiquiatra alemão Krafft-Ebing em 1869 em homenagem ao escritor e jornalista austríaco Leopold von Sacher-Masoch. O filósofo Gilles Deleuze busca tornar popular a vida e a obra de Masoch, discutindo sua biografia em *Sacher Masoch: o frio e o cruel* (2009). Deleuze aponta os gostos amorosos de Masoch como célebres. Seriam eles:

brincar de urso ou de bandido, ser caçado, amarrado, sofrer castigos, humilhações e até fortes dores físicas causadas por uma mulher opulenta vestindo peles e empunhando o chicote; fantasiar-se de serviçal, juntar fetiches e disfarces; colocar anúncios classificados, assinar ‘*contrato*’ com a mulher amada e, se preciso for, prostituí-la.⁴

As aventuras amorosas de Sacher Masoch inspiraram a escrita de seus livros. Para Deleuze, nenhum autor havia, até então, explorado as possibilidades do suspense e da fantasia como Masoch, que, ao mesmo tempo, “‘dessexualiza’ o amor e sexualiza toda a história da humanidade”⁵, num gesto tipicamente freudiano.

Freud utilizará, em sua obra, o termo masoquismo a partir do significado que lhe foi conferido por seu contemporâneo Krafft-Ebing. Em Freud, como sabemos, a discussão sobre o masoquismo está intimamente relacionada aos conceitos de repetição e pulsão de morte.

Freud inaugura a discussão a respeito do tema simultaneamente à escrita de *Além do Princípio do Prazer* (1920), publicando em seguida os textos: “Uma criança é espancada” (1919) e “O problema econômico do masoquismo” (1927). Neste, podemos encontrar três tipos de masoquismo: erógeno, feminino e moral. Freud conclui ainda em “O problema econômico do masoquismo” que **haveria um masoquismo originário que precederia essas outras formas do masoquismo.**

Freud encontrou, pouco a pouco, graças à perspicácia de seu olhar clínico, impasses que colocavam em cheque sua teoria metapsicológica nos moldes de sua primeira organização tópica. De acordo com a primeira tópica, o princípio do prazer seria regido pela busca da mínima excitação. Por outro lado, o desprazer se caracterizaria pela tensão e excitação provocadas por uma retenção de energia. Nesse sentido, Freud se perguntava, por volta de 1920, por que alguns pacientes pareciam se satisfazer por meio da excitação máxima que seria provocada pela repetição de

⁴ DELEUZE. *Sacher-Masoch: o frio e o cruel*. p.12. *Grifo nosso*.

⁵ DELEUZE. *Sacher-Masoch: o frio e o cruel*. p.12.

fantasias angustiantes? Por que relatavam “sonhos de punição” e não simplesmente “sonhos de realização de desejos” – que estariam mais próximos das proposições apresentadas em *A Interpretação dos Sonhos* (1900)?

No artigo “O problema econômico do masoquismo” (1927) Freud articula esses problemas com a questão do masoquismo, propondo a seguinte questão: “se o masoquismo é verdadeiramente fundamental para o homem, o que será do princípio do prazer como ‘guardião da vida’?”⁶ Na discussão da questão, a pulsão de morte será a entidade que tornará possível explicar o que se apresenta na clínica e em outras esferas culturais como “impulsos masoquistas da mente”. Na perspectiva freudiana mais otimista, a repetição masoquista seria regida por um impulso de vida direcionado para a elaboração psíquica.

As teorizações de Freud a respeito da pulsão masoquista se desligam cada vez mais dos mecanismos de perversão, passando a fazer parte dos processos mentais da neurose, até se consagrarem como uma satisfação intrínseca do aparelho psíquico. Um ponto chave que marca a aproximação do masoquismo do campo da neurose encontra-se também em “O problema econômico do masoquismo” (1927) e refere-se a uma importante mudança introduzida por Freud em sua segunda tópica, trata-se da consideração do caráter primário do masoquismo em relação ao sadismo, ao contrário do que ele havia defendido até então. No entanto, apesar do rearranjo teórico implementado a duras penas por Freud, o masoquismo conservou seu caráter enigmático para o criador da psicanálise.

