



ARTIGO ORIGINAL

O Funcionamento Masoquista na Relação Terapêutica

Stefania Pigatto Teche^a

Paulo Fernando Bittencourt Soares^b

Cláudio Laks Eizirik^c

- ^a M.Sc. (médica psiquiatra contratada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre) - Porto Alegre - RS - Brasil.
- ^b M.D. (professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, psicanalista e analista didata da SPPA).
- ^c PhD (professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, psicanalista e analista didata da SPPA).

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Centro de Estudos Luís Guedes.

Resumo

Pacientes com funcionamento masoquista representam um dos desafios terapêuticos mais difíceis durante a psicoterapia psicodinâmica. O comportamento masoquista pode dominar o campo analítico e causar forte resistência ao progresso do tratamento. Essa resistência pode aparecer tanto nas reações transferenciais do paciente quanto nas reações contratransferenciais e nos enactments do terapeuta. Este trabalho detalha as principais dificuldades na relação terapêutica com pacientes de funcionamento masoquista, ilustradas com material clínico, e revisa os principais cuidados que se devem ter na técnica da psicoterapia de orientação analítica durante o tratamento desses pacientes.

Palavras-chave: Masoquismo; Psicoterapia; Transferência (Psicologia); Contratransferência (Psicologia).

Abstract

Patients with a masochistic expression represent one of the most difficult therapeutic challenges during psychodynamic psychotherapy. The masochistic behavior can dominate the analytical field and cause strong resistance to treatment progress. This resistance can appear in the transference reactions of the patient as well as in the countertransference reactions and in the therapist's enactments. This paper details the main difficulties in the therapeutic relationship with patients with a masochistic expression illustrated in clinical material, and reviews the major precautions that should be taken in the technique of psychodynamic psychotherapy for the treatment of these patients.

Keywords: Masochism; Psychotherapy; Transference (Psychology); Countertransference (Psychology).

Introdução

Pacientes com funcionamento masoquista representam um dos desafios terapêuticos mais difíceis¹. O comportamento masoquista pode dominar o campo analítico e causar forte resistência ao progresso do tratamento. Essa resistência pode aparecer tanto nas reações transferenciais do paciente quanto nas reações contratransferenciais e nos enactments do terapeuta. Durante a psicoterapia de orientação analítica o terapeuta é capaz de identificar o funcionamento masoquista em diferentes personalidades e patologias psiquiátricas. Meyers¹ postulou que algum grau de masoquismo é universal e que o que difere entre as pessoas é o grau de comprometimento na adaptação de habilidades sociais. Kernberg² já tinha essa ideia e defendia que existe um masoquismo considerado normal responsável pela integração das funções do superego.

Krafft-Ebing³ introduziu o conceito psicológico de masoquismo em 1895. Ele usou o nome do Conde Leopold Ritter von Sacher-Masoch (1836-1895) para designar uma perversão sexual na qual o prazer erótico era derivado da submissão passiva a um comportamento cruel e humilhante (um comportamento sádico). Com o Conde Masoch teria ocorrido uma relação desse tipo, pois, em seu romance *A Vênus de peles* (1870), ele descreve um dos personagens atingindo o gozo após ser surrado. O termo "sadismo" derivou do nome do aristocrata francês Donatien Alphonse François de Sade (1740-1814). O Marquês de Sade foi um escritor libertino que costumava criar enredos teatrais nos quais os protagonistas eram maltratados com requintes de perversidade.

Freud expandiu a teorização de Krafft-Ebing. Após vários escritos, em 1924, desenvolveu o texto *O problema econômico do masoquismo*⁴, no qual dividiu o masoquismo em três categorias e descreveu o conceito de masoquismo moral.

Freud, na época, expressou uma visão pessimista quanto ao tratamento de pacientes com características masoquistas. Comentou que esses casos apresentavam uma forma de resistência para a qual nossos meios de combate eram inadequados⁵.

Muitos autores concordam com que o comportamento masoquista pode dominar a transferência e, assim, ser um dos desafios terapêuticos mais difíceis. Os pacientes desenvolvem uma forte resistência, frequentemente na forma de reação terapêutica negativa^{1,6,7,8,9,10,11}.

A relação analítica cria experiências corretivas que tornam o paciente apto para usá-las em sua vida. O terapeuta deve compreender os elementos projetivos e assimilar a transferência antes de usar essas informações como interpretação¹². Zeitner¹³ chamou a atenção para os enactments do terapeuta. Para Zeitner, o tratamento ocorre quando a dinâmica e a estrutura de caráter do paciente encontram a dinâmica e a estrutura de caráter do terapeuta, e, juntos, eles formam um conluio que determinará a técnica a ser usada e o resultado do tratamento.

