

Reação Terapêutica Negativa: Uma Outra Perspetiva Kleiniana

Esmeralda Macedo

O termo ‘reação terapêutica negativa’ é usado em psicanálise para referir o momento em que o paciente apresenta um agravamento no progresso da análise, quando seria esperada uma melhoria. Sigmund Freud descreveu este processo com maior detalhe em 1923, no artigo “O Ego e o Id”, associando a questão ao sentimento de culpa. O conceito viria a ser integrado no campo teórico da psicanálise e ganhou o interesse por parte de diversos psicanalistas, como é o caso de Joan Rivière e Karen Horney, cujas contribuições se tornaram essenciais para a sua compreensão. Melanie Klein, por seu lado, vai relacionar a ‘reação terapêutica negativa’ com a inveja e as defesas erguidas contra esse sentimento. Este artigo tem por base uma Nota de Klein que consultei no Melanie Klein Archive, contendo o espólio de notas e textos manuscritos deixados em testamento por Melanie Klein ao Melânie Klein Trust, sediado no Wellcome Institute for the History of Medicine, em Londres. O meu objetivo é demonstrar que a autora considerou a questão da reação terapêutica negativa de uma outra perspetiva que considero aproximar-se do conceito de ‘barreira de contacto’, descrito por Freud no *Projeto Para Uma Psicologia Científica* (1895), e também do conceito de ‘couragea caracteriológica’ descrito por Wilhelm Reich.

SIGMUND FREUD

Desde o início da psicanálise, os psicanalistas constataram que existiam pacientes que reagiam de forma negativa aos avanços do tratamento. Mesmo quando se

analisavam as resistências, havia retrocesso, em vez de progresso. A esta conduta foi dada, como sabemos, a designação de ‘reação terapêutica negativa’ (RTN). O processo psicanalítico consiste em progressos e retrocessos, mas, nestas situações, como foi sublinhado por Karen Horney (1936), trata-se de uma situação paradoxal em que o paciente piora no momento em que houve um progresso no tratamento.

Freud tinha percebido a existência deste mecanismo desde cedo, mas, como referido, somente em 1923 o descreve de forma mais clara, referindo que

algumas pessoas não conseguem suportar nenhum elogio, ou apreciação de progresso no tratamento. Cada resolução parcial que deveria resultar, e que com outros resulta, num melhoramento ou suspensão temporária dos sintomas produz, no caso daquelas pessoas, um reforço momentâneo do seu sofrimento; ficam pior, em vez de melhorarem. (Freud, 1981/1923, p.49).

Assim, Freud vai atribuir este tipo de reação à ação do Superego, resultando num sentimento de culpa que encontra satisfação no sofrimento. Esta ideia é reafirmada em “O Problema Económico do Masoquismo” de 1924, referindo que o masoquista encontra satisfação nesse sofrimento e, por isso, necessita de encontrar uma forma de o manter a todo o custo.

No entanto, é também nesse artigo que Freud vai apresentar uma nova conceção sobre a RTN, concluindo agora que se deve a uma necessidade de castigo, em vez de um sentimento de culpa. As razões dadas por Freud para esta alteração são o facto de os pacientes terem dificuldade em reconhecer que podem ter sentimentos de culpa inconscientes e porque, em rigor, não se pode falar da existência de sentimentos no sistema inconsciente. Esta nova perspetiva vai, então, ligar a RTN ao masoquismo do Ego. Também a partir desta nova conceção, vai ser possível distinguir entre sentimento de culpa e necessidade de castigo. O castigo é uma forma de proteção contra o sentimento de culpa.

No seu trabalho posterior, “O Mal-estar na Civilização”, de 1930, Freud volta a abordar a RTN, destacando a ideia de que se encontra ligada ao instinto de morte e demonstrando, por outro lado, que a necessidade de castigo é uma exteriorização do sentimento de culpa, resultante da tensão entre o Superego e o Ego e ligada à luta entre o instinto de vida e o instinto de morte. A seguir, em “Análise Terminável e Interminável”, de 1937, o sentimento de culpa e a necessidade de castigo são apontados como uma das razões que impedem o êxito do processo psicanalítico e o tornam

interminável, o que leva Freud a concluir que os fenômenos psíquicos não se encontram apenas dominados pela tendência para o prazer.