O psicanalista francês Jean Laplanche, importante pensador da psicanálise, autor da *Teoria da Sedução Generalizada*, tem apresentado, nos últimos anos, proposições originais sobre o masoquismo. Para Laplanche o masoquismo é coextensivo da sexualidade humana, estando ligado e intrincado aos complexos processos relacionados à gênese da pulsão sexual e do eu. Mas ressalta que *sua proposição de um masoquismo originário e a concepção tardia de Freud de um masoquismo primário são essencialmente distintas*. Ele esclarece a diferença no artigo “Masoquisme et Sexualité” (2000), nas seguintes palavras:

⁶ Conforme apontamos anteriormente, a fim de responder aos impasses levantados e oferecer à sua proposta de método clínico uma teoria coerente, Freud irá fundo nesses questionamentos, que desembocam, em 1920, em um rearranjo estrutural da sua tópica, a qual conhecemos historicamente como a passagem da 1ª para a 2ª tópica freudiana e a substituição do dualismo pulsional entre pulsões de autoconservação e pulsões sexuais pelo dualismo último – da teoria freudiana - entre pulsões de vida e pulsões de morte.

O masoquismo primário em Freud, correlativo da pulsão de morte, é afirmado como uma força endógena, irreduzível a outra coisa que não ela mesma, e *não sexual*. De minha parte, eu falei desde o princípio sobre esse assunto da *posição originária do masoquismo no campo da pulsão sexual*. O que significa que, a meu ver, o masoquismo, por mais ancorado que esteja às origens da vida pulsional humana: 1) *não é explicável por uma força biológica humana interna [...] que seria a pulsão de morte*; 2) está ligado aos complexos processos que desembocam na gênese da pulsão sexual a partir das mensagens enigmáticas do outro; 3) *é intrinsecamente sexual*".⁷

O que muda ao incluirmos o masoquismo no campo sexual? A reivindicação do caráter intrinsecamente sexual do masoquismo não se restringe apenas a uma diferença teórica, mas exige alterações no método clínico, transformando a postura do analista. O psicanalista que concorda com argumento laplancheano faz suas interpretações a partir de um referencial que é a sexualidade perversa polimorfa, resgatando-a em seu sentido mais radical, tal como descrita por Freud em 1905, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*.

Laplanche busca resgatar o conceito de sexualidade apresentado por Freud em 1905, opondo-se ao dualismo pulsional da segunda tópica e ao caráter anti-erótico da pulsão de morte. Para Laplanche:

É preciso afirmar que a sexualidade ligada ao fantasma, *a sexualidade que nos diz respeito principalmente na análise, não é uma sexualidade que funciona segundo o princípio do prazer visando a diminuição da tensão e a descarga. É, ao contrário, uma sexualidade que funciona na busca por tensão*.⁸

Pensando a partir da noção de sexualidade de Jean Laplanche, espera-se que o masoquismo se apresente em qualquer análise, em graus variáveis, já que ele marca a sexualidade humana desde as suas origens. A intensidade do masoquismo na economia do paciente, sua força sobre a dinâmica psíquica e sobre o decorrer do processo analítico espelham a singularidade da vida sexual daquele paciente. A expressão do masoquismo no tratamento seria, ao contrário do que pensava Freud, uma expressão da sexualidade em seu caráter paradoxal e não propriamente expressão da pulsão de morte. Nesse sentido, a aparição do masoquismo na clínica não deveria ser algo inesperado ou surpreendente para aquele que ocupa o lugar de analista.

⁷ LAPLANCHE. Masochisme et sexualité In *L'énigme du masochisme*, p.19-20. *Grifo nosso*.

⁸ LAPLANCHE. Masochisme et sexualité In *L'énigme du masochisme*, p.19. *Grifo nosso*.

Então, quais referenciais podem orientar o analista na sua clínica quando, diante da dor do outro, vê que o tratamento vai de mal a pior?

Jacques André apresenta no artigo “O enigma do masoquismo” (2000)⁹ dois eixos para nortear a discussão sobre o masoquismo na clínica: um eixo dos fenômenos clínicos que dizem respeito à reação terapêutica negativa e outro relativo aos *ataques masoquistas ao próprio eu* – pensado como o rochedo da análise no que diz respeito aos fenômenos masoquistas.

