

Temporalidade narcísica

Cláudia Paula Santos

Um portador do HIV/Aids, ao confrontar-se com o traumático em sua relação com a morte, busca refúgio na temporalidade narcísica; a experiência clínica permite uma intervenção inusitada...

Temporalidade narcísica

“... O sentido de ser tinha completamente desaparecido e em seu lugar reinavam - apesar de todas as coisas - dominantes e perpétuos - os autocratas LUGAR e TEMPO. Pois aquilo que não era - pois aquilo que não tinha forma - pois aquilo que não tinha pensamento - pois aquilo que não tinha sentimento - pois aquilo que não tinha alma, cuja matéria não formava porção por toda esta negação, por toda esta imortalidade, a cova era ainda um lar, com as corrosivas horas como companheiras...”

E. Allan Poe, “O colóquio de Mono e Una”

As questões que pretendo abordar¹ surgiram no decorrer do trabalho clínico que desenvolvo no Ambulatório e Hospital-Dia - Casa da AIDS - Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Fundação E. J. Zerbin.

Em 1995, fui contratada como psicóloga por esta instituição. A Casa da AIDS nasceu de um projeto multidisciplinar, construído por uma equipe que traba-

lhava há vários anos atendendo pessoas com HIV/Aids², na Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas - FMUSP. Surgiu a partir do constante aumento de demanda de atendimento, tendo como pressuposto um trabalho integrado da equipe, no sentido de criar uma estrutura que contemplasse as problemáticas que a Aids coloca. Em 1994, num pequeno sobrado em Pinheiros começa a funcionar o Ambulatório e Hospital-Dia, com uma equipe multidisciplinar composta por médicos infectologistas, psicólogos, assistentes sociais e enfermagem.

Minha entrada aconteceu um ano depois e, logo de início, me deparei com uma situação peculiar pois uma nova equipe de psicologia iria se formar, e eu era a primeira a assumir o cargo. Da antiga equipe, duas psicólogas já haviam saído para desenvolver outros trabalhos, e encontrava-se ainda uma psicóloga com quem contei, para conjuntamente construirmos uma ponte en-

Cláudia Paula Santos é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, mestranda e pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, psicóloga e supervisora do Aprimoramento da Casa da AIDS - DMIP/HCFMUSP, coordenadora do Grupo Interdisciplinar em Saúde Mental - GRIS.

tre a equipe anterior e a nova equipe. Nesse processo iniciei os atendimentos com pacientes novos e assumi alguns pacientes que estavam em atendimento ou já haviam sido atendidos. Esta passagem aconteceu de forma bastante cuidadosa e processual. A idéia central era garantir que houvesse a possibilidade de os pacientes tomarem conhecimento das mudanças e disporem de um tempo no processo psico-terapêutico em andamento para elaborar essas mudanças. No caso clínico que irei relatar foi possível o trabalho de elaboração das questões transferenciais envolvidas nessa mudança. Se, por um lado, garantir este processo nos parece óbvio, por outro, temos inúmeros exemplos na rede pública de verdadeiros abandonos, quando ocorrem mudanças políticas que resultam em desestruturas ou em fechamento de serviços determinados de um dia para o outro, sem que as equipes possam sequer tomar conhecimento das mudanças com alguma antecedência, inviabilizando o processo com os pacientes.

Pelas características da equipe multiprofissional, do projeto e das questões que a Aids coloca para os profissionais de saúde, a Casa da Aids vai se estruturando de forma diferenciada. Existe desde o começo, e se mantém até hoje, uma preocupação por parte da equipe com a criação de um fluxo e uma estrutura no serviço que considere as especificidades que o atendimento a portadores do HIV/Aids coloca, tais como: a questão do sigilo, a comunicação do diagnóstico, a intensa fragilidade em que o paciente se encontra ao saber seu diagnóstico, a dificuldade de saída do trabalho para ir às consultas, a deposição maciça das angústias sobre os profissionais, as dificuldades relacionadas à aderência ao tratamento, entre outras. No cotidiano do atendimento essas questões surgem de diferentes modos nos diversos espaços institucionais.

O trabalho desenvolvido por psicanalistas em instituições, no meu modo de ver, pressupõe uma compreensão dos diversos modos que a subjetividade se apresenta nesse espaço. Dessa forma, é a partir de uma escuta analítica, da identificação e compreensão dessa diversidade que é possível colaborarmos para a construção de uma equipe sintonizada.

