



Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
Brasil

Pommier, François

Situações extremas e figuras do informe

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. VI, núm. 1, marzo, 2003, pp. 86-99

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018070007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Situações extremas e figuras do informe

François Pommier

Através do deciframento de três sessões de psicoterapia analítica do início do tratamento de um paciente sofrendo de AIDS, o autor se propõe a mostrar de que modo, diante do universo fragmentário apresentado pelo sujeito em situação extrema, quer dizer, no temor do desenvolvimento de um fenômeno interno que o aproxima da morte, o psicanalista é levado a deixar se construir nele mesmo uma espécie de mundo virtual que desafia a realidade. Sob a forma de metáforas, de “figuras de imagens” que permitem a instalação do quadro da cura, a instauração de uma relação de troca e a progressão do trabalho analítico tornam-se possíveis. Este último é tomado tanto do ponto de vista das representações que estão em jogo quanto ao nível dos movimentos afetivos “transfere-contratransferencial”.

Palavras-chave: Extremo, AIDS, psicanálise, contratransferência

De que modo se constrói o trabalho psicoterápico com um sujeito em situação de resistência e portador de doença grave? De que modo, diante de certas situações extremas como as que operam por meio de uma doença como a AIDS, da qual sabemos que mesmo se hoje é possível retardar sua evolução, ainda é impossível erradicá-la, se constitui para o analista o que Pierre Fédida (2000) chama de “Figuras de imagens”¹ (p.108) que permitem, através do espaço de liberdade, que se autorize o analista em questão, a instalação do quadro da cura, a instauração de uma relação de troca, e a progressão do trabalho analítico?

Nossa experiência nos mostra que quando um sujeito teme o desenvolvimento de um fenômeno interno que o aproxima da morte a partir de um evento que o surpreendeu – no caso a descoberta da soropositividade para o vírus HIV –, o psicoterapeuta é levado a operar nele mesmo uma transformação que visa dar uma dimensão metafórica à narrativa de seu paciente para que, por intermédio desta narrativa que se torna fabulosa, se produza no interior da cura mesmo o efeito trágico indissociável da representação.

Através do trabalho de deciframento de três sessões de psicoterapia analítica do início do tratamento de um paciente sofrendo de AIDS, nos propomos a mostrar de que modo opera este processo de metaforização, quais caminhos ele toma e como, quando a morte real está em jogo, trata-se de combatê-la com suas próprias armas, sua própria lógica. Quer dizer que, diante do universo fragmentário apresentado por seu paciente, um universo que teria tendência a fechar-se em todas as direções, o psicanalista é mais do que nunca levado a fazer-se ele mesmo invisível e inapreensível, e a fazer com que as percepções em constantes transformações que ele

1. O autor fala de “figuras de imagens” em referência à “colocação em imagens” – *Verbildlichung* – (que) corresponde, segundo Binswanger, a colocar em obra, de maneira metafórica, o corporal na situação psicoterápica. As “figuras de imagens” constituem, para Fédida, o esboço de um espaço para a troca entre-dois.

tem de suas próprias “imagens” o coloquem, como sublinha Pierre Fédida, “na incerteza da ação de sua presença” (Ibid., p. 112). Trata-se de “personalizar o mínimo possível sua presença e (...) tornar-se este espelho-membrana do corpo aqui presente (....na completa transgressão....) que realiza para ele o sintoma” (Ibid., p. 26), e mesmo de desenvolver um mundo virtual, um “universo integral”, segundo os termos de Jean Baudrillard (2001, p. 75) que não seria mais “dramatizável” mas “desvitalizado”, “desdramatizado”. A respeito disto, as distinções propostas pelo pensador iconoclasta entre “fragmento” e “fractal”,² assim como entre a “transformação” e o “devir”, interessam ao clínico, freqüentemente constrangido a desenvolver um pensamento radical diante da extrema realidade da morte. A criação de um dispositivo que coloque em valor o ato de linguagem no discurso e que permita reunir em uma totalidade unificada os fragmentos do discurso como elementos que subsistem daquilo que foi perdido, parece-nos, com efeito, dever passar por um processo que se apresenta ao modo de segmentação ou de “difração contínua” (Ibid., p. 104) característico do “universo fractal” que, segundo Baudrillard, “não abre mais do que fecha” e apresenta-se como uma espécie de desafio à realidade ou de “ilusão radical” (Ibid., p. 67). Sob o modelo da ilusão antecipadora materna que se conjuga com a ilusão reconfortante da criança em tenra idade, de ser onipotente, para que o psiquismo desta se organize da melhor forma possível, a ilusão de um espaço-tempo sem dimensão, do lado do analista, a aposta que a realidade não existe em comparação à realidade extrema parece-nos indispensável a um processo de reorganização. O analista, diante de tais situações, situa-se mais no devir do que na mudança. “Um evento advém, logo, existe”, como sublinha Baudrillard, “mas (...) a existência não é tudo. Todos os eventos que não advêm continuam a devir. Certo, eles não acontecem, mas há um outro modo de ser além da existência e sua incidência sobre o próprio acontecimento, aquele que adveio, é considerável” (Ibid., p. 126).