Para Jacques André, o masoquista está sempre presente na psicanálise. Partindo da injunção fundamental da associação livre *fale-me tudo que lhe vier à cabeça*, o analista, que sabe que há ali uma demanda de tratamento e alguma experiência traumática, convida o sujeito a uma série de repetições discursivas de experiências dolorosas.

Outro exemplo diz respeito à relação analista/analizando. Há uma indicação freudiana de que o analista não se atenha aos seus sentimentos contratransferencias, dominando-os e adotando uma postura impessoal com respeito aos seus analisandos. Os pacientes, que chegam ao analista com uma demanda de amor, acabam sendo impelidos a cultivar de forma contida o amor transferencial dirigido a esse “objeto frio” que é o analista. Há algo de masoquista na repressão e na castração que se apresentam no processo de análise.

Até aqui estamos tratando do masoquismo que se apresenta necessariamente no processo de análise. Mas, para Jacques André, se o masoquismo parece estar sempre “logo ali” ou “bem aqui” no processo analítico, é no fenômeno clínico conhecido como *reação terapêutica negativa* e nos *ataques masoquistas contra o próprio eu*, que o mecanismo psíquico do masoquismo assume a forma mais escandalosa. Ao invés de elaborar seus conflitos psíquicos e lidar melhor com sua neurose, o paciente piora, ocorrendo um agravamento de sua doença. O psiquismo do paciente, diretor do roteiro clínico apresentado, põe em cena a dor, valendo-se, para tanto, dos moldes de funcionamento do tratamento psicanalítico e dos fundamentos do método clínico da psicanálise.

A reação terapêutica negativa é uma expressão interna à experiência analítica e articulada à transferência negativa, expressão por sua vez utilizada por Freud a

⁹ Esse artigo ainda não se encontra traduzido para o português.

partir de 1920 e relacionada à noção de pulsão de morte¹⁰. Freud descreve e analisa de maneira mais completa o fenômeno da reação terapêutica negativa em *O Ego e o Id* (1923). Afirma, então, que em determinados sujeitos “qualquer resolução parcial que deveria ter como consequência uma melhoria ou um desaparecimento passageiro dos sintomas – e que tem efetivamente em outros – provoca neles um reforço momentâneo do seu sofrimento; o seu estado agrava-se no decorrer do tratamento em vez de melhorar”¹¹. Um longo percurso será percorrido por Freud na análise do intrigante fenômeno da reação terapêutica negativa, o qual não descreveremos em detalhes nesse momento. É curioso destacar que, apesar de Freud ter estudado exaustivamente o fenômeno da reação terapêutica negativa, ao longo de quase uma década, só no final dos anos 1930, ele ressalta que “há certas formas de resistência de difícil combate, já que alguns pacientes parecem não visar outra coisa senão a autolesão e a autodestruição, e parecem não tolerar ‘o restabelecimento mediante o nosso tratamento e lutam contra ele com todas as suas forças’”¹².

No *Vocabulário de Psicanálise* (2001), os autores destacam que

a expressão “reação terapêutica negativa” designa, pelo menos na intenção de Freud, um fenômeno clínico bem específico, no qual a resistência à cura parece inexplicável pelas noções habitualmente invocadas. O seu paradoxo, irreduzível ao jogo – por mais que o consideremos complexo – do princípio do prazer, levou Freud, entre outros motivos, à hipótese do masoquismo primário¹³.

Apostamos desde Freud na possibilidade de que a repetição do evento traumático possa servir para que se possa dar uma nova chance ao psiquismo para o desenvolvimento de uma elaboração. O impasse clínico mostra-se quando, depois de sessões e mais sessões verbalizando e atuando na transferência, o paciente não apresenta sinal de elaboração psíquica ou um reposicionamento diante de seu sofrimento. Ao contrário, encontrando-se num estado de excitação, indo de mal a

¹⁰ Na pesquisa de mestrado que estamos desenvolvendo no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, pretendemos, com base na obra freudiana, compreender a articulação teórica entre a reação terapêutica negativa e os conceitos de resistência e repetição. No estudo da relação entre reação terapêutica negativa e a repetição interessa-nos descrever o modelo da fotografia e especificamente do negativo utilizado por Freud como metáfora da atividade inconsciente. Freud (1912) faz a seguinte analogia entre o inconsciente e a fotografia: “primeiro estágio da fotografia é o ‘negativo’; cada imagem fotográfica tem de passar pelo ‘processo negativo’, e só alguns desses negativos, que foram aprovados, são admitidos ao ‘processo positivo’, que afinal termina na imagem fotográfica (pág. 87).

