

Ao pão do doente, um circo terapêutico:

desafios contratransferenciais frente à morte

Maria Elisa Pessoa Labaki

A morte que emerge dos atendimentos a pacientes com aids toca o âmago do desamparo do psicoterapeuta. Mas, se o medo da morte encontrar uma representação, poderá proporcionar tolerância ao par paciente/terapeuta.

Que ceco! Que rim! – pensou. – Nada! Nada! Trata-se é da vida e da morte. Sim, a vida se esvai, se esvai, sem que possa impedir. É isto, só isto! Por que me iludir! Não é patente a todos, menos a mim, que eu estou morrendo que é apenas uma questão de semanas, de dias, talvez agora mesmo? Havia luz na minha frente, mas agora só trevas. Eu estava no mundo e vou abandoná-lo! Para onde irei? Eu deixarei de existir, mas o que haverá depois? Nada. Então, onde estarei quando não mais existir?

Tolstoi, *A morte de Ivan Ilitch*¹

Epidemia que marcou o início da década de 80, a aids tem projetado uma realidade complexa que ultrapassa os limites da saúde pública. Incurável, transmitida pelo sangue e hemoderivados, secreções sexuais e leite materno, surgiu ligada ao com-

portamento humano, não necessitando de outro agente transmissor além do próprio homem. A irrefutável realidade de não haver tratamento seguro para a aids, podendo levar o sujeito à morte, o fato de incluir a atividade sexual como a mais comum fonte de transmissão, a aura de doença *gay* que envolveu a aids dos inícios e que produziu imagens fortemente carregadas de preconceito, sua associação com o uso de drogas injetáveis por grupos marginalizados, e a capacidade de realçar a culpabilidade do sujeito em relação à infecção, fizeram dela uma doença carregada de valor, flagelo contempo-

Maria Elisa Pessoa Labaki é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, mestranda e pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Núcleo de Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, e professora-supervisora do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu.

râneo, cuja potência destruidora se realiza ao exterminar o que é considerado poluente (Sontag)², tornando a pureza da alma, dos corpos, dos seres, imagem almejada.

À medida que o crescimento da pandemia de aids foi evidenciando seus efeitos e as informações sobre as formas de transmissão e de prevenção foram encontrando maior repercussão na sociedade, o fluxo de pessoas interessadas em realizar o exame anti-HIV aumentou significativamente. Estes fatos, aliados à possibilidade de uma vida mais longa, são responsáveis por um crescimento sensível, tanto na esfera da saúde pública quanto da privada, do número de pessoas que se descobrem soropositivas e que procuram por assistência psicoterapêutica - realidade que solicita a especificação de um campo de conhecimento teórico e clínico capaz de dar conta dos impasses que este tipo de demanda vem criar.

Se, de um lado, a eclosão da aids chacoalhou a medicina, sobretudo em relação à estabilidade alcançada com a infectologia desde o advento da penicilina, e devolveu o problema da morte - antes mais restrito ao âmbito hospitalar - ao universo das trocas sociais; de outro, pouco ou quase nada promoveu quanto à atitude de negação da morte. Por isso, ter sido brindada com a oportunidade - ainda que na contracorrente da moda - de entrar em contato com a morte que transborda dos atendimentos a pacientes com aids, me estimulou ao desafio de tentar narrar, do ponto de vista contratransferencial, as trilhas afetivas com suas representações específicas originadas do debruçar clínico-institucional ao qual este artigo se refere.

Em virtude da frágil estrutura que comporta seu enquadre e da natureza dos elementos que o compõem, o *setting* hospitalar se revela espaço cujas peculiaridades promovem o despertar no campo transferencial de impressões e re-

presentações arcaicas de contaminação, desamparo, morte, impotência, solidão, acompanhadas de afetos penosos que precisam ser conhecidos de modo a proporcionar a condução mais apropriada para cada situação. Trocando em miúdos, no centro desta narrativa clínica está a tentativa de depurar a situação de confronto com angústias penosas geradas no seio da constatação sobre a natureza huma-

A eclosão da aids
devolveu o
problema da morte ao
universo das
trocas sociais.

na de mortalidade e as soluções ativadas contratransferencialmente que as fazem calar ou paralisar.

O contexto institucional que deu origem à presente experiência foi o do programa de especialização em Psicologia da Saúde junto ao Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina - Unifesp, de 1986 a 1990. Uma das atividades que escolhi realizar foi, em um primeiro tempo, a de observação da rotina médica do ambulatório de aids pertencente a esta instituição

e, posteriormente, a de psicoterapia com doentes, fossem eles pacientes sob regime de tratamento médico ambulatorial ou de internação. As condições eram adversas. Como lá meu lugar era o de especializanda, eu podia contar com uma equipe de supervisores que acompanhava os atendimentos, preocupando-se em decifrar as rotas transferenciais e contratransferenciais da relação paciente-médico, paciente-instituição e paciente-psicoterapeuta, bem como em oferecer suporte às angústias que a atividade produzia, dado que me encontrava no espaço de um *setting* bastante particular, como será possível comprovar mais adiante. Já como psicoterapeuta lotada no Ambulatório de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital da Clínicas - instituição à qual me vinculei de 1992 a 1996 -, a carga era ainda maior pois, além do volume enorme de pacientes que crescia em progressão geométrica, minha colocação como profissional pedia algo além do que é exigido de um estagiário. Na época, o desejo de solicitar uma supervisão institucional era tênue e sua demanda, formulada de passagem, não conseguiu, naturalmente, ser sustentada.