Criar modalidades de atendimento que preservem a especificidade de nosso trabalho e tente

Pensar a questão da Aids nos remete às temáticas da sexualidade, da morte e do contágio.

contemplar a demanda não é uma tarefa simples. Apresentar para a equipe como trabalhamos, a importância do enquadre, o sentido que se revela nas faltas às sessões, a importância do atendimento a longo prazo, tem se mostrado fundamental inclusive para a compreensão da dinâmica de cada atendimento. Podemos também, no trabalho em equipe, construir com outros profissionais dispositivos terapêuticos que possibilitem a expressão e elaboração do que é singular a cada paciente, a cada momento do tratamento, de maneira que isto opere mudanças.

No caso clínico que vou relatar houve um contínuo trabalho em equipe. Foi possível em diferentes momentos construir conjuntamente intervenções, criando condições de abordagens específicas de uma determinada situação. A possibilidade de diferenciar sintomas orgânicos relacionados à doença e uma sintomatologia que aparece no corpo mas que está vinculada a conflitos psíquicos é fundamental na condução dos casos, e será ilustrada no decorrer deste artigo.

As reflexões que pretendo abordar neste texto dizem respeito ao traumático, à temporalidade narcísica e à ameaça de morte que a Aids significa. Estas questões serão tratadas à luz do recorte de um relato de caso clínico.

Há alguns anos atrás travava-se uma discussão acerca da possibilidade de realização de análise com pessoas portadoras do HIV.

Célia Kloury³ colocou que certa vez um supervisor lhe perguntou: "Por que tomar esse paciente em análise se ele vai morrer?"

"Eu não sabia, mas talvez para esse psicanalista a análise só se destinaria a seres imortais."

No meu modo de ver e de outros colegas, a leitura feita pelo supervisor é completamente equivocada, mas ilustrativa do imaginário em torno da Aids.

Como entendê-lo?

Como podemos pensar as especificidades que a Aids nos coloca clinicamente?

Como entender o traumático e sua relação com a ameaça de morte?

Imaginário da Aids

Pensar a questão da Aids nos remete automaticamente às temáticas da sexualidade, da morte e do contágio.

Esta tríade é determinante na criação de um campo imaginário de representações acerca do diagnós-

tico e do desenrolar da doença, marcadas pelo medo, impotência e preconceito. Temos que pensar o impensável e corremos o risco de ser contaminados por aquilo que está visível no “outro” e que procuramos esconder.

No início a Aids foi atribuída aos homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, gerando uma série de equívocos. Nomeada como peste *gay*, serviu como pano de fundo à exclusão, à discriminação e ao preconceito.

Repetimos novamente a fórmula mágica que nos livra de todo o mal: atribuímos a Aids a um outro. Marcada no imaginário social como um novo mal que assola a humanidade, a disseminação da Aids tomou proporções mundiais e revelou outros padrões de incidência.

No decorrer dos anos, pudemos ver o crescimento da incidência em heterossexuais, especialmente entre as mulheres e, por conseguinte, em crianças.

Tendo como meio de transmissão predominante a via sexual, a Aids, por suas características de doença contagiosa e até o momento sem cura, ficou associada à idéia de punição em decorrência do desejo sexual tido como transgressor.

Como aponta Sontag⁴, a denominação de peste historicamente é utilizada para epidemias, e remete à idéia de doença como castigo, punição.

Tendo, assim como a sífilis e a lepra, a imagem de repulsiva e punitiva, doença que representa uma invasão que atingiu desde o exterior uma comunidade, a Aids, ao adquirir o estatuto de peste no imaginário social, revela uma ligação entre o imaginário da doença e o imaginário do estrangeiro.

Freud, em seu texto “O estranho” (1919)⁵, coloca que o estranho encontra-se no campo das coisas que são vivenciadas como terríficas, e se refere ao conhecido e familiar, que retorna após ter sido recalçado. Nesse sentido todos

os esforços são feitos para se evitar o contato/contágio, enfim, cabe ao estranho ser destruído, isolado e excluído.