¹¹ FREUD *apud* LAPLANCHE;PONTALIS. *Vocabulário de Psicanálise*, p. 424.

¹² FREUD. *Esboço de Psicanálise*, Vol. XXIII, p.194.

¹³ LAPLANCHE;PONTALIS. *Vocabulário de Psicanálise*, p. 425.

pior. O tratamento não parece contribuir para a elaboração psíquica pretendida e, na ausência de traduções, o analista assiste a atuações sem sentido manifesto. O analista encontra-se, assim, diante de um impasse clínico.

Evoco aqui o caso de um paciente que, durante os dois primeiros anos de sua análise iniciava cada sessão dizendo “estou cansado” muitas vezes repetia: “eu não sei para que eu estou vindo aqui mais”. O jovem, de 28 anos, descrevia uma insatisfação generalizada em relação a todas as dimensões de sua vida. Sua demanda inicial era relativa à sua almejada formatura de graduação que – já em vias de ser jubilado – não conseguia concluir. Boicotava provas, não entregava trabalhos importantes e sempre deixava para conversar com os professores sobre suas dificuldades nos últimos dias do semestre letivo.

Após um ano de atendimento, o paciente consegue elaborar algumas de suas questões – sobretudo no que diz respeito aos seus ideais e ao modo de lidar com a demanda do outro – gradua-se do modo como era possível naquele momento – “cheio de cicatrizes”– e encontra um emprego que lhe interessa bastante, na sua área de formação. Mas paciente e analista sabem que ainda há muito o que elaborar. Há uma outra demanda de análise que perpassa todas as sessões, que diz respeito à opção sexual do paciente. Mas sobre esse assunto ele afirma não dar conta de falar. A partir do pouco que ele fala, fica explícita uma dificuldade de se aproximar das mulheres, pois “é muito penoso falar com elas, elas parecem santas, parece que não pode tocar”.

Logicamente a analista foi incluída transferencialmente pelo paciente nessa série associativa. Uma analista que, por ser mulher, não deveria estar escutando esses assuntos.

O paciente descreve algumas vezes “imaginar coisas horríveis”, como sair na rua “mutilando as pessoas, dando machadadas nelas”. Estas fantasias são material de trabalho analítico, já que o paciente se diz angustiado ao pensar e falar sobre isso. A dificuldade para a analista reside no fato de o paciente apontar essas questões, mas não avançar, resistindo a falar sobre o tema. Repete as mesmas frases, descreve as mesmas fantasias e em seguida permanece em silêncio, visivelmente tenso e dizendo-se angustiado, muitas vezes pedindo para ir embora ou mudar de assunto.

Em resposta às diferentes intervenções da analista, muito discutidas em supervisões clínicas, o paciente faz novas associações, mas dessa vez voltando-se para uma variedade de temas, tornando difícil a localização e o apontamento da demanda. Assim, os atendimentos parecem, durante algum tempo, improdutivos. O paciente fala

do seu sofrimento, conta casos repetitivamente, mas defende-se ferozmente contra as interpretações e perguntas da analista.

O paciente parecia provocar um sofrimento na analista, talvez para testar até que ponto ela suportaria a angústia de não saber e de não receber as associações do paciente. A dor tomava forma no *setting* analítico no discurso do paciente. Qualquer interpretação da analista era recusada, o paciente repetia sempre, mas não elaborava. Desmarcava sessões e atrasava-se para a análise. Movido pela angústia que se apoderara de sua vida cotidiana, o paciente dedicava-se a escrever sobre seus pensamentos durante todo o tempo livre que tinha. Escrevia compulsivamente, tendo preenchido, nessa época – cerca de quatro meses – cinco cadernos escolares e dezenas de folhas avulsas, inclusive cartolinas. O sofrimento expresso em sua escritura¹⁴ era exaltado de uma forma romântica e masoquista pelo paciente nas sessões de análise. Ele parecia valorizar seu gesto de escrever, mas, ao mesmo tempo, cuidava de guardar para si o material de sua escrita, mais uma vez privando a analista do acesso ao conteúdo dos textos, e aos elementos de sua vida psíquica.