O objetivo deste trabalho é mostrar as dificuldades na relação terapêutica em psicoterapia de orientação analítica com pacientes de funcionamento masoquista e revisar os cuidados técnicos que devem ser seguidos durante o tratamento.

Desenvolvimento

As primeiras referências ao masoquismo encontram-se em A interpretação dos sonhos (1900)¹⁴, obra na que Freud narrou o sonho de uma noiva e, pelas associações da paciente, identificou nos seus pensamentos a "violência da defloração" e um traço masoquista de caráter. Esse traço, visto como impulso no contexto do sonho, foi articulado com a questão da sexualidade, da punição, da repetição e da inversão.

Depois, em Psicopatologia da vida cotidiana (1901)¹⁵ e em Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade (1908)^{16,17}, Freud, pela primeira vez, traçou um paralelo entre as fantasias sexuais histéricas de crueldade, os delírios dos paranoicos e as encenações dos perversos para a satisfação de seus desejos sexuais.

A primeira descrição detalhada de Freud sobre o masoquismo apareceu em 1905, em Três ensaios sobre a teoria da sexualidade¹⁸, no capítulo dedicado às aberrações sexuais. Freud conceituou sadismo e masoquismo como a tendência a causar dor ao objeto sexual ou a ser maltratado por ele, respectivamente, sendo esse par a mais frequente e a mais importante das perversões sexuais.

Em 1914, Freud utilizou essa teoria em O homem dos lobos^{16,19}, conforme citado: "No sadismo, ele se apegava firmemente à sua identificação mais antiga com o pai; no masoquismo, o pai era escolhido como objeto sexual".

Em 1919, Freud²⁰ escreveu *Uma criança é espancada* e passou a investigar a relação da excitação sexual com o sentimento de culpa. A experiência de ser espancado seria a representação regressiva anal-sádica da fantasia de ser amado genitalmente pelo pai.

Em 1920, com *Além do princípio do prazer*, Freud²¹ detalhou a relação do sadismo com os componentes libidinais do instinto sexual. Descreveu a volta do instinto para o próprio ego como uma regressão do instinto e passou a considerar a existência de um masoquismo primário. Curioso com o tema, em 1924, Freud detalhou os fenômenos masoquistas em sua obra *O problema econômico do masoquismo*⁴ e, nela, dividiu o masoquismo em 3 categorias. O masoquismo feminino foi descrito como fantasias de masturbação com conteúdo manifesto de amordaçamentos, espancamentos, sujeira e mutilações. Além disso, apresentava conteúdo de culpa por possuir significados de castração, cópula e parto. O masoquismo erógeno foi caracterizado pelo prazer derivado do sofrimento. Nele, o sofrimento e o desprazer também produziram alguma quantidade de excitação sexual. O masoquismo moral se distanciou das perversões sexuais para ser definido como um comportamento no qual o que importava era o sofrimento em si, independentemente da sua origem.

Freud acreditava que o conteúdo oculto do masoquismo moral se originava após a superação e a dessexualização do complexo de Édipo. Havia um retorno do sadismo contra a própria pessoa que gerava a punição e o castigo pela consciência de culpabilidade. Esta estava vinculada à masturbação infantil, aos desejos inconscientes de ser escolhido pelo pai, à consciência moral e ao medo da castração. O sentimento de culpabilidade seria despertado pela mãe por ela ser um severo juiz que proíbe o desejo incestuoso da filha com o pai e a ameaça com a perda de seus órgãos genitais femininos. Para realizar o castigo, o masoquista agia contra seu próprio bem, destruindo os horizontes que lhe são oferecidos no mundo real. A revolta do sadismo ante esse comportamento se daria nos instintos, que impediriam o indivíduo de utilizar seus componentes agressivos para seu crescimento. No sadomasoquismo o superego demonstrava um sadismo que Freud descreveu como o lugar onde reina o instinto de morte. Freud postulou uma diferença entre o superego neurótico e o superego perverso. Para ele, o superego perverso possuía uma capacidade de destruição característica que poderia aparecer quando o paciente projetava um superego materno hostil e acusatório no terapeuta. O funcionamento masoquista estaria estreitamente ligado com a angústia de separação e o temor da perda do objeto, podendo resultar em luto e melancolia quando ocorria identificação com o objeto perdido²².