Em função do risco de contágio, a Aids tem de ser anunciada ao paciente. Com o diagnóstico o sujeito sente-se desnudado no seu íntimo, pois o que até agora pertencia ao âmbito da vida privada, sua sexualidade, seus hábitos, e costu-

A Aids, nomeada
como peste *gay*,
serviu como
pano de fundo à
exclusão, à
discriminação e ao
preconceito.

mes serão denunciados por esse corpo que adocece. É neste contexto que surgem fantasias de perdas sucessivas, como a perda do trabalho, perda dos amigos e familiares, perda da vida sexual, perda dos projetos, enfim, perda do próprio corpo que agora pode adoecer e morrer.

O diagnóstico de HIV+ será significado conforme a possibilidade de decodificação destas representações, filtradas a partir da constituição do sujeito.

A repercussão da Aids apresenta-se, na clínica, através de um ataque ao narcisismo, que em geral o diagnóstico significa, gerando uma demanda de desconstrução da rede de representações sociais imaginizadas e de elaboração e construção de novos significados

que possibilitem uma reestruturação psíquica.

Atualmente, com os constantes avanços no tratamento, com a conquista de melhores condições de vida para as pessoas que vivem com HIV/Aids, associado à divulgação do número crescente de heterossexuais contaminados, especialmente mulheres, temos visto um número crescente de pessoas que nos procuram para tratamento com questões ligadas ao HIV/Aids, seja por saberem-se soropositivas, por serem parceiras(os) negativos de portadores do HIV, ou por temerem a Aids.

Apesar dessas mudanças, o imaginário sobre a Aids pouco mudou.

Com outra roupagem, mas permeada pela mesma questão – o medo de nos defrontarmos com aquilo que não queremos ver – tendo como carro-chefe a mídia, que há alguns anos atrás divulgou a chegada de novos medicamentos como se fosse a cura da Aids – assistimos a uma banalização da epidemia.

Banalização que se faz sentir em duas vertentes: por um lado o abandono de práticas preventivas gerando um aumento da incidência da Aids em setores onde estava controlada e, por outro, de forma latente, tornando mudo o sofrimento e a dor de quem se sabe portador do HIV, ao lidar com esta questão como se agora bastasse “tomar o remédio direitinho”.

Os avanços da medicina na profilaxia de infecções e as descobertas de novas drogas antiretrovirais, oferecem aos portadores a possibilidade de uma vida mais longa e com melhor qualidade, porém sabemos que nem todos conseguem reconstruir um projeto de vida.

Sobre o diagnóstico e o desejo de não saber

Farei agora um breve relato do caso⁶. Alguns dados biográficos do paciente serão modificados para resguardar sua identidade.

Túlio, ao saber que mantinha um relacionamento com alguém que tinha Aids, adquire a certeza de ter se contaminado. Porém, fica impedido, pelo medo, de realizar seu exame e de saber o resultado.

Podemos nos perguntar: o que faz com que as pessoas não queiram conhecer seu diagnóstico?

Túlio chegou ao serviço de psicologia, pela primeira vez, orientado por um médico de outro servi-

A Aids ficou associada à idéia de punição em decorrência do desejo sexual tido como transgressor.

ço, que fazia o acompanhamento de seu parceiro. Túlio foi atendido por uma psicóloga durante pouco tempo, e me foi encaminhado por ela, quando de sua saída do serviço.

No primeiro atendimento, chamou-me a atenção o fato de ele apresentar um discurso organizado e lúcido, porém, destituído de qualquer modulação afetiva, mortificador dele próprio.

Nesse começo do atendimento, os conteúdos surgiam sempre associados à condição de soropositivo e às mudanças deflagradas a partir disso.

Conta-me que tinha um parceiro há 12 anos e que este mantinha

relacionamentos com várias outras pessoas. O tom em que isto é dito revela que Túlio atribui a seu parceiro a "culpa" pela contaminação.

Em relação à realização de seu diagnóstico, conta que era doador de sangue e numa das doações foi chamado, não conseguindo ir, pois tinha muito medo.

Dois anos depois, Túlio teve problemas de pele e foi requisitado o teste anti-HIV, porém, novamente ele não consegue fazê-lo. Somente quatro anos depois, quando seu parceiro começa a ter manifestações da doença, é que consegue fazer o exame.

Túlio recebe o envelope do resultado do exame e o deixa guardado numa gaveta por vários meses.

Vive, neste período, uma intensa angústia derivada da "certeza" do diagnóstico positivo e uma total impotência para deparar-se com ele. Cabe dizer que o fato de uma pessoa relacionar-se com alguém que se descobre portador do HIV não implica necessariamente sua contaminação.

