

# O vírus, a festa e a morte

## o caso Keiko

Edson Luis André de Sousa

Comentado por:  
Cleide Monteiro e Susana Muszkat

**Edson Luis André de Sousa** psicanalista, membro da APPOA (Associação Psicanalítica de Porto Alegre), foi professor titular do Instituto de Psicologia da UFRGS. Doutorado e pós-doutorado pela Universidade de Paris VII e pós-doutorado pela EHESS (Paris). É um dos coordenadores do Museu das Memórias (Im)possíveis (APPOA). Autor de livros e artigos.

**Cleide Monteiro** psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise, professora e supervisora do curso de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Participa do Grupo de Trabalho Acolhimento /Escuta, do Núcleo Semente: Saúde Mental e Direitos Humanos relacionados ao Trabalho do Instituto Sapientiae.

**Susana Muszkat** psicóloga e mestre em Psicologia Social pelo IPUSP, psicanalista, membro efetivo e docente da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, membro da IPA. Atende em seu consultório pacientes em análise individual, de casal e de família. Autora de *Violência e Masculinidade* (2011), ed. Casa do Psicólogo; *Violência Familiar* (2016), ed. Blucher.

[...] *toda palavra guarda uma cilada.*  
Torquato Neto

Abri a porta da sala de espera para uma primeira sessão com Keiko. Eu estava um pouco apreensivo pelo tom de nossa conversa por telefone no dia anterior quando ela ligou para pedir um horário. Havia uma urgência no pedido e certo tom áspero e abrupto em sua fala que me preocupou. Não tinha mais informações sobre ela. Falou-me sobre a psicanalista que indicara meu nome e com a qual havia feito duas entrevistas, mas com quem não pôde seguir. Ainda neste primeiro contato por telefone perguntei por qual razão não havia continuado as entrevistas e ela me disse: *“ela não tinha horário para mim”*. Ao entrar, estendi a mão para cumprimentá-la. Ela me olhou, deixou minha mão no ar e baixou a cabeça com um leve sorriso. No final da sessão me revelou que não quis apertar minha mão *“para não me contaminar”*.

Contou-me que era neta de avós (paternos) de origem japonesa mas sua relação com o Japão é *“muito distante”*. Percebi que um início de conversa sobre origens imediatamente se colocou em cena. Ela se apressou em me dizer que seu nome significa *“filha abençoada”*. Keiko tem formação em medicina, mas não deu continuidade à sua profissão. Preferiu ir trabalhar na empresa do pai. Tinha 45 anos quando me procurou, dois casamentos desfeitos, sem filhos. Os dois casamentos não duraram muito. O primeiro, um pouco mais de um ano e a relação terminou de forma brusca quando soube que o marido tinha outro envolvimento amoroso, *“me senti um lixo”* disse ao relatar este rompimento. Em torno de 5 anos depois ela se casa

novamente, mas a relação não vai muito adiante. No terceiro ano de casamento decide se separar, segundo ela pelo controle excessivo do marido e “um ciúme doentio” por parte dele. Começa falando de sua obesidade e de que não consegue regular “sua voracidade”. A palavra voracidade me chamou atenção pois a maneira como entrou na sala me transmitiu exatamente a sensação de alguém voraz e que quer ocupar rapidamente todo o espaço. Ela fala alto, quase sem pausas. Escuto. Uma das primeiras perguntas que me faz é se sou psiquiatra. Respondi negativamente e ela se diz “aliviada, pois não queria ser medicada”. Esteve por um tempo com um psiquiatra usando medicamentos. Tenho a sensação de que sua narrativa sobre obesidade, alimentação e desconforto com sua imagem corporal não parecia ser o mais importante, embora efetivamente ela estivesse muito acima do seu peso. Parecia estar à espera de um pouco mais de tempo e ambientação no consultório para revelar o motivo da procura de análise. Onde estaria a urgência de que me falara ao telefone?

Segui na escuta. Depois de algum tempo diz que está muito preocupada pois “acredita estar contaminada com o vírus do HIV”. Não tem saído de casa, está com o sono perturbado e algumas ideias suicidas lhe invadem o pensamento de tempos em tempos. Eu interroguei: “Acreditas estar contaminada?”. Ela me diz que na verdade tem certeza, “pois há muitos sinais no corpo: manchas na pele, gânglios inflamados...”. Quando perguntei se tinha ido a algum médico e feito o teste de HIV disse que não precisava pois tinha certeza do seu diagnóstico. Contou-me a situação da “contaminação”: cerca de dois meses atrás fez uma viagem para o Peru para realizar um sonho antigo de conhecer este país. Experimentou uma sensação de familiaridade muito grande com os traços físicos dos peruanos que lhe pareceram “muito próximos às minhas marcas orientais”. Em uma das noites foi a uma festa. Ela saiu com um homem “de porte atlético” com quem teve uma relação sexual sem o uso de preservativo. Fazia muito tempo que não transava e relatou que a experiência foi muito



a maneira como entrou  
na sala me transmitiu exatamente  
a sensação de alguém voraz

prazerosa. Disse ter tido sempre muito cuidado nas “poucas” relações sexuais que teve e raramente se descuidou como aconteceu na viagem. Mas até aí tudo bem. A viagem continuou tranquila. Três dias depois, caminhando novamente pela cidade, viu ao longe, sentado na mesa de um bar, o homem com quem havia transado. Ele estava com um boné e um pouco na sombra, mas “parecia ser ele”. Quando percebeu que “era um bar gay” pensou: “Ele é homossexual. Ele está contaminado. Eu estou contaminada”.