Nesta direção, uma das cenas que mais me marcou e que provavelmente reforçou o desejo de interrogar as expressões contratransferenciais da morte na clínica refere-se ao atendimento a um doente em estado avançado da aids. Fui chamada à enfermaria onde se encontrava internado. Ao me aproximar, vi que estava sentado em uma cadeira de rodas conectado a tubos e a fios. Estendi minhas mãos desejando cumprimentá-lo - como que para tentar realçar a porção de cidadão que eu imaginava engolida na de doente - quando, simultaneamente ao gesto, percebi que ele e seu entorno estavam banhados em sangue, provavelmente jorrado de dentro de um dos ductos. Ainda que em ritmo de titubeio, mantive suspensa minha mão, perguntando-me

durante aquele átimo de tempo como proceder sem deixar escancarar meu pavor, se me entregaria ou não, heroicamente, ao contato-contágio imaginado. Antes mesmo que eu não conseguisse esboçar alguma definição, o paciente se adiantou desviando enfaticamente seu corpo do meu evitando, assim, me tocar. No dia seguinte, consultei um colega médico a respeito da probabilidade de infecção pelo contato da pele e, ainda que obtivesse uma resposta negativa, cobri ferimentos milimétricos de minhas mãos com band-aid. Depois de alguns dias em que mantive a pele barrada, iniciei a lenta remoção desejando que minhas fantasias paranóides de ataque se arrefecessem e dessem lugar, nas sessões subsequentes, à capacidade de pensar.

ocorrência de uma “posição disjuntiva do analista em relação à transferência do paciente sobre ele e em relação a uma transferência dele sobre o paciente”³. Contudo, penso que, apesar de todos os obstáculos para se alcançar plenamente o efeito de transcendência transfe-rencial que Fédida preconiza, o psicoterapeuta poderá destilar do próprio padecimento e desamparo alguma sabedoria se, na justeza de seu ofício, auscultar a contratransfe-rência. Neste sentido, perguntar-se sobre a morte no espaço da clínica reflete uma tentativa de desaprisio-nar do sofrimento sua potência transformadora. Do ponto de vista interno de recuperação da situação clínica, implica tentar extrair da vivência paranóide de ameaça de morte as palavras que expressem sua

ainda Fédida, “a angústia é um excesso de imagem incapaz então de dar nome e figuras”⁴.

Hoje vejo que, apesar do despreparo e da ingenuidade próprios à posição de aprendiz de feiticeiro (implícita na condição de estagiária) terem me permitido entregar-me intensa e vorazmente em direção à tarefa proposta, minha disponibilidade para atender pacientes com aids não foi exatamente apenas determinada pela atitude de bom-mocismo, da qual todo o estagiário deve se imbuir para conseguir aprender. A comunidade, em geral, via (e ainda vê) o atendimento a este tipo de doente, que carrega uma doença transmissível e repugnante, como uma atitude altruísta de caráter moral elevado. Mas, no fundo para mim, este trabalho significava a possibilidade de extrair da pose do herói o que nela há de mais excitante. De fato, meter-me naquele ambulatório, utilizar de um *setting* tão particular, para não dizer tresloucado, flertar com a dor mais aguda da morte anunciada, significou viver uma aventura desafiadora de prazer e de medo.

Acrescentam-se fatos pessoais. Há muito tempo me pergunto sobre a morte. Criança, me dei conta de que as feições dos mortos emolduradas que habitavam meu ambiente familiar eram figuras dos que já não estavam mais ali porque doenças os fizera desaparecer, sumir. Como era terrível ver realizada a fantasia de perda da mãe - em geral contrariada com o repetido regresso dela - e testemunhar a comprovação de que ela podia, de fato, deixar de existir, apagar-se! O terrível sumiço que os retratos dos mortos revelava, devolvia ao sonho a eficácia perdida, a porção de mistério, trazendo à tona a fantástica mistura de realidade com ilusão. O quebra-cabeça de reminiscências também me transporta à década de 60, dias de feira livre cujo acesso possível levava-me à travessia - voluntária, não obrigatória - de,

Perguntar-se sobre a morte no espaço clínico supõe também estrangeirizar a angústia contratransferencial, torná-la estranha a um limite capaz de produzir um campo de figuração metafórica.

A fascinação pelas imagens de doença e de morte reveladas nesta cena impede a figuração do irrepresentável e a representação do imaginado, mantendo-se congelada a capacidade de apreciar o que Fédida batizou de *funcionamento inter-transferencial* que traduz a

máxima singularidade, buscando abolir o fascínio da situação extremada. Do ponto de vista do exterior, supõe estrangeirizar a angústia contratransferencial, torná-la estranha a um limite tal que seja capaz de produzir um campo de figuração metafórica pois como nos aponta

como não bastasse um, dois cemitérios próximos à minha casa. As missas fúnebres com corpo presente tanto me atraíam que, certa vez, me aproximei de uma delas cantando em alto e bom som: “Boi boi boi, boi da cara preta pega esta menina que tem medo de careta”. Assim, de certa forma, minhas fantasias infan-

de conquistas farmacológicas, o índice de mortalidade tem diminuído. Isto é, em que medida, ao se converter em problema datado, a morte na situação clínica em questão, se deslocaria do centro para a periferia de nossos interesses?