Esta "certeza" de um diagnóstico positivo geralmente está pautada em fantasias de castigo e punição, e derivam do sentimento inconsciente de culpa relacionado às satisfações pulsionais. São também incrementadas pelos enunciados culturais que associam a doença ao ilícito, ao transgressor.

No caso de Túlio, essas fantasias só foram elucidadas num momento posterior de sua análise, quando pôde finalmente assumir e responsabilizar-se pela sua parte na contaminação, pois sempre soube do risco e nada fez para evitá-lo, pois se sentia invulnerável.

Quando consegue abrir o envelope e descobrir-se portador do HIV, Túlio diz que se sente muito aliviado.

O alívio sentido por Túlio ocorre na medida em que se desfaz o conflito entre ter ou não ter Aids. A possibilidade de ser soropositivo

deflagra uma intensa angústia. A vivência é uma sucessão ininterrupta de pensamentos que se impõem não deixando nenhum espaço psíquico para outras idéias. Oscila-se entre "tenho Aids", "não tenho Aids", num esforço para a manutenção da negação como defesa. A certeza imaginária do diagnóstico surge e mostra-se como uma tentativa de apreensão do que o diagnóstico pode significar, no sentido de amortecer a dor que este provoca pelas sucessivas perdas a que ele remete. Porém, traz em si a marca da impotência para lidar com esta nova situação, criando um beco sem saída, pois nada pode ser feito no sentido de se posicionar e assumir esta nova condição, pois ela não está confirmada. O alívio decorre da possibilidade, mesmo que momentânea, de poder se reposicionar.

Esta dinâmica onde o mecanismo principal é a negação, como impossibilidade de contato com uma determinada realidade, vai permanecer como prioritária frente a toda ameaça de surgimento de angústia.

O medo da revelação – das palavras ao corpo

Túlio conta que, durante o período de seu diagnóstico, sua situação no trabalho foi se tornando difícil. Ele exercia um alto cargo, ligado diretamente ao dono, a partir do qual determinava as condições de trabalho de um grande número de funcionários. Este trabalho era significado por ele como uma conquista de poder.

Passa, então, a temer o surgimento de sintomas e a revelação de seu diagnóstico. Sente-se tão acuado que começa a ter problemas na pele e acaba pedindo demissão.

Estes problemas de pele se mostraram ser uma forma de expressar os conflitos desencadeados pela possibilidade de soropositividade, e tornaram-se constantes com a confirmação do diagnóstico.

Quando atendemos pessoas portadoras do HIV, ou pessoas que estão em processo de diagnóstico, podemos encontrar alguns sintomas que são atribuídos à presença do HIV, tais como: diarreias, lesões na pele, emagrecimento e insônia.

Na condução destes casos, torna-se fundamental poder distinguir se estes sintomas estão ou não associados à Aids em seus aspectos orgânicos, uma vez que podem ser expressão de conflitos psíquicos. Nesse sentido, contar com uma

nada pelo trauma provocado pelo impacto do diagnóstico. O sujeito sente-se invadido desde um exterior por um vírus que significa uma ameaça à integridade do eu, uma vez que coloca em cena a angústia de morte.

Proponho compreender esta problemática através da idéia de ataque que as fantasias acerca do diagnóstico do HIV representam ao eu, que se vê simultaneamente atacado externamente por um vírus e internamente pelas moções pul-

nunca tiveram a coragem de se separar”.

Túlio atribui as brigas à sua mãe “que é uma mulher doente, que passa o dia todo insatisfeita, resmungando”. Lembra que quando era criança até comida sua mãe negava ao pai. “Meu pai não fazia nada, ficava sentado na cadeira.”

Só consegue se lembrar da mãe como aquela que o despoja de todos os objetos que foram investidos por ele, ou seja, aqueles que eram referidos por Túlio como tendo um significado bom.

Em sua narrativa, Túlio conta que todas as coisas a que ele se afeiçoava, e sua mãe percebia como algo importante para ele, eram retiradas, jogadas fora ou destruídas. Conta-me sobre vários brinquedos, entre eles havia um patinho de borracha, a que Túlio tinha muito apego, pois ganhou quando era bebê. Guardava-o de um modo especial no fundo de seu armário. Um dia sua mãe, mexendo no armário, descobre o brinquedo, recrimina Túlio por ainda brincar com um brinquedo de bebê e o joga fora. Túlio sofre intensamente esta perda e nenhuma acolhida à sua dor é possível, seja por parte da mãe ou do pai.