O silogismo contaminou o seu pensamento imediatamente e Keiko me disse que naquele momento “senti o vírus entrando no meu corpo e se alojando ali”. Tudo era vivido no maior segredo e ninguém sabia até aquele momento de sua “doença”. Seu delírio de contaminação, contudo, deixava certa margem de dúvida que, volta e meia, ganhava algum espaço em falas como estas: “Será que tenho alguma chance?” e “Se eu vejo que estou com aids, me mato”. Disse que em alguns momentos voltava à cena da viagem e se perguntava se o sujeito que viu à distância era mesmo o seu parceiro sexual. “Por que não fui ver mais de perto?”. Esses esboços de dúvidas, contudo, em nada alteravam seus sintomas. Em outro momento em que falava desta “noite sexual” lembrou que o homem tinha o mesmo signo do pai.

Na sequência das sessões, que eram praticamente diárias neste início de análise, Keiko foi evocando inúmeras situações que evidenciavam as turbulências de suas experiências sexuais. A primeira relação sexual foi “tarde demais”. Tinha 25 anos quando transou pela primeira vez. Disse não ter muito prazer na penetração. Algumas vezes, em sessões posteriores, evocou a imagem de



*o sexual inundava seu corpo  
de forma devastadora,  
e ela parecia tentar tecer alguma  
borda com seus sintomas*

“*facadas*” quando pensava no ato sexual. Percebi imediatamente, desde este primeiro momento, a força do pensamento da contaminação e a completa impotência de qualquer outro dado mais “objetivo” como, por exemplo, um exame de laboratório. A Aids era uma marca da irrupção do sexual no corpo. Ela me disse: “*Se ao menos eu tivesse outra doença. Uma leucemia... meu sofrimento não seria tão grande...*”

Quase no final dessa primeira sessão me disse que veio para o consultório com um livro na bolsa que ainda não tinha tido coragem de começar a ler. Perguntei qual era o livro. Ela abriu a bolsa e me mostrou o livro de Hervé Guibert *O amigo que não me salvou a vida*. Eu tinha lido esse livro alguns anos antes na edição francesa e ele tinha feito muito sucesso. Foi um dos primeiros relatos mais contundentes de alguém contaminado pelo vírus do HIV. Hervé Guibert narra os desafios de enfrentar uma doença ainda cheia de enigmas naquela época. O que estaria dizendo o título desse livro para ela? Neste mesmo dia, ao chegar em casa, busquei meu exemplar para relembrar a narrativa e copiei nas anotações que fiz da sessão de Keiko a seguinte passagem de Hervé Guibert. “Assim como não revelara a ninguém que estava condenado, exceto aos amigos que se contam nos dedos de uma mão, não revelei a ninguém, a não ser a esses poucos amigos, que sairia dessa, que eu seria, por aquele acaso extraordinário, um dos primeiros sobreviventes no mundo dessa doença inexorável”.

Mas quem era a mãe desta “filha abençoada”? Sua mãe parecia não se preocupar com ela o suficiente. Keiko se queixa, insistentemente, da falta de atenção da mãe. “*Ela faz tudo para os outros*”.

Tem um irmão que sempre foi o filho preferido. Em algumas das sessões trouxe uma lembrança que acredito ter aberto um caminho importante para entender uma das peças do quebra-cabeças que colocava em cena. Quando tinha em torno de 10 anos lembra-se de pensar na morte e o pensamento que surgia, nestes momentos, era “*morrer nos braços da mãe*”. Interrogo então se era preciso estar perto da morte para ter os braços da mãe. Ela segue falando sem dar muita atenção à minha intervenção. Pensava em sua mãe ao deitar no colo de um namorado. Curiosamente, quando evoca alguma cena de aproximação e carinho da mãe descreve como algo perturbador. “*Algumas noites vinha me beijar antes de dormir, mas era um beijo violento. Ela é abrupta em seu carinho*”.

Uma das perguntas que ficaram ecoando desde o início da análise com Keiko é a seguinte: qual a urgência de estar doente? Ainda nesta primeira sessão surge outro detalhe que me pareceu importante para a sequência do trabalho que naquele momento ainda me parecia incerto. Costumo ser especialmente atento nestas primeiras entrevistas, anotando alguns detalhes que, na maioria das vezes, se revelam fundamentais na sequência do trabalho analítico. Em determinado momento a paciente me perguntou meus honorários. Respondi com o valor e ela reagiu dizendo que era o dobro do que pagou para a psicanalista com quem fez duas entrevistas. Perguntou-me, com um tom de voz suave, nitidamente diferente daquele com o qual vinha falando se poderia baixar o valor. Reiterei que era esse o valor. Não me pareceu que o pedido de baixar o preço era por uma dificuldade financeira, mas talvez por “pedir colo”. Ela concordou com o valor e comentou que muitos terapeutas “*picaretas*” cobram mais do que deveriam. Não me pareceu ser irrelevante a palavra “*picaretas*” nesta fala.

O sexual inundava seu corpo de forma devastadora e ela parecia tentar tecer alguma borda com seus sintomas. Havia uma urgência inscrita no corpo. Foi consultar um dermatologista para mostrar as manchas na pele e saiu indignada, pois ele “*mal me olhou*” e atendeu em 10 minutos “*como*

*se eu fosse uma prostituta*". O dermatologista lhe disse que as manchas não tinham nada a ver com AIDS e sugeriu que ela fizesse o teste.