JOAN RIVIÈRE E KAREN HORNEY

A par dos esforços de Freud, na década de 1930, surgiram algumas contribuições que ajudaram a melhor compreender a RTN, entre as quais se destacam os trabalhos de Joan Rivière e de Karen Horney, ambos apresentados em 1936. Estas duas contribuições tornaram, definitivamente, a RTN um assunto ao qual era necessário dar importância.

No artigo “Uma Contribuição Para a Análise da Reação Terapêutica Negativa”, Rivière (1936) abordou a questão, a partir de três ideias centrais: a culpa inconsciente referida por Freud; a resistência típica do caráter narcisista colocada em evidência por Karl Abraham; e a teoria kleiniana da posição depressiva. A conclusão é que a forma de ultrapassar as reações negativas na análise passa por dar mais importância à análise das relações de objeto do paciente e, por outro lado, que é também necessário procurar mais profundamente a depressão existente no narcisismo, apesar dos seus aparentes aspectos positivos.

Com base na ideia acerca do mal infligido ao mau objeto – um aspecto que se torna perceptível na posição depressiva – Rivière sugere que a resistência à análise é mais forte em pacientes em quem os mecanismos característicos dessa posição são mais intensos, nomeadamente, os mecanismos de defesa maníacos. Na sua perspectiva, o paciente vai usar o controle onipotente para evitar que o analista chegue mais longe na análise do seu inconsciente, evitando, dessa forma, entrar em contato com a sensação de fracasso que, neste caso, é equacionado coma morte. Rivière resume as suas ideias, dizendo que ‘a atitude inacessível do paciente é, então, a expressão das suas negações de tudo aquilo que o analista lhe mostra acerca dos conteúdos inconscientes da sua mente’ (Rivière, 1936, p.315).

O outro trabalho importante, como referi, também apresentado em 1936, foi “O Problema da Reação Terapêutica Negativa”, de Karen Horney (1936). Neste artigo, a autora enfatiza que o termo RTN deve ser reservado para as situações em que o paciente sente, claramente, alívio após uma interpretação, mas que, pouco depois, verifica-se um retrocesso, no qual, a par de um aumento dos sintomas, o paciente sente-se desencorajado e quer terminar a análise. Outra das contribuições apresen-

tadas por Horney põe em evidência a questão da inveja que o paciente sente, em relação ao analista, e a necessidade de ‘estragar’ o seu trabalho. Neste sentido, a autora apresenta cinco categorias, nas quais essa atitude se pode integrar.

A *primeira* categoria é relacionada com a rivalidade, despertada sempre que o analista dá uma boa interpretação e que é sentida como sendo um triunfo do psicanalista. A *segunda* relaciona-se com a humilhação sentida sempre que o analista faz uma interpretação relativa às falhas ou à ansiedade, o que é encarado como um ataque ao narcisismo ou à auto-estima. A *terceira* categoria reflete o facto de uma interpretação poder clarificar um problema e significar, então, uma saída da neurose. A *quarta* categoria referida por Horney implica que as interpretações são sentidas como acusações, sendo proporcionais ao sentimento de culpa. Por fim, a *quinta* categoria refere-se aos momentos em que o paciente, em qualquer circunstância, se sente rejeitado pelo analista, o que é explicado pela excessiva necessidade de afeto, determinada pela sua própria hostilidade.

Horney considerava que a RTN surgia, sobretudo, em pacientes em quem dominavam o narcisismo e os traços sado-masoquistas, o que justifica a sua raiva e rivalidade em relação ao analista.

MELANIE KLEIN

Apesar do interesse que as contribuições de Rivière e Horney despertaram no meio psicanalítico, o tema não foi, apesar disso, alvo de estudos importantes, até à publicação, em 1957, de *Inveja e Gratidão*, por Melanie Klein (1997/1957). Neste trabalho, Klein põe em destaque a inveja e as defesas contra a inveja no surgimento da RTN. A partir dessa altura, tornou-se mais evidente que a agressividade do paciente era provocada pelas interpretações do analista, fazendo com que este e as suas interpretações fossem igualmente invejadas. Assim, as contribuições de Klein para o tema da RTN seguem as descobertas de Freud e Rivière, como ela própria refere:

A criança que, devido à força dos mecanismos paranoides e esquizoides e ao ímpeto da inveja, não consegue dividir e manter o amor e o ódio separados com sucesso e, dessa forma, o bom e o mau objeto, está sujeita a sentir-se confusa acerca do que é bom e mau noutras situações.