Primeiramente, não posso concordar em fazer conluio com posi-

inquietação em descobrir a data de sua morte, interpretando suas superstições como sinal de seu desejo suprimido de imortalidade. Insistia, contra os filósofos, que a morte não podia ser apreendida pela reflexão, pois a consciência é limitada. Green⁷ nos lembra que, para Freud, o motor mesmo da reflexão filosófica sobre a morte escapa ao controle da vontade, não se tratando de outra coisa senão das formações do inconsciente, dentre elas, a fundamental angústia de castração.

Sobre as diversas compreensões de Freud acerca da representação de morte no inconsciente, dois momentos parecem importantes. Em *O Ego e o Id* (1923)⁸, é categórico ao afirmar que a noção de morte, por corresponder a uma ausência, a uma negatividade, não pode ser revelada no equipamento inconsciente, pois lá é a morada das positivities, da presença, do desejo. Isto é, não há representação (de coisa) possível para a morte já que seu caráter de inacessibilidade implícita a impede de constituir-se como marca psíquica do vivido. Entretanto, do ponto de vista da teoria da angústia, o medo da morte enfatizado em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926)⁹ é, conforme ressalta Green, análogo à angústia de castração, especificamente, à ameaça do ego em relação à separação, perda e privação de seus objetos de amor. A dor, o pavor, a angústia disforme que presenciamos na clínica são testemunhos deste enredo sobre a morte.

Ou seja, se de um lado, Freud atesta que o inconsciente não pode oferecer representação apropriada à morte, de outro, em suas formulações genéticas mais sistemáticas, afirma que o medo da morte lembra afetos penosos desencadeados com as vivências de separação, perda ou abandono do ego por seus objetos de amor, cujo lastro imprime uma capacidade tal de atração psíquica que, para serem revividos psiquicamente, prescindem da ocor-

O fato de hoje se viver mais e melhor com a Aids praticamente nada altera em relação ao que mobiliza a idéia de morte, do ponto de vista da vivência inconsciente do paciente.

tis têm podido se revigorar por meio das escolhas profissionais que venho fazendo, confluência que encontro nas palavras do já lembrado Fédida sua melhor tradução: “Para não desaparecer vivo, o último recurso humano da fala é o recurso a seu próprio sonho – lá onde se formam em suas imagens os nomes dos mortos esquecidos.”⁵ Com ele, posso crer que este artigo reflete, também, meu desejo de sonhar.

Mas, antes de seguirmos nossos desenvolvimentos, é preciso, ainda, tentar responder a uma indagação que tem sido levantada a respeito da atualidade e relevância do problema da morte na situação da aids - já que não podemos negar a realidade de que, em virtude

ções que denegam a morte ou que se recusam a incluir suas representações subjetivas. A meu ver, *o fato de atualmente se viver mais e melhor com aids praticamente nada altera em relação ao que mobiliza psiquicamente a idéia de morte, do ponto de vista da vivência inconsciente do paciente.*

Esta posição deriva da clínica, mas se apoia, fundamentalmente, no tratamento (ambíguo) que a noção de morte recebeu em Freud. Schur⁶ evidencia não só a dificuldade evocada pelo tema na obra do mestre mas, sobretudo, a dimensão transferencial colocada em marcha com a vivência do seu câncer. Antes mesmo de o câncer acometê-lo, aos 67 anos, Freud demonstrava

rência concreta do acontecimento, bastando sua lembrança. Isto é, embora fonte de terror e de dor, a iminência da morte se apresenta como condição fundamental, porém não suficiente, para a ativação das angústias de morte. E, se a morte recupera a angústia de castração que, por sua vez, marca não só a constituição das instâncias egóicas e superegóicas com suas dinâmicas e economias correspondentes, a partir das defesas que faz disparar e dos fluxos dos investimentos narcísicos e objetivos, não há razão, pois, para supor que a esperança de uma vida mais longa possa desmontar a castração e minimizar as angústias de morte.

Mas, para ir um pouco mais na direção da clínica, penso que é sob a perspectiva econômica dos processos de investimento e desinvesti-

tigo ir adiante na economia destes processos, deixarei apenas esboçadas algumas perguntas mestras que nortearão outros trabalhos: como investir o sujeito que vai morrer e que sofre com a dor de pensar o inominável e de suportar o descabido; que se vê com o desejo de investir a vida e a necessidade, ao mesmo tempo, de conseguir desinvestí-la? Como, enfim, transformar o sofrimento em fonte de investimento de vida?