As sessões continuavam repetitivas na temática da contaminação. De algumas sessões ela parecia sair um pouco mais aliviada, mas essa sensação não durava muito tempo. Em uma delas trouxe um fragmento de sonho que foi um importante acontecimento, pois permitiu abrir outros caminhos possíveis de fala e abandonar, mesmo que de forma breve, as litâneas de sempre em torno dos sintomas. O relato de sonho foi sintético, mas com um conteúdo denso. Segue o relato do sonho; "Estou no velório de duas pessoas: uma atriz e uma prima distante. Os dois caixões estão lado a lado. A atriz é muito conhecida e popular. Estão todos em torno do caixão da atriz e quase ninguém do lado de minha prima. Não entendo porque as duas estão ali juntas na mesma sala. Estão todos tristes e choro bastante". Insisti para voltar ao sonho muitas vezes como forma de abrir espaço para outras falas. Ela resistia, mas acabou trazendo algumas associações e uma delas me pareceu preciosa. Esta atriz, no início de carreira, teria feito alguns filmes pornôs. Keiko comenta também que leu em uma reportagem que, muito anos depois, a atriz se aproximou de uma religião e que teria ficado alguns anos em abstinência sexual. Sempre que surgiam estes conteúdos oníricos, eu tinha a sensação de que o trabalho analítico ganhava um pouco mais de espaço. Era uma inundação sem fim a queixa em torno dos sintomas de sempre. Neste sonho me pareceu relevante a rede associativa que pôde tecer entre sexo e morte. Algumas semanas depois, relatou outro sonho: Vai com a família para uma casa de montanha. O pai está do lado de fora da casa. Keiko está dentro de casa com portas e janelas fechadas. O pai quer entrar e ela não deixa. Ele dá um soco no vidro e seu braço atravessa a janela. Ela acorda assustada. Poucas associações surgem na sequência deste sonho. Evoca apenas algumas cenas de agressividade do pai.

Estes dois sonhos trouxeram um pouco mais de ar para as sessões. Mas a fúria do sintoma não



*para minha surpresa,  
ela retornou ainda mais  
convencida de estar  
contaminada pelo vírus*

dava folga. A contaminação era uma certeza. Em determinado momento, resolvi insistir para que fosse fazer o teste na ilusão de que o resultado pudesse frear estes pensamentos. Ela hesitou, mas acabou cedendo, indo fazer o teste. Ela me pediu para abrir o resultado junto comigo no consultório. Com o resultado nas mãos, vem me ver e abre o envelope. Com um suspiro prolongado diz: negativo! Tudo indicava que a análise poderia seguir em outra direção.

Fico na expectativa por onde seguiríamos na sessão seguinte. Para minha surpresa, ela retornou ainda mais convencida de estar contaminada pelo vírus. Contou-me que foi ler alguns artigos sobre o teste e um deles dizia que era preciso esperar sessenta dias para ter um resultado seguro. Ela se deu conta de que havia feito o teste alguns dias antes deste prazo. Este detalhe abriu novamente as comportas para a sua fantasia delirante. A fúria do sintoma não ia jogar a toalha tão facilmente. A situação piorou e a angústia transbordou novamente.

Em uma das sessões que se seguiu comentou que tinha na bolsa três caixas de um ansiolítico que conseguira com uma amiga. Indaguei o que iria fazer com os remédios e ela me disse "*quero os remédios para morrer na hora certa*". Pedi de forma muito enfática que deixasse os remédios comigo. Ela prontamente me entregou as caixas e eu as guardei em uma gaveta diante do olhar surpreso dela. A ruminação em torno da contaminação seguia feroz.

Algum tempo depois, entrou tranquila e comentou que estava se sentindo melhor, e que iria interromper o tratamento. Falou de alguns novos projetos de vida que começavam a se esboçar para ela. Depois de uma longa narrativa sobre estes planos, disse que gostaria de devolver os ansiolíticos



*chamou-me a atenção que, no início do processo de análise, seus relatos são de situações nas quais ela não ocupa lugar de valor, e sim de vítima*

para a amiga e os pediu de volta. Digo de modo firme que não os devolveria. Irritada, insistiu que os queria de volta, dizendo que “*estes medicamentos não me pertencem e não te pertencem*”. Digo a ela que não concordava com a interrupção do tratamento, e que era fundamental continuarmos o trabalho analítico. Ela diz “*não ter mais nada para falar*”. Quase ao final dessa sessão me disse que tinha inventado a narrativa de melhora para reaver os medicamentos e tê-los por perto, “*caso precisasse*”. Finalizo a sessão enfatizando que era justamente por isso que precisávamos continuar. Marquei outro horário para o dia seguinte.

Seguimos a travessia turbulenta. Eu tinha uma sensação de impotência com minhas intervenções. Nada parecia abalar o mergulho de Keiko no abismo, como se a doença fosse seu único campo de pouso. Depois de um tempo insisti, mesmo sabendo que talvez tivesse pouco êxito, em usar novamente o recurso que havia se

mostrado ineficaz. Propus que refizesse o teste. Ela escutou com a cabeça baixa, apertando com força seus óculos na mão e eu tive a sensação que ela poderia vir a quebrá-los. Keiko chora muito, dizendo que ali era o único lugar onde poderia falar: “*Será que eu tenho alguma esperança?*”. Ela resistiu à minha indicação, mas acabou aceitando. Foi a uma cidade próxima para não ser reconhecida e realizou novo teste. O mesmo cenário se repetiu. Pegou o envelope lacrado com o resultado e veio abrir diante de meus olhos. Antes de abrir o envelope, ela disse algo que me pareceu ter sido sua melhor chance no seu processo analítico: “*Se der positivo eu dou uma festa!*” Ao perceber o lapso se corrigiu imediatamente “*Se der negativo, eu quis dizer*”. Keiko colocara em minhas mãos a ponta do fio de Ariadne de seu labirinto psíquico e naquele momento pensei que seria de menor relevância o resultado negativo que se confirmou segundos depois ao abrir o envelope. Resolvi encerrar a sessão nesta última frase sublinhando que seu lapso tinha aberto um novo caminho. Ela quis continuar falando: “*Posso ficar mais um pouco?*”. Eu lhe disse que continuaríamos na sessão seguinte.