Túlio conclui, após diferentes vivências semelhantes à citada acima, que sua mãe era incapaz de vê-lo feliz e tinha prazer no seu sofrimento.

Conta também que sua mãe fazia acusações constantes do abandono por parte de Túlio, por ser ela uma mulher doente e que, portanto, iria morrer pela falta de cuidados dele.

Cabe dizer que toda tentativa de cuidado era recusada pela mãe e, ao acusá-lo, estabelecia uma relação direta entre sua “desgraça” e as atitudes dele, gerando fantasias em Túlio, de que ele era mau, só causava sofrimento e que um dia seria punido por essas maldades.

O pai praticamente não aparece no relato, e quando aparece

Nestes casos, é fundamental diferenciar os sintomas orgânicos relacionados à doença e uma sintomatologia que aparece no corpo, mas está vinculada a conflitos psíquicos.

equipe que leva em consideração a subjetividade é condição para o estabelecimento de um dispositivo terapêutico que possa, através de um diagnóstico diferencial, distinguir os sintomas, possibilitando sua nomeação no processo de análise.

No caso de Túlio foi possível atribuir às lesões de pele o sentido de sintomas corporais desencadeados pelo conflito psíquico relativo ao diagnóstico. Por um lado, esta sintomatologia antecipa o que se fantasia acerca do diagnóstico e da doença, e nessa antecipação ganha estatuto de fato, no real do corpo. Por outro, busca dar contorno à intensa angústia deflagrada nessa situação de desamparo.

É possível pensar que é através da produção de sintomas corporais que o sujeito busca refazer a delimitação interno e externo, transtor-

sionais, por seu efeito traumático, fazendo desaparecer a delimitação de um dentro e um fora do corpo, característico à primeira noção de eu proposta por Freud – o ego corporal.

“O eu é, antes de tudo, um eu corporal; não é tão só um ser de superfície, mas é, a projeção de uma superfície. (...) Pode ser considerado a projeção mental de uma superfície corporal.”⁷

No decorrer da análise fomos descobrindo, também, que o seu trabalho possibilitava a manutenção ilusória de uma imagem de onipotência e de controle, na medida em que outras pessoas ficavam submetidas aos seus “mandamentos”.

Em relação a sua família, diz: “Minha casa é um inferno desde que eu me entendo por gente. A vida toda meus pais brigaram mas

é como aquele que a vida toda submeteu-se a essa mãe, nunca se impo-
ndo.

Mais recentemente, no decorrer do tratamento psicoterapêutico de Túlio, a mãe contrai uma doença contagiosa (tuberculose pulmonar) e se recusa a fazer o tratamento, concretizando uma ameaça de

O passado
é vislumbre de
contágio, o futuro é
iminência da
morte: a ilusão de
imortalidade se impõe.

morte a Túlio pelo risco de contágio, há muito tempo sinalizada em seu discurso, como punição à falta de cuidados com ela.

O traumático, a temporalidade narcísica e a ameaça de morte

Freud, no decorrer de sua obra, propõe diferentes conceitualizações para o traumático.

Refere-se ao traumático, desde um ponto de vista econômico, como um fluxo de excitações que incide de forma súbita sobre o aparelho psíquico, que encontra-se despreparado para assimilar uma grande quantidade de excitação.

Em *Além do Princípio do Prazer*⁸, Freud ressalta a importância do elemento susto, na constituição

do traumático, causado pela falta de qualquer preparação para a ansiedade, deixando vulnerável o escudo protetor, que por suas baixas catexias encontra-se despreparado para vincular grandes aflusos de excitações, resultando na ruptura do escudo. Nesse sentido todas as forças serão convocadas para tentar breçar a hemorragia de energia.

Podemos pensar que a Aids, pela ameaça de morte que traz, associada à impossibilidade de referirmos nossa própria morte, vai incidir sobre o aparelho psíquico gerando um fluxo de excitações que, impedido de ligação, irá se transformar em angústia (angústia automática).

Na impossibilidade de simbolização, irá prevalecer o registro econômico, onde o aparelho psíquico buscará como forma de escoamento desse *quantum* excessivo, a produção de sintomas corporais.