Certo dia, o paciente chega ao consultório da analista tendo em mãos o que ele dizia ser “toda sua merda”. Eram os seus cadernos e folhas, registros escritos produzidos ao longo daqueles meses. Ele, então, oferece aquele material à analista, sugerindo que leve tudo aquilo para a casa dela, pedindo que não deixasse o material no consultório e que não mostrasse para qualquer outra pessoa. O jovem disse que naquele momento estava passando para as mãos dela “coisas horríveis”, as quais ele não suportava mais guardar consigo.

Esse foi o momento em que o ato analítico pôde ser implementado, a partir de uma aposta na importância da fala para a cura. Ao invés de aceitar o material, ela disse ao paciente: “Eu me interessou pelo que você tem a me dizer. Admiro muito seu ato de coragem em me entregar tudo isso. Mas eu não vou levar porque não vou ter tempo de ler tudo isso. Esse material que você está me entregando pode ficar guardado na gaveta do armário deste consultório, se você quiser. Mas eu quero que você *fale* comigo sobre a sua merda”.

A partir desse ato, possibilitado pelas circunstâncias que o próprio paciente criou e pelo vínculo transferencial claramente existente, a analista convocou o sujeito a falar em análise. Só mais tarde, o ato pôde ser significado. A análise tomou um novo

¹⁴ Uso o termo *escritura* lembrando-me de Marguerite Duras (1994) e do modo como descreve o seu processo de escrita.

rumo, o paciente falava mais sobre temas que até então eram alvo de resistência extrema, tendo conseguido, depois de algum tempo, dizer: “eu faço disso aqui um lugar de sofrimento e parece que eu venho aqui para sofrer”. Em resposta a esse enunciado a analista diz: “você está achando que eu gosto da dor?” A analista apontou, assim, para o paciente, que o masoquismo dele estava dando as cores do tratamento analítico e sugeriu que a associação entre análise e dor era feita por ele, o que abriu o caminho para que ele pusesse falar da relação que vem estabelecendo com as pessoas desde a sua infância, do romance edípico e de suas fantasias infantis, todos perpassados por uma enorme culpa e pelo desejo de punição.

Para Jacques André, a reação terapêutica negativa seria sinônimo do masoquismo moral, sendo que o masoquismo moral seria uma forma de ser, de *mal-ser*, de necessidade de punição superegóica por um crime ocorrido no passado. A transferência negativa seria o fracasso prático do tratamento analítico em decorrência do masoquismo moral, a apresentação do masoquismo moral no divã.

Stekel, em 1910, demonstra a clareza necessária para dar fôlego ao trabalho do analista afirmando que: “a neurose em seu conjunto não é nada senão a expressão do masoquismo. A neurose se pune de sua própria culpabilidade pela sua neurose, não é de se admirar que o paciente se atenha à sua doença”¹⁵. Na afirmação de Stekel identificamos os principais aspectos da reação terapêutica negativa: a dependência do paciente de estar doente, o perigo representado pela cura, o *ir cada vez pior*.

Nessa perspectiva teórica, o masoquismo é uma disposição psíquica. A reação terapêutica negativa implica uma perda de laços com o sexual. Como deve atuar o analista a fim de produzir uma operação terapêutica?

Jacques André indica ao analista evocar *eros* em seus atos transferenciais, trazendo à tona a cena sexual e trabalhando, assim, junto ao paciente, na tecelagem do romance edípico, na elaboração do *sexual*¹⁶. André ressalta que Freud não se contenta em dizer *sexual*, ele configura a cena masoquista, reconhecendo no “suportar o mal estar” as *delícias* infantis de uma passividade reprimida.

Jacques André acrescenta que o analista deve encontrar sua forma singular de apontar para o paciente que “sua doença é moral e que sua moral é sexual, quer dizer, fantasmática e infantil! Revirar o sexual lá onde tudo parece desmentir a presença. A

¹⁵ STEKEL, *apud* ANDRÉ. *L'énigme du masochisme*, p.14.