Nestas situações, a inveja, e as defesas contra este sentimento, desempenham

um papel importante na reação terapêutica negativa, a somar aos fatores descobertos por Freud e, mais tarde, desenvolvidos por Joan Rivière (Klein, 1997/1957, pp.184-185).

Um outro aspeto da RTN apontado por Klein diz respeito à gratidão. O conceito de gratidão é descrito como uma forma de reconhecer a gratificação proporcionada pelo objeto, estando intimamente ligado com a capacidade de amar. Klein afirma, assim, que as origens do sentimento de gratidão podem ser encontradas no estado mais precoce da infância, quando a mãe é o único objeto disponível para o bebé e essa é, portanto, a sua forma de demonstrar o apreço pela satisfação que ela lhe proporciona. Além disso, Klein refere que o sentimento de gratidão é fundamental para a construção da relação com o bom objeto, sendo igualmente essencial para o reconhecimento da bondade dos outros e do próprio. Assim, uma das possíveis causas da RTN pode ter, exatamente, a ver com o facto de não se terem estabelecido as bases para a existência do sentimento de gratidão, tal como é explicado por Klein:

Por exemplo, quando o paciente se sente desprezível, e, por isso, inferior ao analista, a quem no momento atribui bondade e paciência, rapidamente a inveja em relação ao analista reaparece. A sua própria infelicidade e a dor e os conflitos por que passa são contrastados com aquilo que sente ser a paz de espírito do analista – na realidade, a sua sanidade – e esta é uma causa particular para a inveja.

A incapacidade do paciente para aceitar com gratidão uma interpretação que, nalgumas partes da sua mente, reconhece como sendo úteis é um aspeto da reação terapêutica negativa (Klein, 1997/1957, p.222).

Consequentemente, podemos dizer que a abordagem de Klein, acerca da RTN, enfatiza, por um lado, a incapacidade do paciente poder suportar a ideia de que o seu analista se encontra numa posição superior à sua e que o analista é saudável; e, por outro lado, salienta a incapacidade do paciente para se confrontar com os aspetos mais profundos do seu inconsciente que, supostamente, o levarão a reconhecer a sua depressão, devido aos danos infligidos ao objeto de amor.

UMA OUTRA PERSPETIVA KLEINIANA

A Nota inédita que é, de seguida, transcrita integralmente, na versão original em inglês, encontra-se entre os papéis de Melanie Klein conservados, como referido, pelo *Melanie Klein Trust*, em Londres, não tendo sido publicada anteriormente, nem objeto de estudo por outros investigadores. O texto apresenta alguns problemas de redação que podem, aqui e além, dificultar a compreensão, provavelmente devido ao facto de que o inglês não era a língua materna da autora, nascida na Áustria, mas também porque tratam-se de anotações e, assim, poderá haver alguma informalidade na forma de redigir. É importante esclarecer que o termo ‘Nota’, quando se fala do espólio manuscrito de Melanie Klein, refere-se a anotações acerca de casos clínicos que a autora estava a acompanhar, ou são anotações para usar em livros e congressos. Quando se trata deste último caso, aparece esta indicação nos textos. De qualquer forma, praticamente todas as Notas a que tive acesso têm um título e como, nesta Nota, intitulada *Reasons for Negative Therapeutic Reaction*, não é feita nenhuma indicação acerca do seu uso em livros ou eventos académicos, deduzo que se trata de uma Nota referente a um caso em acompanhamento. Além disso, a versão original desta Nota não apresenta divisões de parágrafo, a partir da referência ‘Other instances’, o que torna a mancha gráfica demasiado compacta para a leitura. Por isso, são incluídos parágrafos, mas preservando inteiramente a transcrição *ipsis litteris*.