Baudrillard acredita que o eu está “sempre assombrado por alguma coisa diferente do que ele é, (...), assombrado pelo que ele teria podido tornar-se” (Ibid., p. 127). Seguindo o mesmo modelo, de nossa parte, pensamos que diante de um sujeito em situação extrema, o analista encontra-se inevitavelmente assombrado pelo que seu paciente teria podido tornar-se e que este não pode estar em condições de reencontrar o eterno presente e aceder a uma eventual transformação se seu analista não opera no devir ou, mais precisamente, em uma

2. Termo utilizado por Jean Baudrillard para designar un universo infinito, virtual, no qual é impossível perder-se mas que se encontra, justamente por isso, desvitalizado, desdramatizado. O autor opõe o termo “fractal” ao termo “fragmento”. Este último situa-se no registro do acontecimento e oferece a possibilidade de uma dramaturgia.

ida e volta incessante entre o passado e o futuro. Conseqüentemente, o analista opera em uma espécie de economia do presente que não deixa mais lugar algum para a representação traumática, para o “já quase morto”, logo, deixando todo o lugar possível para o élan vital e para a eventual transformação.

Interessa-nos esclarecer, de antemão, que não pretendemos, a partir de um único caso clínico, definir um modelo de trabalho psicoterápico com pacientes portadores de doença grave. Nosso esforço é, ao contrário, o de mostrar de que modo, em uma situação particular como aquelas que encontramos com certos pacientes “sobreviventes” graças a um tratamento medicamentoso recentemente experimentado, o psicoterapeuta, para não perder sua mobilidade, quer dizer, para não ficar paralisado diante da precariedade da vida “busca reconhecer formas materiais primeiras” que lhe permitem construir um espaço de comunicação.

Tom tem quarenta anos. Ele é soropositivo para o HIV há alguns anos, quando eu o recebo pela primeira vez. Depois de ter estado muito perto da morte em função de várias doenças oportunistas que sobrevieram, ele está agora, graças aos novos tratamentos (triterapia), senão em situação de sobrevida, pelo menos em situação de sobrevivência à doença, ou mesmo de resistência a ela. De certo modo, ele está em *sursis* mas profundamente marcado pelas hospitalizações que inauguraram o início de sua doença e pela experiência salvadora ligada à quimioterapia que o salvou provisoriamente da morte. Ele havia pensado que seu desaparecimento se daria em curto ou médio prazo; não foi isto o que aconteceu.

Com o sorriso afixado e prolongado, as faces encovadas e o gesto fácil, Tom se instala com desenvoltura em sua poltrona, como se estivesse se oferecendo a mim. A palavra é apenas aparentemente fácil, eu sinto que ele se força a falar, que seria bem mais fácil para ele calar-se. Quando ele se cala, ele fica imediatamente absolutamente imóvel, com uma escuta à espreita, com o olhar fascinado de uma criança. Ele tem vida conjugal há três anos, com um homem que ele diz não parecer-se com ele mas com quem ele se entende bem. Tom trabalha na Europe-Assistência onde tem um cargo de responsabilidade. Ele foi também voluntário durante algum tempo em uma associação de luta contra a aids.

De início, ele não diz nada de sua situação familiar. Somente após várias sessões eu sei algo do funcionamento de uma família “fechada em seu ostracismo”, segundo suas próprias palavras. Um pai marinho frequentemente ausente e introvertido, uma mãe com um funcionamento operatório e relativamente sem afeto, mais preocupada com as necessidades e com os deveres de seus filhos do que com seus desejos, dois irmãos mais velhos do que ele com os quais os contatos são raros e enfim, uma irmã dois anos mais jovem com a qual as trocas são mais freqüentes. Observo que o interesse que Tom começa a dirigir, entre seus dez ou onze anos, às pessoas do sexo masculino, corresponde ao período

da morte de seu avô materno, o único com quem ele entretinha, na família, relações afetivas através da educação religiosa que recebia dele. À parte estas trocas afetivas com seu avô, Tom descreve uma infância sem relevo, insípida, sem muita abertura para o exterior, sem élan vital manifesto.

Foi para se conhecer melhor e sobretudo para reencontrar o prazer de viver, de existir, e também de trabalhar que ele decidiu-se a vir consultar, depois de ter hesitado durante três anos a fazê-lo. Com o correr do tempo, seu sentimento de isolamento tornou-se cada vez mais difícil de suportar, mesmo se ele já estava presente há vários anos, senão desde a infância, no mínimo desde a adolescência.

De saída, o que mais chama a atenção em Tom, é a posição de espera na qual ele se coloca diante de mim, como se ele bebesse cada palavra minha, com a boca aberta, “cavidade aberta no interior do corpo (...) lugar focal do primitivo e assim da animalidade analógica na regressão”, como sublinha Pierre Fédida (2000, p. 30).