Keiko continuou vindo por mais algumas semanas e depois nunca mais tive notícias dela. Por vezes ficava imaginando se este percurso de análise teria aberto espaço para um pouco de festa em sua vida.

## Comentário de Cleide Monteiro

Nada do humano me é estranho.  
Terêncio

Nas primeiras linhas do relato do caso nos é revelado que algo se mostra perturbador para o analista. Uma incongruência, um apelo que se anuncia urgente, um tom de voz... No primeiro encontro com a paciente mais alguns enigmas se somarão à preocupação e inquietação sobre o que demanda essa pessoa. Se esquiva ao aperto de mão. A obesidade comentada não parecia ser a verdadeira questão.

Porém, a sua apresentação envolvendo a ascendência japonesa por parte dos avós paternos, a afirmação de que sua relação com o Japão é “muito distante”, a tradução do seu nome nipônico “filha abençoada” parecia um cartão de visitas sobre a importância da filiação para ela.

Chamou-me a atenção que no início do processo de análise seus relatos são de situações nas quais ela não ocupa lugar de valor e sim de vítima. A traição do primeiro marido a transforma em lixo. O segundo marido desconfiava dela através de seu

ciúme doentio e queria controlá-la. Apresentam-se marcas de intensidades e de conflitos, porém, esses eventos são apresentados sem contextualizações, circunstâncias, histórias. Sua escolha de não seguir a formação médica e trabalhar na empresa familiar se insere no mesmo registro. São episódios de sua vida tratados como fatos, acontecimentos que não denunciam sua implicação e nem seus desejos.

Seria essa a forma de resumir num tempo e espaço breve, questões que não são as que a trouxeram ao analista e que a consumiam desde há pouco tempo: a convicção de sua contaminação por HIV? Convicção essa sem nenhuma referência a provas de realidade, como o teste para HIV, mas com uma crença absoluta na realidade dessa contaminação.

Com essa declaração, o espaço de fala se restringirá ao exercício da observação da evolução da suposta doença no seu corpo atingido pelo mal, seu inimigo único. Inimigo por ser o que expunha algo inadmissível de seu ser. Seria a prova cabal de uma falta cometida, sem atenuante de poder atribuí-la ao outro? Sua fala: “Se eu vejo que estou com AIDS, me mato” se refere a um julgamento que não envolve nenhuma referência a um olhar exterior. Portanto, um auto julgamento, um terror do corpo em decomposição, formas de angústias de morte?

A erupção do delírio se dá após uma situação que, no relato, aparece como bastante prazerosa:

fez uma viagem para o Peru para realizar um sonho antigo de conhecer este país. Experimentou uma sensação de familiaridade muito grande com os traços físicos dos peruanos que lhe pareceram “muito próximos às minhas marcas orientais”. Em uma das noites foi a uma festa. Ela saiu com um homem ‘de porte atlético’ com quem teve uma relação sexual sem o uso de preservativo. Fazia muito tempo que não transava e relatou que a experiência foi muito prazerosa.

Experiência que foi totalmente apagada na sequência, pela suspeita de que o parceiro fosse homossexual e portador do vírus HIV e a teria contaminado.

A dúvida sobre esta afirmação, pela falta de elementos que a comprovasse, não ganha força,



*o campo da Pulsão de Morte se destaca como aquele que nos permite aproximarmo-nos da forma de vivência dessa analisanda*

não abala sua convicção sobre a contaminação. A certeza procede de uma condenação que independe de verificação da realidade e que propõe como castigo uma sentença de morte.

Este castigo teria alguma procedência na posição de “filha abençoada” que não cumpre esse papel?

Ao me perceber lendo e relendo o caso apresentado, atenta a elementos, sinais, nuances e desenhando-os numa cadeia para circunscrever quais elementos vitais dariam suporte a essa mulher na vida que vivia antes da eclosão da condenação a que está sujeita, lembrei-me de uma percepção tida há anos, quando lia o livro *O Sol Negro*, de Julia Kristeva. A autora, para abordar o silêncio da Depressão, ou do deprimido, a fala autoacusatória que nele predomina, usava de inúmeras metáforas, muitas palavras, para tentar circunscrevê-lo.

Diante dos silêncios sobre os sentidos de sua existência, da apresentação intensa, voraz, violenta e sofredora que a paciente manifesta, nos ocorre tecer alguns fios que nos deem um norte para essa eclosão de delírio que a leva à condenação e talvez à busca da redenção pela promoção de sua própria morte.

O campo da Pulsão de Morte se destaca como aquele que nos permite aproximarmo-nos da forma de vivência dessa analisanda.

A teorização da Pulsão de Morte, em Freud (1920), se apresenta como a tentativa de pensar o que não cessava de surgir nas análises e questionava o registro do Princípio do Prazer como guardião da vida.