O texto merece toda a atenção, porque demonstra que Klein também pensou a questão da reação terapêutica negativa de um outro ângulo, em relação à forma mais canónica como desenvolveu a discussão em *Inveja e Gratidão*.

REASONS FOR NEGATIVE THERAPEUTIC REACTION

R., who – fear of disillusionment – fear that could be cured. Material showed that among many other reasons he declined in the deep unconscious to be cured because that would be the question of the capacity of the analyst to cure him. While he is still ill he can still hope.

Other instances.

B. connects with the word ‘pure’ which has very seldom been used in his analysis – the equals being cured it means dead. Another feeling is that if K. can cure him then he is continuously under her power while she is treating him. If he is incurable

ble then i can't cure him and have no power over him. Kipper. Technical problem. There are various types of patients whose phantasy life seems to be inaccessible by analysis. Usually there is also a strong repression of feelings or emotions of all kinds. They seem not to see anything but rational reasons in the material they give the analyst. The analyst may easily gain the feeling that trying to get access to their unconscious phantasies is like speaking over a wall. The dissociation between conscious and unconscious is extremely strong. I call it dissociation because even in cases where we should not speak clinically of dissociation of the fact that the unconscious is so strongly separated from the conscious that apparently no unconscious thoughts or feelings can come up seems to be dissociation.

I think that analysis in the latency period cases is a great help for treating this type of case. With children in the latency period we find that the unconscious feelings and phantasies are very strongly repressed. I have given in my chapter on the latency period in my book instances of how one tries to get phantasy material from material which does not seem contain any phantasies, and that step by step we are gaining access to the unconscious and to the phantasies if we are as it were extracting from this conscious material what we feel behind as being UnCs. material. There are of course very great differences between a child in the latency period and an older person. These differences are both to the advantage and to the disadvantage, as far as analysis goes. The child of this age is not only repressing his phantasies very strongly or has rather repressed them, but he is also terrified of admitting material of thoughts or feelings which he thinks would not be approved by his surroundings. It is often quite obvious that a child can feel and understand what we mean, but he would not admit it. That refers especially to sexual activities but also to other things of a not moral kind or at least he thinks his environment would think of this kind. But nevertheless the analyst makes his way. We do very often finish an analysis at this stage, or at least i can say from my experience, not with full satisfaction. The child has altered in many ways, feelings have come up, great advances have been made and yet has not admitted or fully admitted to the analyst his conscious realisation of interpretations. In some cases i found that this went so far that it has not admitted for a long period anything. Still the changes are there. Though i have found in such cases. Thought the improvement reached in these analysis may be very considerable and alter the whole development of the child and also prove stable. I don't think the analyst would feel quite satisfied because (i needn't go fully into the reason which seems obvious) he

expects full insight in the patient if we really want to call him cured. Comparing now with the child in the latency period the grown up whose feelings and thoughts and phantasies are so strongly repressed, the analyst says that his fear of disapproval of the environment is not so strong as it is in the child. Also that the grown up patient will be more capable of admitting. This advantage is the grown up analysis compared with that of the child is balanced however by the fact that the child even where so well repressed gives more material, or may give more material than the grown up does. There is however again the disadvantage with the child that we may for a long period not hear anything about his actual life if the resistance and the repression (depression) or fear rather than depression is so strong. Considering now the adult only, what we are to do to diminish the dissociation between conscious and unconscious. Which really means that we should get our way to the unconscious thought as I said before we have the feeling that we are speaking over a very high wall to some other part or to other people who cannot hear us. (alter simile).

Melanie Klein refere, assim, que a RTN se relaciona com ‘a dissociação entre consciente e inconsciente, o que faz com que pareça que o analista está a falar para uma parede’. Consequentemente, continua a manter-se a ideia fundamental da RTN, ou seja, a necessidade de evitar entrar em contacto com uma parte da mente que irá provocar sentimentos de destruição. A diferença importante, no entanto, é que, nesta outra perspetiva, a RTN vai depender ou refletir a incapacidade de interação entre os conteúdos do sistema consciente e do sistema inconsciente.