Nas suas recomendações em *Análise terminável e interminável* (1937)^{16,23}, Freud apontou a pulsão de morte vista no masoquismo como o grande obstáculo ao processo analítico: "Provisoriamente nos inclinamos diante do poder das forças contra as quais vemos naufragar nossos esforços. Mesmo exercer uma influência psíquica somente sobre o masoquismo constitui uma dura prova ao nosso poder". Nesse ensaio, Freud insistiu no papel do masoquismo na reação terapêutica negativa. Essas premissas foram a base para o desenvolvimento de novas teorias sobre o masoquismo.

Após Freud, novas teorias apontaram na estrutura básica do caráter masoquista uma desordem de ego e um distúrbio das relações de objetos^{6,11,24,25}. O masoquismo seria uma solução neurótica para o conflito infantil que surge da necessidade de obter o amor necessário de uma figura parental negligente, principalmente a mãe, e estaria intimamente ligado à ferida narcísica de não ser amado. O masoquista desloca para si a raiva destrutiva por não ter se sentido objeto de investimento, nem libidinal, nem narcísico de nenhum dos pais. A tentativa de cura da ferida narcísica é submeter-se para, em fantasia, ter a recompensa da atenção tão almejada²⁶. Acrescenta-se a essa teoria que o masoquismo representa uma organização de caráter fixado no plano da separação-individação. A individuação patológica ocorre quando pais de masoquistas criam seus filhos usando a projeção, a identificação projetiva e a negação maciça. Usam a comunicação dupla, emitindo mensagens com partes contraditórias no conteúdo ostensivo e no conteúdo latente. Isso provoca na criança confusão, mágoa e dúvida em relação a si própria, o que prejudica sua capacidade de confiar em suas percepções. A criança introjeta sua imagem com os adjetivos desqualificatórios projetados pelos pais. Além de fixar essa autoimagem desvalorizada, esse processo intensifica a submissão à vontade da outra pessoa, gerando características masoquistas²⁵.

Os significados do masoquismo são multideterminados e servem para diferentes defesas e funções narcísicas, aparecendo em diferentes planos de desenvolvimento¹. A seguir, apresentamos algumas funções do masoquismo conforme a sua estrutura teórica.

Masoquismo e culpa: segundo as premissas de Freud (1924), a dor e a humilhação inconscientes são o pagamento para permitir a transgressão. A agressão do masoquista é direcionada para fora. Ele necessita derrotar a ele e ao terapeuta, pois crê que não merece sentir prazer sem dor. No tratamento é necessário confrontar a busca do desprazer dentro e fora da transferência e/ou a busca consciente por algum prazer já falido. Também é necessário clarificar a projeção do sadismo no mundo externo, que se expressa como uma forma de injustiça coletiva. Interpretar a motivação do senso inconsciente de culpa é fundamental para a reconstrução de vivências passadas e para a transferência corrente. Um exemplo dentro das relações de objeto ocorre quando a agressão pré-edípica contra a mãe pelo desamparo e frustração é virada para o self do paciente e transformada em culpa.

Masoquismo e autoestima: é a função narcísica do masoquismo. Frente à inevitável frustração, desamparo e perda da onipotência mágica infantil, a criança tenta reparar essa injúria para sua autoestima afirmando algum senso de controle. Torna-se ativa ao invés de passiva, assume a responsabilidade por seu desapontamento, provoca rejeição e extrai alguns prazeres com a ideia de que ninguém a frustra, mas é ela quem se frustra. Há um orgulho em desfazer o desamparo e ficar no controle manipulando os outros com sadismo, culpa ou desamparo. Há um superego orgulhoso na habilidade de controle dos próprios instintos, no autoabnegar-se e controlar a dor. Há orgulho por ser uma vítima do destino. O paciente não se sente como vítima impotente, mas usa seu senso de controle e entendimento para obter gratificação.

Tecnicamente, isso requer a interpretação desses conteúdos na transferência e a reconstrução das relações objetais para que seja possível estabelecer o senso de autonomia.

O terapeuta, durante uma psicoterapia de orientação analítica, é capaz de identificar o funcionamento masoquista em diferentes personalidades e patologias psiquiátricas. Além das personalidades masoquistas, tais características de comportamento encontram-se diluídas entre as personalidades com características narcisistas, obsessivas, borderline, histéricas e dependentes, e também em patologias do eixo I, como a depressão maior e a distímia. A identificação do funcionamento masoquista é útil para que possamos trabalhar suas características peculiares e evitar a estagnação do processo terapêutico.