A incessante atualização de situações de desprazer que de diversas formas se mesclavam na transferência originando o fenômeno da reação



*Keiko em alguns momentos  
cede às solicitações do analista:  
faz o teste para HIV, deixa o remédio  
no consultório do analista*

terapêutica negativa, ou a extensão do tempo das análises sem uma conclusão, levaram-no, após intenso exame de possibilidades de manter o Princípio do Prazer como predominante no Aparelho Psíquico, à hipótese formulada de uma Pulsão mais elementar, primária e originária. Seu objetivo será a regressão à uma ausência de estímulos.

Freud, no entanto, mantém sua posição de que no aparelho psíquico o conflito é permanente e destacará a intrincação ou desintrincação entre as pulsões, agora denominadas Pulsão de Vida e Pulsão de Morte – luta entre Tânatos e Eros –, como fatores das múltiplas facetas do adoecimento.

A destrutividade será inerente à própria constituição psíquica, podendo, em muitos casos, estar em conflito com a autoconservação, território libidinal. O masoquismo erógeno será a conceituação freudiana para esse paradoxo.

O Super Eu, na subsequente reformulação realizada em “O Ego e o ID” (1923), será designado como o espaço da Pulsão de Morte. Representante de moções pulsionais de vida e de morte originadas do Id, será também constituído pelo resultado do processo de dissolução do Complexo de Édipo, efeito da elaboração da castração, o que lhe destinará a ser um amplo espaço conflitivo.

É nesse território de luta entre Tânatos e Eros que se dará esse encontro analítico, pois o HIV será o passaporte delirante para uma insolúvel condição de não aceitação de ser portadora dessa marca, que a levará a pensar em pôr fim à vida; e o analista, aquele que busca nas mínimas manifestações de desejos e conflitos estancar a hemorrágica manifestação da destrutividade.

A pergunta que insiste nesse caso é: o que vem buscar Keiko na análise?

Sobre sua relação com os objetos primários diz: “Sua mãe parecia não se preocupar com ela o suficiente”. Há uma queixa reiterada de falta de atenção da mãe. “Ela faz tudo para os outros”. Percebe seu irmão como o filho preferido. Relata lembrança de sua infância: “Quando tinha em torno de 10 anos lembra-se de pensar na morte e o pensamento que surgia nestes momentos, era “morrer nos braços da mãe”. O que a teria levado a pensar na morte nessa idade?

A morte seria a maneira de eliminar a distância que sente entre ela e o objeto que está sempre faltando, ou atacando-a?

A proximidade com o corpo do outro na atividade sexual é vivida como violência e ataque.

Existiria alguma esperança de ter uma salvação, como diz em algum momento? De que salvação se trataria?

Keiko em alguns momentos cede às solicitações do analista: faz o teste para HIV, deixa o remédio no consultório do analista a pedido deste. Solicita abrir o resultado do exame na sessão acompanhada pelo analista. Chora em muitas sessões, afirma ser o único lugar em que pode falar, pede para ficar um pouco mais após o encerramento de uma sessão considerada como propiciadora de uma abertura pelo analista.

O que representam esses movimentos? Seriam uma forma de obter domínio sobre o outro ou a manifestação de um desejo de acolhimento, um apelo de proximidade e cuidado pelo outro?

Os elementos que mostram conflitos identitários, de gênero e de valor narcísico em Keiko se anunciam em algumas falas: desconsideração do médico que a trata como uma prostituta, a artista pornô com a qual sonha que se redime pela religião e por se abster do sexo. Envolvem depreciação da mulher pela avaliação de outrem.

Acompanhou-me durante o contato com essa narrativa a sensação de que haveria um segredo em sua história. Algo não pôde ser significado na construção dessa existência.

A hipótese da recusa da realidade abre o campo do traumático e da compulsão à repetição pela impossibilidade de significação de experiências

pretéritas, pois essa significação colocaria em risco a própria integridade narcísica e ameaçaria os suportes que os objetos primários representam. Nas manifestações da recusa, elementos que envolvem a história familiar estão sempre presentes.

A adesão à versão delirante sobre sua doença condensa de maneira enigmática sentidos indistinguíveis. A sensação de impotência do analista é um dos efeitos dessa força destrutiva e avassaladora que a flagela.

Como formula Penot,

a problemática da rejeição, em suas diversas modalidades clínicas, parece ter suas raízes na herança de uma dificuldade de dar sentido, que se conjugaria ao passado anterior, em ‘anterioridade’ a toda história individual. De sorte que o real não seria apreensível por cada um, e não poderia representar alguma coisa, senão através das primeiras figuras parentais, e do “discurso” do qual estas são o suporte originário.<sup>1</sup>

A importância das experiências precoces no registro do corpo erógeno deve ser ressaltada nessa construção. As vivências de prazer ou desprazer criam registros sobre os quais se desenvolverão modos de estar e interpretar o mundo sensível.

Articulando-se a elas se inscreverá tudo o que se refere ao discurso parental que antecipa a própria existência do ser e o acompanhará constituído de palavras que o designam e o situam.

Sobre a origem não asiática da mãe nada transparece. Haveria disputa familiar sobre os valores de culturas diferentes? Filha abençoada por quem? O irmão homem rouba o olhar e o interesse da mãe. Do que ele é possuidor? Seria essa uma incongruência indiscernível?

A referência a ter experimentado uma sensação de familiaridade muito grande com os traços físicos dos peruanos que lembravam seus traços orientais, sugere manifestação de uma identificação de pertencimento. Não se sente estrangeira. A semelhança imagética como ponto de referência.