Na verdade, esta perspetiva aproxima-se de um domínio próximo da psicopatologia de carácter, tal como foi definida por Wilhelm Reich, mas aproxima-se, igualmente, das ideias de ‘clivagem do Ego’ e de ‘barreira de contato’ inicialmente definidas por Freud e, mais tarde, desenvolvidas por W. R. Bion, no que respeita às dificuldades de desenvolvimento de um aparelho para pensar pensamentos.

A TEORIA DO CARÁCTER: WILHELM REICH

Tendo por base os trabalhos de Freud e de Abraham sobre o carácter, Wilhelm Reich começa a desenvolver a sua teoria, a partir do início da década de 1920.

Freud fez diversas vezes referências ao termo carácter, mas não se pode identificar,

na sua obra, uma teoria do carácter. Algumas das ideias que Freud apresentou sobre este tema foram, no entanto, fundamentais para os desenvolvimentos futuros, como, por exemplo, o facto de que o carácter se constrói pela transformação de excitações sexuais e, por outro lado, o reconhecimento de que, em certos casos, é possível perceber a ligação entre um traço de carácter e um determinado componente erógeno.

Também o trabalho de Abraham é crucial para os desenvolvimentos na teoria do carácter. Em 1924, Abraham publica “Breve Estudo do Desenvolvimento da Líbido Visto à Luz das Perturbações Mentais”, no qual sistematiza as fases da organização libidinal e do auto-erotismo, até ao amor objectal. Por esta altura, já estavam bem descritos os traços orais, anais e uretrais do carácter e, de igual modo, era reconhecido que representavam um conjunto de resistências intensas ao tratamento.

Reich começa a delinear a sua teoria, considerando o sintoma e o carácter neurótico como a expressão de uma fixação, no âmbito do desenvolvimento psicosexual, e mostrando que é essencial o entendimento do carácter do paciente para o desenvolver o processo psicoterapêutico. Contudo, é apenas mais tarde, no livro *Análise do Carácter*, de 1933, que Reich expõe, de forma mais detalhada, as suas principais ideias. O carácter é entendido como o conjunto de atitudes e maneiras de agir de um sujeito, sendo específico de cada um e podendo operar de forma inconsciente como resistência à emergência de conflitos inconscientes e, também, como resistência à análise. Uma vez que Reich considera o carácter em termos de comportamento, acaba por provocar uma alteração psicanalítica: o foco deixa de ser o conteúdo narrativo e passa a ser a forma de apresentação.

É entendido assim como uma defesa, conforme o carácter surge como uma forma de resistência à análise. O modo como o carácter defende o Ego acontece através do endurecimento da sua forma, o que resulta na adoção incondicional, estereotipada e crónica de uma forma de se movimentar, de se comportar, etc. A este processo, Reich chamou ‘couraça caracterológica’.

Esta ideia foi desenvolvida a partir do trabalho de Reich com esquizofrénicos e daquilo a que chamou o ‘terror universal de viver’, uma vez que encarar o desconhecido é sempre assustador, e examiná-lo é aterrador. Neste sentido, o autor considera que os seres humanos começaram a desenvolver uma couraça, a partir do momento em que se tornaram introspectivos. A percepção da existência de um interior desconhecido levou a uma divisão, de forma a que esse mundo interno assustador pudesse ser controlado e, assim, também controladas as sensações associadas a esse tipo de mundo.

Deste modo, a ideia de couraça surge como o sistema total de defesa do sujeito, o que inclui as atitudes de carácter rígidas e a rigidez muscular que bloqueiam a expressão das emoções primárias, como, por exemplo, ansiedade, raiva e excitação sexual. Em *Análise do Carácter*, Reich afirma o seguinte, acerca da função dessa couraça na formação do carácter:

O carácter consiste numa mudança *crónica* do ego que podemos descrever como *endurecimento*. Este endurecimento é a base real para o modo característico de reação se tornar crónico; o seu propósito é o de proteger o Ego dos perigos externos e internos. Como uma formação protetora que se tornou crónica, merece a designação de ‘couraça’, porque claramente constitui uma restrição da mobilidade psíquica da personalidade como um todo. [...]. A couraça em si mesma, contudo, é entendida como sendo flexível. Os modos de reação procedem sempre de acordo com o princípio do prazer-desprazer. Em situações desagradáveis, a couraça contrai-se; em situações agradáveis, expande-se (Reich, 1990/1933, pp.155-156; ênfase original).