Do ponto de vista tópico, as representações acerca do diagnóstico irão incidir também sobre o Ideal de Eu. Por suas características valorativas, a decepção e o rompimento de ilusões derivado das fantasias de sucessivas perdas associadas às representações imaginárias do diagnóstico significam um ataque ao narcisismo, uma ferida narcísica, e quanto maior a idealização maior será o ataque.

Em diversas situações clínicas, pode observar que o diagnóstico de HIV+ revela uma fragmentação do Eu pela intensidade do ataque, e gera um retorno das catexias objetivas ao próprio eu, que já não pode ser amado, em decorrência da crítica de um supereu maciço e arcaico.

O afeto predominante é a angústia impedida de ligação, uma vez que retornar ao passado é vislumbrar a sua contaminação, e remeter-se ao futuro é deparar-se com a iminência da morte.

Presentifica-se o tempo. Pela negação da passagem do tempo instaura-se um tempo eterno, que

remonta ao momento do narcisismo, onde a criança não se encontra submetida a nenhuma ameaça. Imerso na completude narcísica o sujeito tentará restaurar a ilusão de imortalidade.

Green em seu livro *Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte* irá propor que “a vulnerabilidade do Eu afligido pelos múltiplos efeitos da destrutividade, só torna mais necessária a fantasia de sua imortalidade”⁹. Irá propor que a crença na imortalidade está enraizada no eu inconsciente.

Retoma a definição de duplo e sua relação com a imortalidade do Eu, proposta no texto de Freud “O estranho”, e coloca que existe “uma autêntica recusa da morte no seio de um Eu que se sabe mortal, com seu duplo que se recusa a admitir a fatalidade do término de sua existência”¹⁰.

Tendo em vista que no Inconsciente não é possível nenhuma representação da própria morte e, por outro lado, em decorrência do contato com a realidade, o Eu se vê obrigado a ter consciência da morte, fica delegada à porção inconsciente do Eu forjar a fantasia de imortalidade na tentativa de apagar a vulnerabilidade do Eu.

Esta fantasia de imortalidade mostra-se como uma idealização do Eu que se sabe em perigo, que remonta às vivências precoces de desamparo e aniquilamento e nos remete ao âmbito do narcisismo, onde a completude narcísica, resultado da fusão com o objeto primário onipotente, será agora vivenciada entre o eu e seu duplo, afastando – o da angústia de morte e de castração.

No decorrer da análise de Túlio, fica claro que este diagnóstico significava o rompimento da ilusão de imortalidade, representando um ataque ao narcisismo que, por sua intensidade, provoca um colapso, levando-o a um estado de desligamento afetivo.

Os pacientes se referem a esse momento como tendo “perdido o

chão sob os pés”, não sabem o que fazer com aquilo que lhes foi dito, não se sentem com capacidade de pensar, nem de realizar algo. Desprovidos da possibilidade de assimilar esse afluxo de excitações, são arremessados para fora da ordenação do tempo e do espaço.

Presentifica-se o tempo, na tentativa de livrar-se da angústia derivada da ameaça de morte, do sentimento de aniquilação, restringe-se o espaço, pois dele não pode mais usufruir na medida em que não pode mais ser amado.

No âmbito da certeza de morte por Aids, adquire-se uma garantia de certeza sobre a morte que impossibilita a vida.

Saber-se soropositivo é então deparar-se com a angústia de morte. Num primeiro momento, rompe-se o fio ilusório de continuidade infinita da vida, e a morte por Aids passa a ser uma certeza. A vida não oferece certezas a nenhum ser humano, com exceção de que um dia morreremos, porém esta certeza está ligada à condição de não saber como ou do que morreremos. Ao meu ver, a possibilidade de sonhar, de criar e de projetar um futuro, encontra-se vinculada a esse campo de incertezas. É no ápice de se-

gundo, quando não sabemos o que virá, que a fantasia torna-se possível e nos colocamos em movimento. No âmbito da certeza de morte por Aids adquire-se uma garantia de certeza sobre a morte, que impossibilita a vida.

Cercada pelas representações da doença, a certeza da morte por Aids tem o significado de castigo, punição.

Reconstruir, através do trabalho psicoterapêutico, na transferência, o campo das incertezas é condição fundamental para que o sujeito possa deslocar os significados atribuídos à doença.