Os sinais característicos transmitidos pelos masoquistas e que podem nos ajudar no diagnóstico psicodinâmico em terapia de orientação analítica são²⁴:

- Uso e abuso do pedido de desculpas;
- Aceitação das premissas do outro como corretas, perdendo a capacidade de pensar por si próprio;
- Evitação de perguntas, pois a resposta é sentida como ameaçadora;
- Medo de assumir a responsabilidade por suas próprias decisões;
- Uso corrente da fala tangencial e circunstancial, revelando-se excessivamente com o objetivo de procrastinar a solidão e preencher os silêncios que lhe parecem ameaçadores;
- Incapacidade de contra-atacar quando é preciso, submetendo-se à situação e permitindo que os outros determinem o rumo de suas coisas;
- Ênfase nos próprios erros para desviar os julgamentos negativos;
- Rigidez de linguagem carregada de alternativas dualistas como "certo ou errado", não encontrando um equilíbrio;
- Metamensagens transmitidas na linguagem corporal. O masoquista transforma sua raiva em mágoa, e o choro é a expressão disso; outro, rapidamente os destrói ou desvaloriza com observações negativas;
- Negativismo: a mensagem masoquista é sempre uma expressão de impotência e uma súplica de perdão.

Glickauf-Hughes e Wells²⁵ destacam como características masoquistas:

- Uma tendência a usar a introjeção como meio de defesa;
- A falta de integração de bom e ruim dentro de sua estrutura própria;
- História de pais que usaram projeção e identificação projetiva;
- Tendência a escolher parceiros que usam a projeção e identificação projetiva;

- Grande medo de perda de objeto, ou perda do amor do objeto;
- Necessidade de sentir uma certa sensação de controle sobre seu destino (provocam a ofensa e punição esperada do outro para ter uma sensação de controle);
- Agressividade passiva ou obstinação teimosa exprimida num "sim, mas..." com um sentimento de uma semissubmissão;
- Assunção de um papel de cuidador ou supercontrolador que estabelece uma posição de dominância passiva;
- Provocação sutil, dentro de outros, de lutas de poder e atuação da própria ambivalência e raiva masoquista;

Todas essas atitudes serão trazidas para a relação terapêutica, provocando reações transferenciais e contratransferenciais. Com o tempo, as características de bondade, solicitude, polidez e autossacrifício causam raiva no terapeuta, porque, na realidade, são o resultado da formação reativa contra uma raiva subjacente a uma sonegação de amor pelos objetos cuidadores²⁷. As dificuldades desse processo devem ser compreendidas na relação terapêutica para que o sucesso terapêutico seja alcançado.

O maior problema técnico corresponde à reação terapêutica negativa descrita por Freud⁹. Ela é evocada sempre que o terapeuta fala esperançosamente, com amabilidade, ou buscando o insight. Tais qualidades contradizem a imagem de um analista sádico. Novas tentativas são feitas pelo paciente para integrar o terapeuta com os aspectos perversos previamente internalizados, provocando ódio nele pela negação de reações terapêuticas positivas¹¹. Além da reação terapêutica negativa, é necessário analisar todas as resistências transferenciais, trazer isso para o foco, ver isso objetivamente, descobrir o significado inconsciente das defesas (significado de gratificação ou de punição) e, finalmente, comunicar ao paciente nossas conjecturas^{9,10}. O tratamento é acompanhado de inevitáveis períodos de regressão e uso de defesas primitivas que contribuem para a resistência transferencial¹².

O paciente de funcionamento masoquista apresenta, na transferência, componentes perversos e sádicos. Por trás da carapaça destrutiva, o masoquista tenta proteger um self vivenciado como frágil e incompetente para assumir seus próprios impulsos. Busca nas relações perversas a proteção contra a dor que as relações com os objetos reais poderiam trazer. O paciente tende a se apresentar muito cooperativo e a despertar interesse de ajudar pelo quadro de sofrimento que descreve. Demonstra avidez pela participação do terapeuta, porém extrai de cada palavra um sentido crítico, condenatório, que só servirá para incrementar suas autoacusações. O paciente parece estar pensando, mas, devido a suas ruminções mentais, tem como resultado uma antítese do pensamento. Há uma dissociação do ego pensante, e uma parte dele tenta manter as relações perversas idealizadas. O paciente pode agir com hostilidade em relação ao terapeuta quando sentimentos de desamparo e indignação predominam¹⁰. Na transferência, o paciente projeta no terapeuta o objeto interno punitivo, e o terapeuta é exigido a funcionar como os pais da infância do paciente, sendo sádico, abusivo e julgador^{5,6,10,12}.