¹⁶ A respeito da concepção laplancheana do *sexual* Cf. LAPLANCHE, J. Le genre, le sexe, le sexual, in *Sur la théorie de la séduction* (org. Catherine Chabert), Paris: Éditions In Press, 2003.

psicanálise poderia manter-se fiel a si mesma e ao seu programa se procedesse diferente?”¹⁷.

Cabe ao analista a tarefa desafiadora de encontrar o tom de “revirar o sexual” em cada caso, privilegiando sempre a transferência como lugar do inconsciente em cena. Mas essa seria a última palavra? As enigmáticas tendências do *moi* seriam dissipadas por essa via? O enigma renasce com força.

No enquadramento da análise que tem as rédeas tomadas pela reação terapêutica negativa, o paciente é descrito por Jacques André como

o especialista do mal-estar e da perda de amor, [...] que arrasta um gozo lá onde ameaça uma quebra e que não se mostra disposto a abandonar seu sofrimento psíquico crônico, uma vez que o sofrimento maior, doença somática grave, por exemplo, pode se apresentar¹⁸.

Sabemos que a antecipação do sofrimento na tentativa de evitar o trauma é estratégia comum nos casos de neurose. O paciente supõe que sofrendo continuamente ele se prepararia melhor para o pior por vir. O masoquismo seria, nesse caso, uma armadilha do ego, que, presentificando o sofrimento, ilusoriamente evitaria o confronto com o irrepresentável no futuro.

Essa perspectiva é defendida por um grupo de autores franceses contemporâneos, sendo importantes expoentes Benno Rosenberg¹⁹ e Marília Aisenstein. Para esses autores seria possível falar de um masoquismo originário guardião da vida. Não nos ateremos às minúcias dessa proposta, pois o que nos interessa aqui é aproximá-la da concepção de Jacques André sobre os *ataques masoquistas ao próprio eu*.

Para Jacques André é no masoquismo que se encontra o erotismo. Mas falta ainda uma palavra essencial para se pensar o masoquismo nesse sentido: o narcisismo. O ego se reforça ali onde o sujeito se encontra em sofrimento. Ou seja, a questão está para além de uma satisfação da pulsão de morte. Para além da pulsão de morte e da compulsão à repetição nela engendrada, no masoquismo haveria um investimento

¹⁷ ANDRÉ. *L'énigme du masochisme*, p.15. Jacques André adota como texto de referência em sua análise sobre o masoquismo bem como sobre a sexualidade feminina, “Un enfant est battu” (1919) no qual, a seu ver, encontramos uma concepção de feminilidade primitiva, masoquista, irredutível à lógica fálica. Para André passividade, feminilidade e masoquismo são representações privilegiadas de um recalcado geral, aquele da cena primitiva.

¹⁸ ANDRÉ. *L'énigme du masochisme*, p.17.

¹⁹ Benno Rosenberg publicou em 1991 sua monografia intitulada *Masochisme Mortifère et masochisme gardien de la vie*. A tese central apresentada reside na hipótese de um masoquismo originário ligado à destrutividade que, uma vez projetado, torna-se sadismo.

narcísico, um encontro do eu com o eu, através do retorno da pulsão. De fato, masoquismo e narcisismo envolvem movimentos dinamicamente similares sendo ambos centrípetos.

O sofrimento estaria a cargo de mais de uma instância psíquica. Da parte do *isso*, quando prevalecem as más palavras de culpabilidade, o enunciado inconsciente pode ser mais ou menos formulado assim: “eu sofro, não consigo mais parar de sofrer, portanto eu gozo”²⁰. Da parte do ego, o *cogito* seria: “sofro, logo existo”²¹. E existo com todo o poder.²²

Na clínica psicanalítica é possível verificar que, em certos casos ou em certas fases da vida do sujeito e de seu processo analítico, apenas o sofrimento é capaz de prover a existência. Constata-se que o masoquismo se apresenta muito frequentemente como modo de gozo de certos pacientes, povoando suas fantasias e muitas vezes se concretizando em passagens ao ato, como, por exemplo, nas parcerias amorosas de caráter sadomasoquista, que podem envolver violência doméstica e abuso sexual, resultando em verdadeiras devastações subjetivas. O sintoma do paciente inscreve-se na trama transferencial, enquanto a elaboração parece estancada. Desse modo, o analista pode sentir-se impotente e sofre ao ver o tratamento contribuir para o agravamento do quadro neurótico do paciente.