Para encerrar a argumentação em torno da atualidade ou, para ser mais precisa, da atemporalidade do problema da morte na clínica com pacientes com aids, eu diria que meu interesse pelo problema da morte se manteve com o passar destes anos porque a situação problemática que dá moldura à presente reflexão - a clínica psicoterápica -

morte, inelutável. É, ainda, importante salientar que, apesar de a aids ser o cenário desta reflexão sobre a morte na clínica, ela não se configura como campo exclusivo para tal problematização mas, compartilha desta característica com outras doenças de prognóstico maligno. É preciso, pois, que todos os envolvidos nos processos de doença - paciente, psicoterapeuta, médicos e familiares - possam pensar sobre a morte, de modo a contrapor ao *pão* da doença um (não menos metafórico) *circo* terapêutico.

Qualquer semelhança entre um banheiro e o lugar da clínica não é mera coincidência

Tudo começou em um banheiro. Constrangidos, eu e meu paciente nos encarávamos esperando até que o próximo médico, delicadamente, nos interrompesse para lavar as mãos. Era um banheiro comum, desses meio velhos, com chuveiro, vaso, pia, uma prateleira com muitos papéis amontoados e duas cadeiras para psicoterapeuta e paciente. Na parte térrea da casa, uma sala de espera lotava três vezes por semana com pacientes de aids à espera da consulta com o médico e com a assistente social. (Os outros dois dias da semana eram reservados para o atendimento de doentes com hepatite B, C, etc.) Os atendimentos do serviço social aconteciam em um pequeno local circunscrito da sala de espera, onde foram erguidas aquelas divisórias cinzas para, ao menos, tentar garantir um mínimo de privacidade. Já os médicos se revezavam em duas salas do sobrado em miniatura. E a enfermagem aplicava medicações, realizava condutas de rotina como tirar pressão, temperatura, etc., em outra pequenina sala colada à de espera.

Era o ano de 1988 quando a equipe médica do ambulatório de aids solicitou um(a) psicólogo(a) ou psiquiatra ao Departamento de Psi-

Como investir o sujeito que vai morrer e sofre com a dor de pensar o inominável e de suportar o descabido? Como transformar o sofrimento em fonte de investimento de vida?

mento libidinal que encontramos as formulações de Freud mais úteis para responder às indagações relativas à relevância da noção de morte na situação da aids. Entretanto, como ultrapassa o escopo deste ar-

se revela tão específica em seus propósitos e na forma de acontecer que carrega, em si, a potência de abrigar o que do humano é essencialmente universal e atemporal - um gesto qualquer de vida e de

quiatria da Unifesp. Desejavam um parceiro “psi”. Como especializado neste departamento, na área de psicologia da saúde, estava na ordem do dia a possibilidade de ser

como *agentes inoculadores* da doença. Provavelmente, a imagem de agente figura um sentimento de culpabilização resultante de um conflito entre o desejo de curar, a

da não havia AZT, DDI, nada, nenhum paliativo ou remédio contra a ação do vírus HIV, nem contra as doenças oportunistas. Mesmo estas, que ofereciam alguma possibilidade de revide, eram, no entanto, causadas por microorganismos raros, como fungos e protozoários, o que tornava sua cura um difícil combate. *Habituéis* em corpos saudáveis, não significavam quaisquer perigos para estes. Mas, naqueles em que o vírus HIV havia minado as forças contra-atacantes (células de defesa), mostravam-se implacáveis em sua ação destruidora. Moral da história: ter aids naquela época era saber e morrer.

Após seis meses em que realizei um trabalho de observação da rotina deste ambulatório (inclusive da situação de comunicação do diagnóstico pelo médico) decidimos que o próximo passo seria o atendimento dos pacientes que fossem encaminhados pela equipe de saúde ou que procurassem espontaneamente atendimento psicoterapêutico. Tudo combinado, disponibilidades de todas as partes vertendo entusiasmo, a equipe de supervisores do serviço de Interconsulta pronta para o meu pedido de socorro, certamente vindouro, até que nos demos conta de um detalhe. O lugar. Em que lugar, em que cômodo daquela minúscula casinha poderíamos doente e psicoterapeuta se aconchegar? Várias possibilidades foram aventadas, desde a ocupação da sala da assistente social, sabe lá em que dia livre, até a sugestão, dos próprios médicos, de se espremerem para nos dar lugar. Mas nada disso parecia viável. Estávamos, isso sim, sem condições de inserção espacial até que, por força, um despudor providencial tomou conta de algum médico que nos abriu uma possibilidade no mínimo curiosa para um local tão conhecido: atender no banheiro.

O banheiro. Por que não? Afinal era um banheiro meio aposentado em suas funções básicas, que

Do ponto de vista médico, talvez, a comunicação da aids possa ser um ato paradoxal, já que o desejo de curar e de manter a vida está posto em cheque.

escalada para esta tarefa que, de pronto, já havia me capturado. Estes médicos alegavam, como justificativa para tal necessidade, a percepção de que o instrumento médico era limitado no tocante ao manejo de altas cargas de angústia e de dor que impregnavam a atmosfera daquele local, bem como à relação médico-paciente, paciente-instituição, etc. Perdiam pacientes “a rodo” e a comunicação do diagnóstico de aids revelava-se intensamente dolorida, verdadeira sentença de morte para a qual os recursos médicos, naquela época, mostravam-se absolutamente insuficientes.