A dependência e o papel da onipotência infantil emergem na relação transferencial. Os masoquistas criam um herói que aguenta tudo e, assim, dependem dele. Compreendemos assim que o papel de herói é uma defesa contra o medo de ser esquecido. A identificação com o terapeuta durante o processo terapêutico pode ser uma ameaça a esse funcionamento prévio. Com isso, o paciente cria uma resistência que aparece na transferência com um distanciamento. Aspectos do herói aparecem na transferência quando o paciente tenta ser perfeito (pagando de forma antecipada, chegando no horário, produzindo sonhos) e quando o paciente desperta a necessidade de perfeição no terapeuta. Uma área que deve ser continuamente explorada na transferência é a relação patológica e defensiva de dependência. O paciente sente-se compelido a ser um servo do objeto, alterna estágios de idealização, de raiva, de esperança, de consolo e de tranquilização vinda do objeto. Acredita que a complacência e a submissão trarão o objeto tranquilizador¹².

As projeções sádicas são um convite para o terapeuta sentir-se ressentido e provocar represália ou ignorar e negligenciar o paciente. Outra resposta para a projeção é o terapeuta validar o papel de herói, usando a técnica de conselho suportivo, mantendo, com isso, a contratransferência patológica¹².

Na contratransferência, o terapeuta pode inconscientemente participar do masoquismo do seu paciente. Um exemplo ocorre quando o terapeuta sente raiva de seu paciente, desesperança e sensação de derrota e impotência por tentar ajudar alguém que parece disposto a provar a inutilidade do trabalho terapêutico. Às vezes, a raiva aparece como indiferença com respeito ao resultado do tratamento^{9,28}.

Muitos autores destacam as instâncias em que o terapeuta participa do conluio sádico-masoquista e atua o papel sádico dos pais reais do paciente. Isso ocorre quando o terapeuta não reconhece a natureza de sua frustração e atua sendo objetivo, frio e austero¹⁰. Isso também pode aparecer no tom de voz agressivo do terapeuta, no conteúdo das interpretações, ou no simples assinalamento das identificações projetivas agressivas²⁸.

Enactments mais sutis podem ocorrer com frequência se o terapeuta não estiver atento: quando o terapeuta se submete aos desejos do paciente, evitando assuntos difíceis, por exemplo; quando se deixa enganar por situações de faltas ou descumprimento do contrato; quando não cobra o pagamento conforme o estipulado.

Em resposta à transferência masoquista surge o masoquismo do terapeuta, a contraidentificação projetiva com o masoquismo do paciente, sentindo culpa pela sensação de não estar sendo produtivo; culpa pelo ódio que o paciente desperta por meio de seu sadismo; culpa pelo fracasso baseado em uma ambição terapêutica desmedida em relação a seu ideal de ego; culpa por não ter atendido à exigência de sucesso do paciente.

A resolução da contratransferência negativa é um fator decisivo para o andamento do processo psicanalítico. O próprio masoquismo do terapeuta pode criar essa contratransferência negativa, e, assim,

o próprio terapeuta pode sabotar sua capacidade profissional. O terapeuta masoquista tem uma preferência inconsciente para selecionar a resistência do paciente e ignorar o valioso material de conteúdo positivo⁸.

Os aspectos cruciais do terapeuta durante a terapia com o paciente masoquista são a atitude neutra, o autocontrole das reações contratransferenciais e a percepção dos fenômenos terapêuticos^{10,11}. O terapeuta deve trabalhar na relação analítica com funções parentais básicas: consolar, conter, organizar, estimular, entender, atrair, participar e tranquilizar, para formar novas experiências afetivas e cognitivas¹².

O sadismo aparece no campo analítico na forma de masoquismo irreduzível e nas respostas às interpretações. Independentemente do trabalho terapêutico, para o paciente tudo acabará em sofrimento e as interpretações sempre serão insuficientes, representando a transferência dos pais fracos e ausentes¹⁰. Para ilustrar um trecho de uma conversa:

P: Já estipulei que vou errar e não vou conseguir, mesmo tentando, não vai dar certo. Mesmo que dê certo, fico esperando o que vai dar errado. Sabe qual é meu medo com relação a nós? Chegar ao final e eu não conseguir nada, não chegar a nenhuma conclusão. O que tu achas, com todo esse tempo que tu me conheces, eu vou conseguir? Porque eu não acredito! Nem as coisas que concluo aqui eu faço, eu tenho fingido, eu faço as coisas sem perceber, como tu me disseste, te contei fingindo que não aconteceu, te contei, mas sem sentir, eu anulei, é muito louco, foi o que eu fiz no passado, o que fiz agora e como eu sempre faço, como se não estivesse acontecendo nada.