Terá sido difícil para ela se identificar com aspectos diversos de sua origem familiar? Isso



*sobre a origem não asiática*

*da mãe nada transparece.*

*Haveria disputa familiar sobre os valores de culturas diferentes?*

poderia ser um elemento de cisão no seu próprio Eu?

Essas são as reflexões, articulações desta analista frente ao processo analítico que foi interrompido sem que possamos identificá-lo como reação terapêutica negativa. Keiko realiza uma desistência silenciosa que impediu qualquer reação do analista. Abandona o campo de batalha.

Outros autores vêm em nosso auxílio, com suas referências para ampliar as reflexões sobre a dificuldade clínica relatada. Representam buscas de dar forma e algum sentido à atuação da pulsão de morte.

Maria Silvia Bolguese (2017) apresenta-nos as contribuições de André Green:

Green introduz o conceito de narcisismo negativo no livro *Narcisismo de Vida e de Morte* (1988) descrevendo-o como duplo sombrio e mortífero do Eu do narcisismo positivo. Para ele, todo investimento no objeto, assim como no Eu, se sustenta também numa base negativa, que visa à regressão do psiquismo a um ponto de zero excitação, que se manifestaria, na clínica, pelo mais completo vazio simbólico.

a negatividade enraizada na vida pulsional como causalidade natural transforma-se, no homem, em relação às exigências libidinais de prolongamento da vida e de investimento no objeto como modo de sobrevivência. O Eu e o outro necessitam ser investidos em favor da manutenção da estabilidade psíquica e da preservação da vida.<sup>2</sup>

Na elaboração de Micheline Enriquez (2000) é destacado o lugar de fundo ocupado pelo ódio como manifestação do desinvestimento realizado pelas pulsões de morte. Ela define que o ódio,





a busca de sustentação  
no analista manifestou-se em pedidos  
para falar, estar junto no momento  
dos resultados dos exames

como o amor, é primitivo e se manifesta com múltiplos semblantes, envolvendo sofrimento corporal e mental excessivos. Esses, têm como resultado uma força destrutiva que visa a tudo aniquilar. Força destruidora de vínculos e das identificações, fragmenta a imagem do corpo próprio, mata a vida psíquica.

“Por que tanto ódio e sofrimento?” pergunta Micheline.<sup>3</sup>

Ela buscará resposta nas consequências psíquicas de “experiências traumáticas contínuas”, não reelaboráveis no “momento retrospectivo do traumático”. Supõe, inclusive, alguma coerção corporal que aumentaria a potencialidade persecutória do corpo.

Micheline chamará de uma “*forma particular de resistência à análise*” o fato de esses pacientes não arriscarem nada de emocional e afetivo com o analista, “*mas por trás dessa face lisa escutavam-se também, por eclipses, uma fúria, um desespero e uma violência fantásticos*”.

Não considero que essa seja a total expressão do ocorrido nessa análise. A busca de sustentação no analista manifestou-se em pedidos para falar, estar junto no momento dos resultados dos exames e na confissão de que aquele era o único lugar em que era possível falar. Também permaneceu na análise quando Keiko afirmava não ter mais nada a falar e o analista propos a continuidade.

Poderiam ser pensadas como manifestações de uma forma estranha de transferência?

“A repetição sobre a pessoa do analista desses traumatismos iniciais transforma o campo do tratamento em um campo de batalha, tornando-o um lugar de confronto entre forças contrárias e saturando-o com uma violência extrema, mesmo que contida” afirma Enriquez.

A condução clínica dessas problemáticas se revela muito difícil, pois coloca à prova o saber e o poder do analista.

As dificuldades que as manifestações da destrutividade e da desubjetivação, do ódio projetado ou introjetado; o irrepresentável em suas várias formas apresentam, pressionam os analistas na busca de respostas. Foi nesse esforço que se articulou a reflexão que proponho sobre o relato da situação analítica descrita. A criação de espaço compartilhado entre analistas no qual a possibilidade de imaginar, pensar a própria experiência se amplie, e em que a teorização como possibilidade de descentramento aconteça, são caminhos estimulados pelo sofrimento psíquico do analista. Processo de busca de elaboração para o traumático da experiência do analista.

#### Referências

- Ambertín M. G. (2006). *Imperativos do supereu: testemunhos clínicos*. São Paulo: Editora Escuta.
- Bolguese M. S. M. (2017). *O tempo e os medos*. São Paulo: Blucher.
- Enriquez M. (1999). *Nas encruzilhadas do ódio: paranoia, masoquismo, apatia*. São Paulo: Escuta.
- Freud S. (1856-1939/2010). *Além do Princípio do Prazer*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Kristeva J. (1989). *Sol Negro: depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Kristeva J. (1856-1939/2011). *O Eu e o Id*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Penot B. (1992). *Figuras da recusa: alguém do negativo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

1 B. Penot, pg.9

2 M.S.Bolguese, pg. 66 e 162

3 M. Enriquez pg.222, 223, 186,



Agradeço, inicialmente, aos editores de “Debates Clínicos” pelo lisonjeiro convite feito a mim para comentar esse caso para a *Percurso*, revista que tenho em alta estima.

Ler este relato clínico me fez pensar nos escritos de Freud, no que esses têm de narrativa ficcional, os quais, com frequência, lemos como casos de um romance, com personagens que nos intrigam e com sintomas que nos são enigmáticos, nos inquietam a mente e nos instigam a querer decifrá-los.