Afirmo isto, também, em virtude das conversas com alguns médicos terem me colocado em contato com o imaginário construído a partir da clínica que exercem. Comunicar o diagnóstico de aids, por exemplo, fazia com que eles se sentissem

inexorabilidade da morte que faz contraponto ao desejo e uma possível satisfação narcísica já que, afinal, acreditavam não desfrutar do mesmo mal que acometia seu paciente. Viviam um dilema de, ao nomear a presença da aids, acabar por inventá-la, inaugurando um universo novo de preocupações, sabendo que, não obstante, suas ações não resultariam em cura. Do ponto de vista do médico, talvez, a comunicação da aids possa ser sentida como ato paradoxal do tratamento, já que o desejo de curar e manter a vida está aqui posto em cheque. Assim, para aquele encarregado de curar, a enunciação da aids parece constituí-la objeto impenetrável à própria ação médica.

De seu lado, o paciente escutava do médico, até então figura desconhecida, um diagnóstico em relação ao qual nada podia fazer. Ain-

não cumpria suas finalidades essenciais. Apenas os médicos o utilizavam entre as consultas para a assepsia necessária das mãos. Não hesitamos. Aceitamos a idéia e, assim, iniciamos nossos atendimentos. Aqui, uma breve digressão sobre o espaço do banheiro nos põe em contato com a riqueza de sentidos que seus limites encerram. Espaço das águas correntes para purificação, para limpeza e, espaço para o íntimo. Depósito de excrementos, fundamentos não processados na usina humana, alijados e clandestinos... talvez, como a morte o é em tempos modernos.¹⁰

De fato, a presença da morte quase sempre ocupava o espaço psicoterapêutico. Penetrava e repercutia enquanto afeto, sob forma de

A cada profissional
uma incumbência: ao
médico, os órgãos;
ao psicoterapeuta, a dor;
à assistente social,
a cidadania.

medo, culpa ou terror; ou, enquanto exigência de trabalho para o pensamento, sob forma de urgência inalienável, ainda que, paradoxalmente, intocável. Apagar o incêndio era a tarefa mais regular. Logo que

as primeiras labaredas se faziam crepitar na consulta com o médico, o mesmo indicava o banheiro, para onde o paciente escorregava quase que imediatamente em busca, talvez, de algo que absorvesse o impacto afetivo que o diagnóstico de aids trazia, um verdadeiro estrago. Ou, ainda, a espera de proteção e escuta ali, no único lugar da casa onde o fogo não se alastra e onde o som da palavra dita que lambe os azulejos se propaga amplificado.

Em um primeiro momento, pensava que os médicos não se consideravam capazes de acolher a dor destes pacientes, pois pareciam acreditar pouco ter a oferecer como forma de alívio. Aos poucos, fui percebendo que talvez eles não se sentissem em conflito com a própria impotência, mas sim entendessem que a angústia implicada nesta situação de comunicação do diagnóstico devesse ser tratada por outro profissional. De fato, como escreve Pereira, "o *pathos* grego, em sua dupla dimensão de paixão e de sofrimento passivamente experimentado sofre um deslizamento semântico quando apropriado pela tradição médica, sendo igualado ao *nosos*, a doença que surge por uma alteração na materialidade do corpo"¹¹.

Ou seja, é como se, para ser tratada, a doença precisasse ser redimensionada e a cada profissional fosse reservada a incumbência de tratá-la a partir de uma determinada perspectiva. Ao médico, os órgãos; ao psicoterapeuta, a dor; ao assistente social, a cidadania.

Passamos dois anos e meio no banheiro, nos fundos deste ambulatório, fascinados, escutando pacientes gritarem de dor.

Entre a evidência universal de morte e a imposição da própria morte

Uma das primeiras associações de quem se vê portador de aids é em relação à descoberta da própria

mortalidade. "Descobri que posso morrer; nunca havia pensado nisso antes." Descoberta um pouco estranha, já que a morte corresponde à única certeza que temos! Que a vida encontra seu termo com a chegada da morte parece uma evidência incontestável, um saber um tanto óbvio. Todavia, quando o foco desta evidência é a própria morte, ela deixa o campo da universalidade e fissa o sujeito ali onde ele se acreditava protegido, vazio de dor, obrigando-o a encará-la como imposição que desafia sua potência elaborativa. Enfim, cai o pano e o anseio pela vida ressurge intensificado.

As primeiras sessões com aqueles que acabavam de receber o diagnóstico de HIV + caracterizavam-se, assim, pela deposição de intensas cargas de angústia, resultante do terror e do choque que a revelação do diagnóstico produzia, e da sua associação automática com a morte. Esses pacientes, quase invariavelmente, chegavam em estado de choque, "chocados". A expressão mais habitual era o choro contínuo e a perplexidade. "Por que comigo?" Em *Além do princípio do prazer*¹², Freud faz uma menção breve a respeito do susto, definindo-o como estado que invade o sujeito quando se depara com um perigo em relação ao qual não estava preparado. Ferenczi¹³ (1920,1932) trabalha a idéia da comoção psíquica, da perda do sentimento de si que uma situação de choque pode produzir, quando antecedida por um sentimento de segurança extremada. Concordando com ambos, observo que estes momentos de inundação afetiva parecem, todavia, pobres em pensamento, em elaboração. Nada vale como representação. Diante da tragédia, tudo parece irreal e destituído de valor. Da perspectiva econômica, esta situação assemelha-se ao estado traumático por invadir o psiquismo com um excesso de carga afetiva incontornável.