T: É a maneira como tu te defendes, tu acredita que é essa a maneira de não sofrer, e quando te mostrei outra forma, tu nem quis ouvir. Se tu queres provar que tudo vai dar errado, tu vais conseguir, mas isso é contra os propósitos da tua terapia aqui.

É fundamental uma relação terapêutica na qual o paciente encontre um ambiente de compreensão e receptividade que facilite o diálogo ao invés de críticas e punição, e sem a habitual busca do sofrimento^{5,6,10,29}.

Os traços de caráter primeiro devem se tornar egodistônicos para serem analisados; similarmente, todas as resistências devem ser isoladas, confrontadas pela observação do ego e clarificadas antes de serem interpretadas¹. Então, o terapeuta poderá interpretar o verdadeiro significado do comportamento masoquista na transferência, que poderá ser: defensivo, de gratificação inconsciente ou de reação instintiva de conflitos na infância⁹. A interpretação precoce pode ser uma atuação agressiva do terapeuta. O terapeuta deve suportar a experiência emocional daquilo que foi projetado, compreender esses elementos projetivos e transformá-los em um novo conhecimento para, depois, ele ser compartilhado com o paciente na forma de interpretação. O paciente tem a fantasia de perder a posição especial masoquista e vê o tratamento como uma ameaça de ser transformado em homem comum^{12,28}. O que determina o conteúdo e o momento das interpretações é o entendimento das funções inconscientes do sofrimento, que são a defesa ou o caminho para realizar a satisfação^{1,13}.

É importante ajudar o paciente a entender que sua raiva é baseada em experiências passadas e que a falta de habilidade de seus pais é deles e não foi causada pelo paciente. Os pacientes masoquistas inibem expressões de protesto e raiva e, quando elas aparecem na transferência, é importante que o terapeuta as respeite e legitime. O terapeuta deve criar uma atmosfera na qual a iniciativa dessas manifestações seja valorizada, tolerada e bem-vinda. Ainda que possam ser não prazerosas, elas estão aumentando o senso de eficácia e autorização do paciente^{5,6,7,10,29}. Vejamos o seguinte exemplo:

P: Hoje eu vim bem decidida, só marquei a próxima consulta e não vou vir mais. Venho pensando nisso desde aquele dia. Aquele dia eu precisava muito falar contigo, eu vim correndo, achei que ia dar tempo de passar na loja. Fiquei pensando se eu crio essas atrapalhões, eu poderia ter vindo direto, mas não vim e não deu tempo. Eu também queria ficar em casa para fazer minhas coisas, mas, quando fico, também não faço. Percebo o que eu faço, me atrapalho muito.

T: Como foi aquele dia? Te sentiste abandonada por mim?

P: Eu me senti. Eu imaginei que tu ias me dar oi, eu ia entrar, ia falar tudo o que eu queria e ia embora. Eu queria falar contigo, eu precisava que tu me ouvisses. Eu passei todas as minhas férias sem ti e daqui a pouco eu vou estar sem ti, acho que posso me dar alta.

T: Tu estás magoada comigo, e essa raiva é contra mim, mas, pela dificuldade de tu me dizeres isso, tu acabas colocando ela em ti ao abandonar a terapia.

P: Eu sou teimosa, vou pagar para ver. Eu conseguirei sobreviver sem ti, eu consigo fazer as coisas sozinha, de repente, eu me ouvindo, pensando sozinha, eu vou conseguir.

O reconhecimento e a eliminação da onipotência infantil são decisivos para o tratamento. O foco deve ser na fantasia de onipotência do paciente quando ela é usada para produzir punição e fracasso. É importante ressaltar ao paciente que interromper o comportamento masoquista não significa que ele se tornará impotente e desamparado. É importante mostrar-lhe que seu sofrimento é autoinduzido. A análise deve se focar na fantasia de que o herói infantil (onipotência) não é mais necessário¹².