O caráter ficcional dos processos analíticos foi tema amplamente abordado por Fabio Herrmann. A também analista Leda Barone (2013), apoiada em conceitos introduzidos por Herrmann, abre um artigo de sua autoria sobre o tema da escrita clínica como ficção, dizendo:

“Ninguém desconhece que Freud foi um exímio escritor e que em seus históricos clínicos viu-se impelido a contar uma *história do doente*, no lugar de uma *história da doença*, dando início a um novo gênero literário”. Esse é um giro de relevância fundamental que distingue a metapsicologia da medicina tradicional.

Todo caso clínico é um caso de auto ficção. Keiko se apresenta como um caso de suspense, de terror, de mistério, de autocomiseração, de delírio de perseguição, e até de uma certa comicidade.

Assim fui lendo e relendo o caso de Keiko, e a cada leitura encontrava novos elementos, tal qual num conto, quando o relemos.

A captura como leitora/analista, se deu, para mim, logo no início, pela contratransferência que o analista descreve ter vivido, este sim, já capturado na trama transferencial, apreensivo, preocupado com o tom de urgência, transmitido de modo áspero e abrupto. Elementos contraditórios no contato inicial. Evitação em parecer necessitada? Há uma imposição no lugar de um pedido?

Além disso, desperta no analista – e no leitor –, curiosidade a respeito da analista anterior que Keiko alega: *não tinha horário para mim*.

Há uma queixa, um ressentimento subliminar nesta comunicação, e logo notamos o

*Keiko se apresenta como um caso de suspense, de terror, de mistério, de autocomiseração, de delírio de perseguição, e até de uma certa comicidade.*

cumprimento agressivo dispensado ao analista, agora presente, que lhe estende a mão para recebê-la. Disfarçado de cuidado, Keiko ostensivamente faz o gesto de deixar a mão do analista pendurada no ar; curioso modo de se apresentar, que nos leva a pensar se a analista anterior não teria evitado abrir *em si* um “lugar para ela”, prevenindo ter que entregar-se, como fazemos com nossos pacientes, a encontros difíceis como são os casos dos estados-limite, conceituados e descritos por André Green (2019).

Keiko, que segundo ela, tem nome de *filha abençoada*, vai aos poucos contando que, afinal, não é tão abençoada assim.

A relação *muito distante* com o Japão prenuncia uma relação distante com seu pai, de origem japonesa. Mas, em seguida ficamos sabendo que ela abandonou sua carreira médica para ficar na empresa do pai: distante e próximo, sacrificada. Forte ambivalência à vista.

Os casamentos também foram curtos. São dois, sem frutos. Relações sem intimidade? Sem trocas significativas? Não sobra nada de bom?

O outro que não a acolhe devidamente, que não lhe oferece o espaço que ela deseja, ou merece como filha abençoada.

A voracidade aparece no tom da voz, na maneira de ocupar todo o espaço (que sente que lhe é recusado?), sonora e fisicamente, com seu corpo obeso. O outro não a atende, ou será ela quem vai lhe retirando espaço de existência? Evitando este Outro perturbador, como é todo e qualquer outro em sua existência singular.

Mais uma pergunta à queima roupa: *Você é psiquiatra?...não...* Se diz aliviada pois *não gosto de ser medicada*. O que será ser medicada? Será ficar



*os detalhes desta contaminação,  
em seu relato ficcional,  
abrem muitos possíveis fios  
associativos, mas apenas para  
o analista e para nós leitores*

na dependência de outro? Do médico? Do remédio? De algo que o outro tenha e que ela necessite? Curiosamente, mais à frente em seu processo de análise, trará seus próprios remédios, numa demonstração de detentora do poder em tirar sua própria vida, caso assim o queira. O remédio é dela e não do psiquiatra/analista. Mas o analista, dessa vez, se inquieta com a ameaça suicida que paira e retém os medicamentos, num movimento atuado concretamente e não simbolicamente interpretado, como muitas vezes é o caso, no trabalho com esses pacientes-limite.

Keiko vai nos surpreendendo, e imagino eu, surpreendendo seu analista. Conta-lhe, finalmente, o motivo de ter vindo procurar análise: tem certeza de estar contaminada com HIV! Não fez teste, se recusa a fazê-lo, mas mesmo assim tem certeza. A realidade que conta não é a objetiva. A lógica que predomina é a da narrativa fantasiosa a serviço da manutenção do narcisismo negativo, como discutirei mais adiante.

Os detalhes desta contaminação, em seu relato ficcional, abrem muitos possíveis fios associativos, mas apenas para o analista e para nós leitores.

Não para Keiko, em sua narrativa francamente delirante ou com traços de realismo fantástico: encantada por um homem peruano quando de sua viagem a este país e atraída por seus traços fisionômicos que remeteram aos traços da família japonesa paterna, tem com este, relações sexuais muito prazerosas *sem preservativo*.

Poucos dias depois, vê um homem que lhe parece ser o mesmo e então ela decide que sim, é o próprio. Não se aproxima, não verifica, não faz teste de realidade. Constrói uma história

hermeticamente fechada onde finalmente *decreta que ele é gay* e, portanto, lhe transmitiu o HIV, como dois e dois são quatro!

Magda Khouri (2022), em recente trabalho afirma que é por meio do ficcional que a verdade do sujeito se revela. O ficcional é a narrativa que o sujeito relata de si. Pode tanto abrir para o simbólico no trabalho, na transferência, ou então, como no caso de Keiko, ficar colado a uma história, numa repetição paralisante, impeditiva de ampliação e transformação narrativa de si.