Partindo desta teoria de Reich, podemos verificar que a ideia de Klein, segundo as observações desenvolvidas na Nota que serve de referência a este artigo, se assemelha bastante, sobretudo quando diz que ‘temos a sensação de que falamos para uma parede muito alta para outra parte, ou para outras pessoas que não nos podem ouvir’. Aqui parece estar implícita a ideia de que existe algo, para além dos mecanismos de defesa do Ego, que é bastante eficaz para evitar que as interpretações do analista possam chegar suficientemente fundo e, então, tornem acessíveis à consciência aqueles conteúdos que Reich definiu como aterradores.

Por seu lado, a ideia de dissociação entre o consciente e o inconsciente, também referida por Klein como um dos fatores que interferem no progresso da análise, leva a pensar naquilo que Freud designou como ‘clivagem do Ego’. Com este termo, Freud pretendia definir uma situação em que duas atitudes contrárias, em relação à realidade externa, co-existem dentro do Ego. No mesmo sentido de Reich, também, neste caso, a realidade é levada em conta, quando vai de encontro aos desejos pulsionais, e é negada, quando os contraria, sendo, então, substituída pelo produto desse desejo.

Quando comparamos esta ideia com as reflexões que foram escritas, mas depois não publicado por Klein, compreendemos que, de facto, é uma possibilidade que as atitudes negativas do paciente, em relação às tentativas de ajuda do analista, possam

ter a ver com a sua tentativa de evitar a dor mental causada pelas interpretações, sobretudo quando estas se aproximam da verdade, Neste sentido, trata-se de uma ideia próxima da ideia desenvolvida por Rivière, acerca da necessidade de manter escondidos os conteúdos inconscientes da mente, de modo a evitar ter contacto com a verdade acerca do próprio sujeito.

W. R. BION

É através do trabalho de Bion que podemos compreender, de forma mais clara, a questão da dor mental. Ao longo da sua obra, o autor foi descrevendo os vários momentos do processo psicanalítico e o papel que a capacidade para tolerar a dor mental desempenha, no seu sucesso ou insucesso. Na perspetiva bioniana, a evolução da relação paciente/analista vai ocorrendo, através de sucessivas mudanças catastróficas que acontecem sempre que há uma nova interpretação. Essas mudanças catastróficas são, contudo, acompanhadas da inevitável dor mental que, dependendo da capacidade do paciente para a tolerar ou não, podem levar ao avanço ou à estagnação desse processo.

Desta forma, mantém-se a ideia da necessidade de uma defesa muito forte para fazer face a esse tipo de perigo, porque, caso contrário, o sujeito pode sentir que fica feito em pedaços. De facto, quando essa defesa não atua de forma eficaz, a personalidade psicótica manifesta-se em toda a sua força, e daí a fragmentação que caracteriza esse tipo de patologia. Neste ponto, Bion não fala apenas da utilização de defesas, tais como a identificação projetiva ou a clivagem, mas, ainda antes disso, fala da existência ou não de uma barreira de contacto entre consciente e inconsciente que se forma no início da vida e que, dependendo da sua consistência, vai ou não ser eficaz para modificar ou evitar a dor mental decorrente da aproximação à verdade.

Repare-se que o conceito de ‘barreira de contato’, inicialmente descrito por Freud, no texto “Projecto Para Uma Psicologia Científica” (1895), refere a existência de uma resistência na passagem da excitação entre neurónios e, neste sentido, Freud definiu duas classes:

Existem duas classes de neurónios: primeiro, aqueles que deixam passar um quantum de energia (Q_n), como se não possuíssem barreira de contacto, ou seja, aqueles que, depois da passagem de cada excitação, se mantêm no mes-

mo estado; segundo, aqueles nos quais se fazem sentir as barreiras de contacto, de maneira que só dificilmente ou parcialmente deixam passar um quantum de energia ($Q\eta$) através delas. Os neurónios desta segunda classe podem adquirir, depois de cada excitação, um estado diferente do anterior, ou seja, oferecem uma possibilidade de representar a memória.