Sugiro que o choque paralisador é a expressão de um buraco

ou vazio que se instaura no psiquismo, após o diagnóstico, com o desmoronamento das certezas e garantias imaginárias, a partir das quais o sujeito se via, em certa medida, protegido dos perigos.¹⁴ Afrouxam-se as defesas que mantêm o psiquismo relativamente preservado da ação das fantasias de desintegração e aniquilamento, emergindo da cena psíquica a própria morte, que repercute como *urgência* para o pensamento. Isto é, se, por um lado, a morte corresponde à única certeza da qual se tem notícia, por outro, é suprimida das preocupações rotineiras para que o sentido de permanência, de perenidade, possa dar sustentação ao sonho, ao plano, à vida como projeto.

A perspectiva de perder a vida, deixar de existir; perder quem se avizinha; perder o lugar, conquista-

incluindo a aids, o sujeito se vê obrigado a pensar a própria morte, que significados dar a sua vida, qual o sentido de ver seu fim. Suportar o descabido, pensar o inominável; enfrentar, ou não, esta imposição que submete e ameaça com um afeto de morte. Neste momento, o que há para ser analisado? Por que o pensamento parece cessar diante do excesso afetivo?

Como reação à resposta emocional de perplexidade dos pacientes considerando este cenário clínico, surgiam-me pensamentos contraditórios, que me intrigavam e que pareciam refletir, no limite, a face patética¹⁵ da morte e o contra-senso que reveste seu enigma. Minha réplica, em pensamento, para a descoberta dos pacientes acerca da própria mortalidade era, de um lado, uma ironia, isto é, uma representa-

Um caminho para tentarmos atribuir uma ponta de sentido a esta dupla associação em relação à morte é o oferecido por Freud em seu "*Das Unheimliche*", "O Estranho" (1919). Neste texto, entre outros aspectos, indaga-se em relação às qualidades do sentir na fruição estética do belo e das figurações da morte; o que nesta fruição atrai, mas, ao mesmo tempo, é sentido como assustador, provocando medo e horror. Vê um paralelismo, para além daquele proposto por Jentsch, entre o que evoca estranheza e tudo aquilo que não é familiar. Recorre a Schelling para quem "*unheimlich* é tudo o que deveria ter permanecido secreto e oculto mas veio à luz"¹⁶. Estranho e familiar aqui, passam a coincidir.

Apelo, portanto, à evocação do estranho para traduzir este duplo movimento do psicoterapeuta, nos atendimentos a estes pacientes, em relação ao problema do anúncio da morte, qual seja: o de *identificação*, uma vez que nos é familiar a certeza, que muito nos inquieta, de que vamos morrer, e o de *recusa*¹⁷ do efeito de verdade desta revelação, pois, mesmo sabendo que um dia vamos morrer, ainda assim, não aderimos a esta evidência. Instala-se um impasse técnico que impele o psicoterapeuta a colar-se à identificação ou a abrir um abismo entre ele e paciente. Como encaminhar este problema?

O recurso retórico, em geral à disposição para tentar driblar este impasse, faz referência à natureza humana em sua condição geral de mortalidade. "Você morre, eu morro", princípio que se inclui no cenário clínico e que se aplica ao paciente e ao psicoterapeuta. Ponto pacífico, condição universal de todo ser vivente, igual para todos. Se dilemas clínicos como estes impelem o psicoterapeuta a se utilizar do recurso de universalizar a morte, temos, ainda, de quebra, o argumento de que é absolutamente fundamental, dentre outras disposições,

Apelo ao estranho para traduzir o duplo movimento do psicoterapeuta em relação ao anúncio da morte: o da *identificação*, pois é familiar a certeza de que vamos morrer, e o da *recusa* do efeito de verdade dessa revelação.

do, no outro, por quem se é alguma coisa; perder a possibilidade de futurizar, projetar, pode significar ameaça de tal monta que, geralmente recusada, não encontra, no início, palavras como tradução. No âmbito das doenças incuráveis,

ção que sublinhasse a face óbvia da mortalidade; de outro, a expressão da impotência diante de sua porção de mistério e de inacessibilidade: "Agora que você descobriu, me conta como ela (morte) pode ser, porque eu não sei e tenho medo."

que nos entreguemos a nosso paciente levando conosco o que de mais semelhante pode nos unir a ele.

E, no cenário da doença incurável, esta semelhança pode advir da condição de mortal que nos faz iguais. Bem, desta perspectiva então, no que tange à morte, caberia destacarmos simetria quanto à mor-

e, assim, deles afastar a solidão. Mas, qual nada! Estas intervenções revelaram-se ineficazes, uma vez que produzem um sentido *normalizador* para a experiência, quando, deveriam, ao contrário, submetê-la à força de *pathos*. Passividade, padecimento, paixões. É na direção de um sujeito trágico, que sofre os

de sua obviedade. E, por isso, livrá-la de seu vetor que faz oposição ao desejo de vida, de cujo vértice nasce a dor do anseio pela vida fugidia.