A paciente parece não ser capaz de fazer conexões associativas, trazer lembranças, produzir frutos pensáveis que ampliem seu espaço psíquico numa interlocução fecunda com seu analista, nem tampouco aventa questionar suas convicções. Traz, ao contrário, uma espécie de narrativa delirante, convicta, alienada, onde parece buscar um outro – o analista, no caso – somente para prová-lo errado, insuficiente, impotente. Talvez assim evitar a evidência, para si mesma, da potência disruptiva de suas pulsões diante da presença de um outro.

Desta vez, Keiko descuidou-se, permitiu uma penetração. Deixou-se levar pela pulsão, foi penetrada pelo outro, não foi possível manter-se *protegida* tal qual o faz com o analista, a quem é negado qualquer entrada significativa, –tendo sido talvez, podemos conjecturar, a retenção dos medicamentos na ocasião descrita no relato, uma medida drástica do analista a fim de recuperar sua potência nesta dupla, ao menos temporariamente. Suas falas parecem barradas pela “camisinha” mental da paciente, sem efeito transformador. Green, sobre esse tipo de condição mental em Keiko na relação com o analista, afirma: “o pensamento é submetido ao controle que o paciente quer exercer sobre o analista para conjurar os riscos de desorganização e a perturbadora sensação de ser invadido pelas pulsões ou pelo objeto”. (p.33)

Sobre o descuido em deixar-se penetrar, ela logo anuncia o altíssimo custo: “se eu tiver Aids, me mato!”

Sua determinação em manter-se fechada protegida, “com preservativo”, a torna uma vitoriosa

às avessas. É a força do *narcisismo negativo*, de “se eu perder eu ganho”, ou “vou provar que você está errado, ainda que eu me dê mal, pois serei vitoriosa em te provar errado”. E, desta forma, ainda em Green lemos: “quanto mais a pessoa rejeita e destrói aquilo que provém do objeto, mais reforça sua posição. É uma espécie de onipotência negativa” (p. 26, grifo meu). Vivemos isso com certa frequência na clínica atual, em que alguém vem buscar por ajuda, sendo que, paradoxalmente, o que deseja é provar que não há ajuda possível, comprovar a ineficácia, incompetência e impotência do analista, que pode sentir-se narcisicamente ferido, ou frustrado, uma vez que a vitória é alcançada por meio da derrota do analista. Evidente que, em última instância é a derrota também da paciente. Mas que, de forma invertida, significa que, se perder, ganha! Vence a pulsão de morte!

Keiko, é um personagem extraordinário que nos captura na leitura do caso. Me fez pensar em *Seis Personagens à Procura de um Autor*, de Pirandello. Keiko parece buscar para si uma história, um lugar para chamar de seu, no qual se sinta incluída e possa dar vida ao drama de seu mundo interno, tal qual os personagens de Pirandello. E é assim que, logo ao final da primeira sessão, revela o livro que escolhera para lhe representar. De Hervé Guibert, a história do rapaz que secretamente descobre que tem AIDS, e no qual descreve seu intenso sofrimento e a convicção de que sobreviverá. O livro, além de seu conteúdo, traz em seu título o anúncio do enredo transferencial que irá vigorar: “o amigo que não me salvou a vida”!

O título carrega o aviso de que seu destino já está traçado, o analista sairá perdedor neste encontro impedido, encontro sem penetração possível, sem abertura.

Keiko parece estar presa numa repetição permanente dessa sua história, em que o outro é sempre incapaz de ajudá-la, sendo, em sua versão ficcional, responsável por seu sofrimento: sua mãe, seu pai que a invade em seu sonho, seus

maridos, os médicos, o homem peruano, e agora seu analista.

Desafortunadamente está presa nesta roda alienante, sem possibilidade de abertura por meio da qual eventualmente se desse conta de sua implicação nesta repetição circular. Sua determinação em provar-se vitoriosa às custas do fracasso de um outro que interaja com ela lhe custa esse destino trágico, sem saída alternativa a não ser a tragédia da solidão, da falta de um lugar para si.

Ao longo do relato, me perguntava sobre qual teria sido a história pessoal de Keiko para que sua narrativa de vida fosse essa, em que a aproximação de um outro é equivalente a uma ameaça de violação e morte.

Estou de acordo com o analista de que a AIDS é a marca da irrupção do sexual em seu corpo. O erótico se faz presente em valência oposta ao prazer, – o médico picareta, o dermatologista que a faz de prostituta, a relação sexual que lhe contamina com HIV. O sintoma corporal, seja ele real ou fantasiado, expressa aquilo que Keiko não pode pensar, não pode representar de forma simbólica, apenas na concretude do corpo. Mais um traço dos casos-limite: o corpo no lugar do pensamento.

De fato, a tragédia anunciada se confirma: Keiko sobrevive ao HIV que não tem, tal qual o personagem de seu livro desejara. O protagonista do livro morre de Aids, Keiko não. Mas é uma vida-morta.

Desaparece sem deixar rastro, não dá mais notícias. Uma vez mais, dá cabo de uma relação interpessoal, elimina o analista de sua vida, saindo “vitoriosa” nesse seu enredo torto. Desse modo, reafirma para si, sua teoria sobre o outro e sobre si mesma.

#### Referências

- Barone L.M. Codeço (2013) Narrar a clínica: entre tradição e ruptura, *Jornal de Psicanálise* (online), vol.46, nº 85, pp.119-126. ISSN 0103-5835
- Green A; Urribarri, F. (2019) *Do pensamento clínico ao paradigma contemporâneo: diálogos*. São Paulo: Blucher.
- Khoury M. G. (2022) Os girassóis de Van Gogh, *Práticas psicanalíticas na comunidade: relatos em dois atos*. São Paulo: Blucher, p.273-298.