O tratamento deve se focar na internalização gradual de novas relações de objeto. As relações antigas serão percebidas como não tranquilizadoras, e o paciente, então, irá em busca de outros métodos para compensar essa falha. O terapeuta é frequentemente experimentado com essa falha, mas isso não está consciente, surge como uma formação de compromisso de dependência relativa masoquista ou narcisista. Esse estilo de compromisso esconde inveja e raiva, e o paciente mantém a esperança de ser recompensado com tranquilização. Aqui, as interpretações podem se focar no desejo de função tranquilizadora acima de qualquer coisa. O paciente resiste, pois acredita que deixando de ser masoquista ele exporá sua inveja e injúria narcísica e, com isso, perde a esperança de receber a função tranquilizadora devido à fantasia de destruição da fonte de tranquilização de seu objeto amado¹².

Para diminuir o conflito e lidar com a falta de identificação do paciente, precisamos legitimar o seu desejo, aumentar a sua habilidade de sentir prazer e admiração. Defesas contra a necessidade de

afirmação, admiração e encorajamento podem obscurecer esses desejos. A resposta pessoal e interpretativa do terapeuta a essas necessidades ajuda a desenvolver a capacidade de legitimação do paciente, que é essencial nesses casos²⁹.

É necessário trabalhar a diferenciação do objeto e elaborar a angústia de separação e o temor pela perda do objeto. No tratamento será essencial ajudar o paciente a encontrar sua parte infantil amedrontada do self que é vivenciada como frágil e incompetente para assumir seus próprios impulsos. Trabalhando a separação, o paciente assume a responsabilidade por sua vida mental e toma para si partes de sua personalidade que estavam colocadas no objeto^{28,30}. Segue um exemplo demonstrando a submissão e o medo da perda do objeto:

P: É, eu sei que eu preciso me valorizar mais. Fico pensando que seria melhor ele arrumar logo outra mulher e ser feliz do jeito que ele sempre sonhou, porque eu não consigo dar essas coisas para ele. Se eu fosse diferente, nossa relação seria melhor.

T: Tu colocas a culpa em ti porque é mais fácil que enxergar que ele te trai, que te trata mal porque ele quer e, com isso, tu terias que deixá-lo.

P: (Chora). Estou sempre tentando agradá-lo. Não quero outra relação, eu tenho medo: e se for pior que ele? E se eu me apaixonar e me decepcionar? Vai ser pior!! Ele, por pior que seja, eu sei o que esperar, é o que eu tenho. Às vezes ele é muito bom comigo, aí eu me agarro naquele pouquinho que me faz ter esperança de que poderá ser diferente.

T: E isso que deve ter acontecido no início te fez acreditar que seria bom, mas hoje, pra não perder esse mínimo de coisas boas, tu acabas te sujeitando a todas as coisas ruins baseada na crença de que tu és muito frágil.

Um erro de manejo técnico é observar apenas os aspectos agressivos do paciente dissociados no objeto sádico e esquecer os outros elementos, principalmente de fragilidade. As interpretações apenas desse aspecto sádico são tomadas como acusações e castigos, e isso contribui para a construção de um clima perverso dentro das sessões.

Considerações Finais

O tratamento de pacientes com funcionamento masoquista em psicoterapia de orientação analítica é um grande desafio. O tratamento não tem por objetivo a mudança de caráter, mas inclui o manejo das fortes resistências masoquistas para a psicoterapia prosseguir. Essas resistências desafiam nossa compreensão principalmente por estarem associadas à pulsão de morte. O terapeuta que não tem conhecimento da dinâmica masoquista é facilmente envolvido em conluios e acaba atuando sua contratransferência.

É preciso ter em mente que o paciente com características masoquistas não se percebe como um objeto que pode receber investimento libidinal e narcísico. As identificações projetivas fazem suas qualidades serem esvaziadas e serem depositadas nos objetos externos. O terapeuta pode ajudar a reconstruir a autonomia do paciente e fortalecer o ego pensante produtivo ao invés de estimular sua dissociação. Por isso, é de grande importância identificar manifestações masoquistas no paciente e no terapeuta, pois elas formam um campo analítico particular que leva a baluartes e impasses.

O caminho para alcançar o sucesso terapêutico é entender a dinâmica do funcionamento masoquista e suas projeções na transferência. É fundamental identificar os elementos contratransferenciais despertados no terapeuta e descobrir seus significados. Nesses pacientes, que buscam tratamento com uma história de sofrimentos e um predomínio de fantasias e comportamentos voltados contra si mesmos, é de muita importância manter uma neutralidade possível, saber esperar e ouvir, ter paciência com as inevitáveis regressões e atuações masoquistas, identificar os inevitáveis baluartes e reconhecer que o paciente trava dentro de si e no campo analítico uma tenaz luta silenciosa entre suas pulsões de vida e de morte, de ligação e desligamento.