Desta forma, existem os neurónios permeáveis (que não oferecem resistência e que nada retêm), destinados à percepção, e os neurónios impermeáveis (dotados de resistência e de tentativas de quantum de energia ($Q\eta$)) que são portadores da memória e, de igual modo, provavelmente, também de todos os processos psíquicos em geral (Freud, 1981/1895, p. 288).

Mais tarde, Bion iria recuperar a noção de ‘barreira de contacto’, atribuindo-lhe um papel crucial na transformação dos elementos beta em elementos alfa e, consequentemente, em todo o desenvolvimento do processo de pensar. Bion chegaria a este conceito, através da experiência na análise de pacientes psicóticos, tal como é explicado por Joan e Neville Symington no importante livro *O Pensamento Clínico de Wilfred Bion*:

Durante sessões com outro paciente psicótico, Bion pensou que era esperado que ele, Bion, fosse a mente consciente do paciente, enquanto que o paciente seria a parte inconsciente, ou vice-versa, como se ambas, a parte consciente e a parte inconsciente da mente, não pudessem ser mantidas na mesma personalidade ao mesmo tempo. Bion teve a experiência de se sentir sonolento, mas de não ser capaz de adormecer, mas, ao mesmo tempo, de não ser capaz de estar acordado, como se, em cada um dos estados, dormir e estar acordado, estivesse a ocorrer interferências de elementos do outro estado. A partir daqui, Bion deduziu que alguma barreira, como a barreira de contacto descrita por Freud no seu ‘Projecto Para Uma Psicologia Científica’, que normalmente previne que os elementos de um estado de mente interfiram com o outro, estivesse em falta (Symington & Symington, 1996, p. 64).

Na sua abordagem, como referido, Bion concebeu a barreira de contacto constituída por elementos alfa e como estabelecendo a separação entre consciente e inconsciente. No entanto, a sua permeabilidade permite que exista um intercâmbio entre elementos do consciente e do inconsciente, quando o desenvolvimento decorre

de forma normal. Em contrapartida, quando o desenvolvimento resulta em patologia, a barreira formada por elementos alfa é substituída por elementos beta, dando lugar ao que Bion designou por ecrã beta. Esta situação pode surgir, entre outras razões, como uma forma de evitar o contacto com a realidade.

Contudo, ao contrário de Freud, Bion afirma que é a característica de permeabilidade que permite a existência de memória, e que esta aparece a partir da passagem de elementos do sistema consciente para o sistema inconsciente e vice-versa. Quando essa permeabilidade não existe, constitui-se aquilo que Bion designou como o 'sistema protomental', conforme as sensações ficam confinadas ao nível corporal e não existe ainda diferenciação entre o mental e o físico. Esta fase é ultrapassada, em condições normais, através da capacidade de *rêverie* da mãe que, atuando como função alfa, vai transformar os elementos beta, incapazes de serem pensados, em elementos alfa que poderão, assim, ser usados para formar pensamentos.

Quando, porém, este processo não ocorre, fica comprometida a capacidade de pensar e, assim, esses elementos beta que são sentidos como coisas aterradoras, são evacuados da mente sob a forma de objetos bizarros. Este tipo de objeto foi descrito por Bion (1957) para mostrar como os pacientes psicóticos, ou em quem a parte psicótica da personalidade se sobrepõe à parte não-psicótica, lidam com os elementos da experiência emocional que produzem um estado de mente doloroso. Para além de se livrarem destes elementos, podem ainda controlá-los, quando são projetados no objeto externo e, dessa forma, podem também voltar a introjetar esses elementos com novos atributos, aqueles do objeto em que foram projetados.