Recusados e não legitimados por quem grita, estes apelos que tentam *amortecer* o sofrimento desinvestem o continente clínico de seu poder de *amplifica-dor*, fazendo naufragar, em decorrência do amortecimento, toda possibilidade criadora de novos elos de pensamentos e reverberações de afeto. A clínica com estas pessoas tem mostrado que a dor cortante dos momentos iniciais do choque pelo diagnóstico merece outro tipo de procedimento por parte do psicoterapeuta. Como escreve Chnaiderman (1997), acerca do terrífico não simbolizável no primeiro instante que irrompe: “Na experiência do ‘estranhamente familiar’ o mundo objetivo desaparece, o objeto cai, desaba. Surge a angústia enquanto representante pulsional afetivo indeterminado. Angústia que tem a ver com o traumático da constituição do sujeito, a sempre repetida experiência do trauma do nascimento. Um abalo sísmico sem possibilidade de ser significado, momento mítico, testemunha da violência primária. Um excesso pulsional deixa o sujeito à deriva. Tombamos no mundo de puras intensidades, campo de afeto não verbalizável.”¹⁹

Freud dedica parte de seu trabalho de 1895, *Projeto para uma psicologia científica*, à análise da constituição dos processos de pensamento tendo como solo a experiência de satisfação e de dor no regime objetual. Tal concepção me parece útil para pensar estas situações clínicas que exigem do psicoterapeuta uma disposição específica de conexão com o desassossego e a aflição do paciente. Refiro-me à capacidade de *reconhecer a dor*²⁰ sem, no entanto, perder-se nela, nem, tampouco, recusá-la banalizando-a.

Para Freud, é com a própria dor que aprendemos a pensar, conhecer e reconhecer o objeto, torná-lo

É na direção de um sujeito trágico, que sofre efeitos de sua passividade que podemos nos inclinar, conceber a crise como excesso da paixão incontrolada, que não pode ser reconhecida, a não ser por um outro.

talidade, entre paciente e psicoterapeuta. Mas quando, da perda de garantia de quem se descobre ameaçado de morte, transborda dor e pavor na sessão, como apelar para a natureza humana em sua condição de mortalidade, sem, todavia, mesmo involuntariamente, banalizar esta dor? O equilíbrio mostra-se extremamente delicado. De que simetria, afinal, se trata?

“Todos vamos morrer um dia”, “A morte é a única certeza que temos”, “Sua condição não mudou, você sempre esteve vulnerável à morte”, são intervenções claramente defensivas que abracei inúmeras vezes como oferta de alívio, acreditando que a reflexão acerca da condição humana pudesse integrar estes pacientes com seus semelhantes,

efeitos de sua passividade e pode, por meio dela, transformar-se indefinidamente, que devemos nos inclinar. Ver na doença impregnação do mais particular padecer, fonte de singularização. E a crise, concebê-la como manifestação disruptiva da desmedida, do excesso da paixão incontrolável que não pode ser reconhecida, a não ser por um outro. Como querem Fédida (1988) e Berlinck (1998)¹⁸, só quando reconhecida por um outro a paixão pode se transformar em experiência e os ecos da transferência vibrarem em uma frequência privilegiada capaz de gerar representação. *Neste caso, tratar a morte como problema existencial, não cedê-la a pathos, é entregar seus desígnios a uma atitude condescendente de aceitação*

um outro semelhante. Isto é, “em uma situação em que a dor nos impediria de receber boas indicações da qualidade do objeto, a informação do próprio grito serve para caracterizá-lo”²¹. Estar com o paciente que se vê espremido entre a vida e a morte, e que tenta encontrar um espaço possível para a vida a tempo de um tempo irremediável, solicita mais do que uma atitude receptiva. Além da disponibilidade necessária, implica tomá-lo como semelhante, não só na condição de mortal, mas também, e principal-

Sofrer com o próprio grito é reconhecê-lo em quem sofre. Precisamos transformar o sofrimento em experiência e o grito em linguagem.

mente, familiarizar-se com o *desamparo* implicado na *dor da ameaça de perda da vida*. Daí, sofrer com o próprio grito é reconhecê-lo em quem sofre, oferecer-lhe sentido e dele depurar afeto, visando transformar o sofrimento em experiência e o grito em linguagem.

Compreender a aflição do paciente é dar o devido apreço a sua

dor. É agarrar-se a ela e contê-la nas malhas de uma apreensão que aprecia. No latejar rítmico de seu afluxo, reconhecer seus caminhos e desca-minhos. Conduzir-se ao fundo das próprias privações, ser atraído para lá e rastreá-las. Perguntar-se pela própria morte e entender que o desejo de pensar sobre seu significado produz um temor tão intenso, pelo próprio conteúdo do desejo, que, se por um lado, a idéia do desaparecimento de si parece totalmente inapreensível, por outro, pode ter deixado rastros de puro terror - afetos disponíveis como alarme, angústia-sinal em estado bruto. Nas palavras de Schur: “o que Freud chamou de cerne da situação de perigo é o sentimento de desamparo. Isto certamente se aplica à nossa atitude diante da morte. O fato de que seja a morte impenetrável como experiência torna o sentimento de desamparo supremo”²².