Buscando-se entender esses elementos pela técnica psicodinâmica é possível construir uma relação terapêutica positiva, que pode fazer a psicoterapia progredir, reconhecendo suas limitações e também as do paciente, mas sem deixar de lado a existência de suas inegáveis conquistas.

Referências

1. Meyers H. A consideration of treatment techniques in relation to the functions of masochism. In: Masochism: Current Psychoanalytic Perspectives. Ed: RA Glick, DI Meyers. Verlag: The Analytic Press, Hillsdale, NJ; 1988 p.175-188.
2. Kernberg OF. Clinical Dimensions of Masochism. J Am Psychoanal Assoc. 1988; 36 (4): 1005-29.
3. Krafft-Ebing RV. Psychopathia sexualis (1886). Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Richard_von_Krafft-Ebing. Acessado set.2013
4. Freud S. O problema econômico do masoquismo (1924). In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972 (19) p.197-215.
5. Berliner B. The Role of Object Relations in Moral Masochism. Psychoanal. Quart. 1958; 27: 38-56.
6. Berliner B. On Some Psychodynamics of Masochism. Psychoanal. Quart. 1947; 16:459-471.
7. Menaker E. Masochism - A defense Reaction of the Ego. Psychoanal. Quart. 1953; 22: 205-220.
8. Racker E. Analytic Technique and Unconscious Masochism in the Analyst. Rev. psychoanal. 1960; 17: 46-51

9. Brenner C. The Masochistic Character: genesis and treatment. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 1959; 7:197-226.
10. Keiter RH. Psychotherapy of Moral Masochism. *Am J Psychotherapy.* 1975; Jan 29(1): 56-65.
11. Parkin A. On Masochistic Enthralment A Contribution to The study of Moral Masochism. *Int. J. Psychoanal.* 1980; 61: 307-314.
12. Waska RT. Precursors to Masochistic and Dependent Character Development. *The Am. J. Psychoanal.* 1997; 57(3): 253-267.
13. Zeitner RM. A case of Sadomasochistic transference: The analyst's contributions to perverse enactments. *The Psycho. Q.* 2008; 77(4): 1147-1178.
14. Freud S. A interpretação dos sonhos (1900). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1972 (4).
15. Freud S. A psicopatologia da vida cotidiana (1901). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1987 (6).
16. Carvalho RRP. O masoquismo na teoria de Freud. *Letra Freudiana-Ano XI.* Disponível: <http://www.escolaletrafreudiana.com.br/UserFiles/110/File/artigos/letra1012/023.pdf>. Acessado em set.2013
17. Freud S. Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade (1908). In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996 (9) p. 147-157.
18. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972 (7) p. 123-33.
19. Freud S. Historia de uma neurose infantil e outros trabalhos (1914). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976 (17) p. 366.
20. Freud S. Uma criança é espancada (1919). In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972 (17) p. 221-57.
21. Freud S. Além do princípio do prazer (1920). In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972 (18) p. 13-89.
22. Lax R. A variation on Freud's theme in "A Child is beaten" - Mother's role: Some implications for superego development in women. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 1992; 40:455-473.
23. Freud S. Análise terminável e interminável (1937). In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1976 (18).
24. Shainess N. Doce Sofrimento - O masoquismo Feminino. 2ª edição. São Paulo: Editora Melhoramentos; 1985.

25. Glickauf-Hughes C, Wells M. Current Conceptualizations on Masochism: Genesis and Object Relations. *Am. J Psychotherapy*. 1991; Jan 45 (1): 53-68.
26. Wolff MP. Masoquismo feminino, narcisismo e sua relação com os vínculos precoces. *Rev. Psicanálise SPPPA*. 2007; 14(1):127-36.
27. Brenman M. On Teasing and Being Teased: And the Problem of "Moral Masochism". *Psychoanal. St. Child*. 1952; 7:264-285.
28. Favalli PH. Notas sobre o Caráter Masoquista. *Rev.Bras.Psic*. 2000; Vol.2(2):203-209.
29. Markson ER. Depression and Moral Masochism. *Int. J. Psycho-Anal*. 1993; 74:931-940.
30. Quinodoz JM. Pegan a un niño: un seminario con candidatos desde la perspectiva del psicoanálisis contemporáneo. En torno a Freud "Pegan a un niño". IPA, Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 2000.

Correspondência:

Stefania Pigatto Teche
Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Sala 2218
90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil
stepigatto@gmail.com

Submetido em 24/06/2013

Devolvido aos autores em 16/08/2013

Retorno dos autores em 18/09/2013

Aceito em 18/09/2013