Em geral, na condição de portador assintomático (aquele que tem o vírus e não a doença), o diagnóstico é uma “abstração”, pois nada no sujeito evoca a possibilidade de adoecer. Será no real do corpo que o sujeito busca uma delimitação, transformando sua angústia em sintomas corporais ou sintomas que referem-se ao imaginário da doença.

A certeza da morte por Aids sobrevém colocando um limite paralisante.

Na tentativa de constituição de um novo contorno para o eu, busca-se o olhar do outro, que só espelha aquilo que é projetado. Nesse sentido o que ele encontra é o espelho de seu ideal de eu dilacerado, permeado pela culpa, sente-se abandonado, rejeitado, pois é seu próprio preconceito que primeiro ataca. Ele não pode mais ser amado.

Desprovido deste olhar, do amor de si mesmo e do outro, refugia-se num tempo eterno, um eterno presente que não se esgotará.

Refúgio seguro – ilusão de imortalidade.

O tempo narcísico

Seguindo no processo de análise de Túlio, mais à frente, surge uma fantasia de estar congelado como tentativa de manter-se ileso, esta imagem nos remete à eter-

nidade do tempo narcísico. A pulsão de morte se faz presente na ilusão da completude.

O tratamento de Túlio coloca-o frente a uma escolha que representava a vida ou a morte. É o momento da entrada da nova medicação (o “famoso coquetel”), que teria de ser comprada, pois ainda não estava sendo distribuída na rede pública.

Túlio mostra-se extremamente impossibilitado de pensar sobre essa idéia. Intensifica-se um quadro de insônia e inapetência resultando numa debilitação orgânica bastante grande.

A hipótese de uma depressão grave, já levantada por mim e por outros profissionais, que talvez respondesse à medicação anti-depressiva, toma corpo e desencadeia em mim uma série de questionamentos, inclusive acerca dos limites de nossa atuação.

Coloco em discussão com Túlio esta questão.

Decidimos pela avaliação do psiquiatra enquanto uma possibilidade de intervenção mais direta e imediata.

Porém, a avaliação do psiquiatra é de depressão grave e os medicamentos só farão efeito no decorrer de algum tempo.

Não tínhamos este tempo!

Proponho-me então a ter uma postura mais diretiva, baseada em que algo o fazia estar ali buscando ajuda e na avaliação de que a relação transferencial poderia sustentar esta mudança. Pergunto-me e coloco a questão:

O que faz com que ele se mostre tão apático, desprovido de qualquer movimento?

Esta questão faz surgir uma fantasia de estar congelado, ou seja, na medida em que não come, não dorme, tem a ilusão de manter o vírus inativo, prolongando sua vida.

A pulsão de morte, em seu desligamento, toma conta do cenário.

Aponto que este congelamento implica uma escolha de morte,

pois além da ilusão acerca da inatividade do vírus, ele fica impossibilitado de sentir e expressar aquilo que é seu desejo.

Tento trazer à tona o que está submerso sobre a “camada de gelo”. Não saímos do lugar. Sua angústia fica depositada em mim. Ele relata não sentir mais nada.

O desligamento tomava proporções assustadoras.

Seu único elo era vir às sessões.

Proponho então, como último recurso, que devíamos interromper os atendimentos pois não conseguíamos avançar no trabalho.

Tinha a expectativa de que esse corte fizesse aflorar o seu ódio represado e marcasse sua demanda de análise.

Marcamos uma próxima sessão para finalizarmos.

Ele chega irado, dizendo que era um absurdo interrompermos, pois os atendimentos faziam ele pensar em muitas coisas, conta também que saía dos atendimentos sentindo-se diferente. Enfim quebramos o gelo.

Decidir por essa intervenção foi extremamente difícil, pois por um lado percebia que minhas interpretações não encontravam eco e, por outro, me sentia telespectadora do seu percurso em direção à morte. Um ódio incomensurável a essa situação, onde nada parecia fazer efeito, sujeitando-me a uma passividade, levou-me a pensar que esses afetos pertenciam a Túlio, remontavam aos seus primeiros vínculos, e não podiam encontrar expressão em seu “corpo congelado”. Colocando-me como anteparo, reúno, sob a transferência, esse excesso de afeto que o faz sofrer. Com minha intervenção convoco e direciono o ódio represado para o *setting* analítico. Com este artifício buscava abrir um campo possível para a interrupção da repetição, onde nada poderia ser processado, uma vez que a repetição atingia o próprio espaço analítico, tornando-o também congelado.