Se a morte se constitui na vida enquanto experiência de desamparo, a tarefa de pensá-la na clínica traduz o desejo fundamental de investir a idéia de morte, cuja presença pode conduzir a um esforço de representação capaz de proporcionar tolerância em relação a suportar e proteger-se exatamente do desamparo. Aqui, a relação dialética entre vida e morte desenha um pêndulo sem cujo balanço tornar-se-ia improvável conseguir gravitar operando terapeuticamente. ■

NOTAS

1. L. Tolstói, “A morte de Ivan Ilich”, in *A morte de Ivan Ilich e Senhores e servos*, Rio de Janeiro, Ediouro, s.d., p. 56.
2. A natureza de transmissibilidade sexual da aids assemelha suas representações sociais às da sífilis. Mas, a aids também nos remete ao caráter repulsivo da lepra por inspirar vergonha e asco. Cf. S. Sontag, *Aids e suas metáforas*, São Paulo, Companhia das Letras, 1989, p. 53-71.
3. P. Fédida, “Amor e morte na transferência”, *Clínica Psicanalítica – Estudos*, São Paulo, Escuta, 1988, p. 61.

4. P. Fédida, *op. cit.*, p. 89.
5. P. Fédida, “A linguagem à obra da figura”, *Nome, figura e memória – a linguagem na situação psicanalítica*, São Paulo, Ed. Escuta, 1991, p. 80.
6. Encontramos na produção de M. Schur um estudo extenso sobre a relação pessoal de Freud com a questão da morte, bem como o desenvolvimento da noção na obra freudiana, inclusive do ponto de vista metapsicológico. *Freud: vida e agonia*, 3 vol., Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1981.
7. A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*, São Paulo, Ed. Escuta, 1988, p. 284.
8. S. Freud, (1923), “O Ego e o Id”, *ESB*, vol. XIX, Rio de Janeiro, Imago, 1976, p. 75.
9. S. Freud, (1926) “Inibição, sintoma e angústia”, *op. cit.*, vol. XX, p.164.
10. Em relação à exclusão social da morte ver “A morte invertida” em P. Ariès, *O homem perante a morte II*, Publicações Europa-América, Portugal, 1977, p. 309-358.
11. M. E. C. Pereira, “Formulando uma Psicopatologia Fundamental”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. I, nº 1, São Paulo, março/1998, p. 74.
12. S. Freud, (1920), *Além do princípio de prazer*, *op. cit.*, vol. XX, p. 188.
13. S. Ferenczi, “Reflexões sobre o trauma”, *Obras Completas*, Trad. de Álvaro Cabral, vol. IV, São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1992, p. 109-117.
14. M. E. C. Pereira, articula, com clareza e rigor, a noção de desamparo com o conceito de Winnicott do temor de desabamento, do colapso (“*fear of breakdown*”) que retorna nas situações de perigo. Ver *Pânico e Desamparo*, São Paulo, Ed. Escuta, 1999, p. 245-252.
15. Segundo F. Martins, patético (que vem de *pathos*) “tomando um cunho menos morboso, envia ao que é comovente, ao que toca a alma, trazendo intensidade dramática intrínseca”. “O que é *pathos*”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. II, no. 4, dezembro de 1999, p. 62-80.
16. Cf. S. Freud, “O estranho”(1919), *op. cit.*, vol. XVII, p. 282.
17. Em “Fetichismo” (1927), *op. cit.*, vol. XXI, Freud estabelece o conceito de “recusa” como defesa do ego contra o conhecimento do menino de que a mulher não possui pênis (p. 182). Ficamos, no entanto, atraídos, também, para a noção de “arremesso” para fora do ego de tudo aquilo que lhe é desagradável e que faz Freud equivaler como idênticos o “que é mau, que é estranho ao ego, e aquilo que é externo”. Cf. “A negativa” (1925), *op. cit.*, vol. XIX, p. 297.
18. Sobre a paixão ver P. Fédida, “Amor e morte na transferência”, *op. cit.*, p. 25-32 e M. T. Berlink. “O que é Psicopatologia Fundamental”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. I, nº 1, São Paulo, março/1998, p. 46-59.
19. M. Chnaiderman, “O estranho Familiar”, in *Freud: um ciclo de Leituras*, S. L. Alonso e A. M. S. Leal (orgs.), São Paulo, Ed. Escuta/Fapesp, p. 226.
20. Para o leitor que se interessar por uma articulação rigorosa do tema da dor à luz de algumas das propostas teóricas do “Projeto”, lembro o artigo de D. Delouya, “A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto”. Neste artigo o autor apura a noção freudiana que concede à dor um papel essencial na construção do objeto e na aquisição das funções do eu – cognição, pensamento reprodutivo, memória e juízo. Interessa-nos, especialmente, a perspectiva em que a dor do outro/objeto é reproduzida no sujeito o que, em termos técnicos, significa tratar a contratransferência do psicoterapeuta enquanto eco da dor do paciente. “...Reproduzir dentro de si a dor dos anseios do doente.” in M. T. Berlink (org.), *Dor*, São Paulo, Ed. Escuta, 1999, p. 23-33.
21. S. Freud, “Projeto para uma psicologia científica” (1895), *op. cit.*, vol. I, p. 438, 481.
22. M. Schur, *op. cit.*, vol. 2, p. 461.