André considera que o analista precisa estar sempre disposto a lidar com essa complexa dinâmica. É preciso levar em conta que a aparição do masoquismo não é empecilho ao trabalho analítico, sendo, ao contrário, esperado ao lidar com a sexualidade humana, tal como conceituada por Laplanche.

Junto aos autores que convocamos para nossa análise, pensamos que o analista deve, nesses casos, aproveitar a atuação transferencial do paciente e, partindo do gesto deste, arriscar implementar um ato analítico, evitando uma parceria com o analisando pautada em sua dor. O masoquismo originário e a reação terapêutica negativa não devem ser tidos como impedimentos para o trabalho analítico, como obstáculos intransponíveis em todas as situações.

Para que o ato seja preciso, as representações-palavras do paciente devem ser captadas pelo analista de forma sensível, astuta e perspicaz. Ele deve estar atento ao

²⁰ ANDRÉ. *L'énigme du masochisme*, p.17.

²¹ FRITZ ZORN *apud* ANDRÉ. *L'énigme du masochisme*, p.17.

²² “O sofrimento... ou a morte; comparado à aproximação da morte vinda do exterior, o suicídio é um prazer relativo”. FERENCZI, Sándor. *Apud* PANIAGO, I. ; VIANA, T. *Negativo, repetição e resistência*.

que é dito pelo paciente, mas também ao seu “agir sem conceito”²³. Somente após a aparição dos conteúdos recalçados, através da atuação, é que será possível a formação de representações-palavras que permitam o início de um trabalho de elaboração psíquica²⁴. Do irrepresentável verbalmente, mas representável em ato, à representação verbal e à simbolização que permite a elaboração psíquica.

Como afirma Lacan, o paciente que busca análise obtém alguma satisfação por meio de seu sintoma. Isso não significa que ele esteja bem. Cabe ao analista apostar que o paciente pode também se satisfazer por um outro caminho menos custoso e mais curto.

Até que ponto recordar e repetir é elaborar? Essa pergunta é

especialmente necessária no trabalho com pacientes de difícil acesso (Joseph, 1975), ou na clínica dos casos-limite (Figueiredo, 2003), onde o analista é convocado a atuar diante de comportamentos impulsivos ou de autolesão, ou diante de ideação ou tentativas de suicídio [...] Fédida (2002) considera que os pacientes *borderlines* apresentam, no ‘apego’ transferencial, a ameaça desmedida de um aniquilamento, devido à dependência total de um *outro ser humano*, por definição mortal e, por natureza, incapaz de tornar-se o exclusivo outro de si²⁵.

Mas será o caminho responder sempre e incondicionalmente à demanda de apego do paciente e suportar as penas da reação terapêutica negativa, sobretudo a de ver o paciente em tratamento piorar? Paniago e Viana discutem essa questão no artigo “Negativo, Repetição e Resistência”, no qual buscam compreender como o analista pode se portar – suportar – diante dessa resistência que revela o imenso sofrimento psíquico e que parece indicar o limite do analisável. A posição defendida pelas autoras é a de que antes de ser uma oposição à análise, a resistência que se apresenta como negatividade pode se tornar o caminho para novas formas de ação. Para exemplificar o argumento, apresentam uma vinheta clínica na qual a analista tem de lidar com ataques e transgressões das regras do *setting* analítico implementadas por parte da jovem em análise.

Na discussão do caso, as autoras ressaltam a importância de se acolher a paciente em questão, que se apresenta muito regredida e dependente do outro,

²³ MEZAN (1999), *apud* FRANÇA, Cassandra *et all*. *A repetição como trilha da elaboração psíquica*.

²⁴ FRANÇA, Cassandra *et all*. *A repetição como trilha da elaboração psíquica*.