Conta-nos Myriam Uchitel em

seu livro *Além dos limites da interpretação* que “a relação transferencial, a experiência subjetiva que lá se instala, oferece-se ao mesmo tempo como verdadeiro suporte da transposição e ordenação pulsional, e como objeto central de futuras interpretações”¹¹.

Ao relatar um caso onde também propôs a interrupção, Myriam coloca que: “Se na vida dele todos ficam na espera de que algo mude, fazendo ao mesmo tempo as vezes de espectador e de parte dessa não-mudança, numa tolerância desmedida frente à sua falta de compromisso, de posicionamento e de desejo, favorecendo que ele viva no limbo sem falta, a análise precisava criar, com o suporte da transferência, a possibilidade de ausência, o sentimento de que as coisas não estavam ali de forma incondicional e permanente, e que, se ele não fizesse algo para que permanecessem, elas acabariam”¹².

Podemos pensar que no caso de Túlio o que está em jogo é a impossibilidade de se posicionar e desejar devido à ilusão de imortalidade. Tudo está congelado, inclusive a passagem do tempo, proporcionando a ilusão de que todas as coisas estão lá de forma incondicional e permanente. Nesse sentido minha intervenção busca romper este circuito e inscrever o excesso, o pulsional repleto de intensidades, na transferência, possibilitando uma experiência de investimento libidinal capaz de criar novos caminhos de circulação do pulsional envolvendo-lhe sua potência criativa.

Esta intervenção parte da idéia de que não se tratava propriamente de uma interrupção do processo, mas sim de um corte na repetição. Nessa intervenção assumo um lugar transferencial não aliado à pulsão de morte em sua vertente mortífera, estabelecendo um diferencial entre essa morte – ilusão de eternidade – e a ameaça de morte no cumprimento do discurso da mãe via recusa ao trata-

mento, possibilitando a ressignificação desses conteúdos.

Túlio no decorrer de sua análise pôde deparar-se com seu desejo de viver, passou a assumir suas escolhas e o risco inerente a elas, resolveu tomar o remédio e enfrentar seu tratamento, obtendo uma melhora orgânica importante, conseguindo construir formas mais satisfatórias de vinculação afetiva, enfim considera e coloca para mim que nunca havia se sentido tão vivo.

Muitas vezes, na condução dos casos é com ela, pulsão de morte, que primeiramente temos de lidar. Nesse sentido o analista deve estar atento ao lugar que ocupa transferencialmente para não aliar-se a ela. Este trabalho demanda uma discriminação constante por parte do analista em função da intensidade e conteúdo dessa transferência maciça.

A partir deste trabalho emergirá a rede de significações e seus elos, possibilitando uma ressignificação através da construção em análise. ■

NOTAS

1. Este artigo foi originalmente uma palestra realizada no “Inquietações da Clínica Cotidiana”, promovida pelo Grupo de Trabalho do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. A autora agradece a todos que participaram da discussão deste artigo, em especial a Renata U. Cromberg, Susana Le Roux, Veronica M. Melo e Felipe Lessa.
2. HIV/Aids é a nomenclatura utilizada para denominar pessoas que são portadoras do vírus HIV e não apresentam sintomas, assim como pessoas portadoras do HIV que estão em fase de Aids.
3. C. Kloury, “Paciente Terminal: Análise Possível – Impossível, Terminável – Interminável”, in *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, ano VIII, nº 80, São Paulo, dezembro de 1995.
4. S. Sontag, *Aids e suas metáforas*, São Paulo, Companhia das Letras, 1989, p. 54..
5. S. Freud, “O Estranho”, ESB, XVII, 1919.
6. Cabe dizer que o início deste atendimento transcorreu num momento onde não havia, ainda, a disponibilidade na rede pública das medicações antiretrovirais, o “coquetel”, caracterizando um momento diferente do atual.
7. S. Freud, “O Ego e o Id”, ESB, XIX, 1923, p. 40.
8. S. Freud, *Além do princípio do prazer*, ESB, XVIII 1920, pp. 46-47.
9. A Green, *Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte*, São Paulo, Editora Escuta, 1988, p. 295.
10. A. Green, *op. cit.*, p. 283.
11. M. Uchitel, *Além dos limites da interpretação: indagações sobre a técnica psicanalítica*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997, p. 130.
12. M. Uchitel, *op.cit.*, pp.138-139.