CONCLUSÃO

Na Nota *Reasons for Negative Therapeutic Reaction*, Melanie Klein desenvolve uma abordagem que se afasta bastante da perspectiva da autora sobre esta questão na sua obra publicada, considerando a RTN, em função da inveja sentida pelo paciente em relação ao analista e às suas interpretações corretas. Ao não aceitar essas interpretações, o paciente evita a depressão resultante da aproximação à verdade. Este aspeto viria, mais tarde, a ser posto em evidência por Bion, ao longo da sua obra. Mas aquilo que Klein refere na Nota analisada é a dissociação entre o sistema consciente e inconsciente, aproximando-se, por um lado, da noção de couraça caracteriológica descrita por Reich, nos seus trabalhos sobre a teoria do carácter e, por outro lado,

da noção de ‘barreira de contacto’ descrita inicialmente por Freud e, mais tarde, desenvolvida por Bion. Qualquer que seja a perspetiva considerada, é importante enfatizar, o objetivo continua a ser mesmo, ou seja, evitar que o paciente entre em contacto com as interpretações que provocam dor mental, tratando-se, no entanto, de uma defesa mais primitiva.

REFERÊNCIAS

- Abraham, K. (1924). A Short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In Karl Abraham (1988) *Selected papers on psychoanalysis*. London: Karnac Books
- Bion, W. (1957). The differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psycho-Analysis*, vol.38.
- Freud, S. (1895/1981). Project for a Scientific Psychology. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. I.* 283-397. London: The Hogarth Press/The Institute of Psycho-Analysis.
- Freud, S. (1923/1981). The Ego and the Id. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XIX.*3-66. London: The Hogarth Press/The Institute of Psycho-Analysis.
- Freud, S. (1924/1981). The economic problem of masochism. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XIX.* 157-170. London: The Hogarth Press/The Institute of Psycho-Analysis.
- Freud, S. (1930/1981). Civilization and its discontents. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XXI.* 59-145. London: The Hogarth Press/The Institute of Psycho-Analysis.
- Freud, S. (1937/1981). Analysis terminable and interminable. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XXIII.* 211-253. London: The Hogarth Press/The Institute of Psycho-Analysis.

- Horney, K. (1936). The problem of the negative therapeutic reaction. *Psychoanalytic Quarterly*. 5:29-44.
- Klein, M. (1957/1997). *Envy and gratitude*. Londres: Vintage.
- Melanie Klein Trust, Wellcome Institute for the History of Medicine. Londres.
- Reich, W. (1933/1990). *Character analysis*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Rivière, J. (1936). A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction. *International Journal Psycho-Analysis*. 17:304-320.
- Symington, J., & Symington, N. (1996). *The clinical thinking of Wilfred Bion*. Londres: Routledge.

Esmeralda Macedo.

ISMT, Coimbra.

Resumo / Abstract

Reação Terapêutica Negativa: Uma Outra Perspetiva Kleiniana

Uma Nota não publicada que se encontra nos Arquivos Melanie Klein, tratando da questão da ‘reação terapêutica negativa’, demonstra que a autora, num certo momento, abordou o tema numa forma diferente daquela que apresentou nas suas publicações. Assim, enquanto nos seus livros, Klein aborda a ‘reação terapêutica negativa’, relacionando esta noção principalmente com a inveja e as defesas erguidas contra o sentimento de inveja, nesta Nota é apresentada uma perspectiva que se aproxima mais do conceito de ‘barreira de contacto’, descrito inicialmente por Sigmund Freud e, mais tarde, desenvolvido por W. R. Bion e, também, do conceito de ‘couraça caracteriológica’ descrito por Wilhelm Reich.

Palavras-chave: Reação terapêutica negativa (RTN), carácter, barreira de contacto, dissociação, couraça caracteriológica.

Negative Therapeutic Reaction: Another Kleinian Perspective

A Melanie Klein’s unpublished Note in the Melanie Klein Archives, treating on the question of ‘negative therapeutic reaction’, shows that Klein approached the theme, at a certain moment, in a form different from that which she advanced in published works. Thus, while in her books, Klein treats the ‘negative therapeutic reaction’, by relating this notion chiefly to envy and the defences raised against the envy feeling, Klein’s perspective in this Note is closer to the concept of ‘contact-barrier’, initially described by Sigmund Freud and later developed by W. R. Bion, and also to the notion of ‘character armour’ described by Wilhelm Reich.

Keywords: Negative therapeutic reaction (NTR), character, contact-barrier, dissociation, character armour.