²⁵ PANIAGO, I.; VIANA, T. *Negativo, repetição e resistência*.

utilizando suas atuações na transferência, para verificar quanto e de que modo a analista a ama. A postura da analista parece ser a de buscar “suportar pacientemente” a transferência negativa, entendendo essa como um movimento de repetição quando a elaboração não é possível. A analista confia que, eventualmente, em função da própria repetição, a paciente poderá voltar ao lugar e tempo das representações que a fazem sofrer e, então, elaborar. Nas palavras das autoras:

O tratamento diante de uma transferência positiva desenterra lembranças tal como na hipnose, quase sem resistências. Se e quando a transferência torna-se hostil, “o recordar imediatamente abre caminho à repetição” (p.167). Cabe ao analista a tranquilidade de entender tal experiência e estar preparado para esse longo caminho “nas trevas” do passado de seu paciente. Onde ele suportará esse lugar de ataques hostis, estando junto ao seu paciente já que lhe orientou a criar coragem para dirigir sua atenção para sua doença – “sua enfermidade deve... tornar-se um inimigo digno” (p.168). Certamente, o tratamento tende a uma deterioração, inclusive com reflexos fora do *setting*. Há uma luta constante com o paciente, “para manter na esfera psíquica todos os impulsos que este último gostaria de dirigir para a esfera motora” (p.168), e é um sucesso se consegue fazê-lo. A regra fundamental, no entanto, é dar ao paciente tempo para conhecer melhor sua resistência, para que possa elaborá-la, o que pode revelar-se uma prova de paciência para o analista, como nos lembra Freud.²⁶

Mas a elaboração pacientemente aguardada pela analista nunca ocorre pois, antes disso, a paciente abandona o tratamento. Através do relato de caso ficamos sabendo que algum tempo depois a jovem volta a ligar para a analista, marca uma sessão e não comparece. Ou seja, a relação transferencial permaneceu intacta.

Podemos tomar esse breve relato como evidência de que suportar a reação terapêutica negativa e exercitar a “paciência nas trevas” não parece ser suficiente para que a análise ofereça condições de possibilidade para mudanças na vida do paciente.

Por fim, para implementar o ato analítico, o analista deverá, como orienta Freud, dirigir seu interesse para os obstáculos que se colocam no caminho da análise, no lugar de se preocupar simplesmente com a “cura”, em primeiro plano. O ato analítico é necessário, não apenas como recurso interpretativo, mas para marcar que há limites impostos sobre o psiquismo do analista e o tratamento analítico. Desse modo, cabe ao sujeito lidar com um resto de angústia. Diante da recusa da cura por

²⁶ PANIAGO, I.; VIANA, T. *Negativo, repetição e resistência*.

parte do analisando, é importante que o analista tenha internalizada e operante a barra de sua castração, reconhecendo os limites da psicanálise.

Referências bibliográficas

ADORNO. *Crítica cultural e sociedade*. São Paulo: Ática, 1998. p. 7-26.

ANDRÉ, Jacques. *As origens femininas da sexualidade*. São Paulo: Jorge Zahar, 1996.

_____. *L'Énigme du masochisme*. Paris: PUF, 2000.

DELEUZE, Gilles. *Apresentação de Sacher-Masoch*. São Paulo: Taurus, 1983.

DELEUZE, Gilles. *Sacher-Masoch: o frio e o cruel*. São Paulo: Jorge Zahar, 2009.

DURAS. *Escrever*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

FRANÇA, Cassandra *et all*. *A repetição como trilha da elaboração psíquica*. Arquivo eletrônico. Disponível em: http://www.abtos.org.br/congresso01_poster.html. Acesso em 30 de Agosto de 2009.

FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1912) *Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise*, vol. XII.

_____. (1914) *Recordar, repetir, elaborar*, vol. XII.

_____. (1920) *Além do princípio do prazer*, vol. XVIII.

_____. (1927) *O problema econômico do masoquismo*, vol. XIX.

_____. (1937) *Análise Terminável e Interminável*, vol. XXIII.

_____. (1940 [1938]) *Esboço de psicanálise*, vol. XXIII.

PANIAGO, Isa Maria Lopes; VIANA, Terezinha de Camargo. *Negativo, repetição e resistência*. Arquivo eletrônico. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.47.3.2.htm>. Acesso em 30 de Agosto de 2009.

ROSENBERG, Benno. *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. Paris: PUF, 2007.

SONTAG, Susan. *Diante da Dor dos Outros*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.