Intervir parece-me rapidamente necessário, não para suprir a falta aparente que não está ainda coletado como deve vir a sê-lo um abcesso antes que se possa fazer nele uma intervenção, mas sim para evitar o fracasso potencial de uma entrevista manifestamente idealizada e longamente preparada pelo psicólogo que atendeu Tom em um primeiro momento, em uma instituição e que o convenceu a empreender um trabalho sobre ele mesmo. Minha primeira intervenção já está, de certo modo, deslocada. Ela é, com efeito, de saída, metafórica, visando paradoxalmente evitar que tudo venha do exterior ou mais exatamente, de um exterior próximo demais, muito fácil de apreender e logo suscetível de ser tragada, devorada e finalmente de desaparecer. Para mim trata-se, em um primeiro tempo, de ligar Tom a um exterior distante. Para isto, eu o arrasto, em um exercício de “construção da visão”, da qual fala Paul Valéry (1938, p. 66-7, apud Fédida, 2000, p. 20) quando procura definir o “informe”. Eu decido basear-me na palavra de meu paciente e o incito a ficar atento às letras, às palavras que poderiam aparecer como grifadas na narrativa que ele me expõe. Eu o deixo assim partir à procura dos traços, no tempo, de suas próprias palavras antes de qualquer inscrição gráfica, para poder, de minha parte, “apreciar (os) esboços de pré-representação provenientes da sensorialidade e da motricidade” (Fédida, 2000, p. 108).

Refiro-me aos trabalhos sobre a psicose datando de algum tempo atrás. O modelo que utilizo mais precisamente constitui-se, em parte, em torno da hipótese desenvolvida por Harold Searles (1979) segundo a qual:

Entre as mais potentes forças inatas que empurram o homem em direção a seus semelhantes, há, desde os primeiros anos de vida, e mesmo desde os primeiros meses, a tendência essencialmente psicoterápica. (...) Em termos de transferência, a doença do paciente é a expressão de uma tentativa inconsciente de curar o médico. (p. 69)

Mas Tom está longe de funcionar sob um modo autístico. Nada permite dizer que ele não teria “conseguido em sua primeira infância e em sua infância, estabelecer firmemente um si mesmo humano individual” (Ibid., p. 74). Aliás, ele suporta muito bem que eu funcione de uma maneira viva e participativa. Ele não se sente ferido em sua onipotência infantil como o seria certamente, segundo Searles, o sujeito autista, pelo fato que “eu acrescente alguma coisa ao trabalho analítico” (Ibid., p. 121), ou que eu mesmo pareça tirar alguma coisa deste trabalho. Bem ao contrário, ele parece ficar muito contente com o interesse que eu manifesto pelo que ele diz e talvez já procurar descobrir o papel importante que ele poderia desempenhar no meu funcionamento. Se o modelo da psicose é, neste ponto, interessante para o analista que trabalha com problemas colocados por certas situações extremas, como as que dizem respeito à doença grave, é essencialmente porque o risco de regressão, do lado do paciente, é freqüentemente maior, mesmo se na maior parte do tempo não há descompensação sob um modo verdadeiramente delirante.

Evidentemente, com Tom, eu estou consciente do fato que, em o incitando de um modo relativamente pragmático a decifrar seu discurso e seus atos, dou livre curso à tendência que ele poderia ter a me manter à distância e por aí mesmo manter à distância sua própria análise (Gori, 1996, p. 25). Entretanto, esta etapa parece-me, neste momento, indispensável, uma vez que meu paciente apresentase de saída em um estado comparável àquele do lactente que experimenta sensações em seu corpo de maneira difusa e fragmentária. Trata-se, neste primeiro momento da cura, de testar a solidez do sistema defensivo instalado no início da doença e que, há algum tempo, tende a desmoronar-se. Se, como sublinha Jean Baudrillard, “o essencial está no momento da aparição das coisas” (p.36), é de saída em direção ao essencial que eu tendo a reenviar meu paciente, uma vez que ainda não me sinto verdadeiramente afetado por suas palavras, apesar de estar já tomado por uma sensação de vacuidade que pode preceder o sentimento de vazio.

Minha segunda intervenção é um tanto quanto mais arriscada. Constatado isto pela ausência de anotações após esta sessão, como se eu tivesse procurado apagar o que me parecera desmedido e puramente operatório em minha intervenção. Minha preocupação é então não mais de testar a solidez de um sistema defensivo, mas antes de não ceder à tentação do acompanhamento, da única compaixão que poderia constituir, *a priori*, a resposta a fornecer à demanda manifesta que Tom formula de maneira mais ou menos explícita quando ele diz vir buscar em mim um novo sopro de vida. Intervenho de maneira relativamente categórica.

Diante deste homem imóvel, escuto-me dizer que ele me faz pensar em um motor parado ou que se recolocaria regularmente a funcionar mas que cessaria de funcionar quase imediatamente após, até uma nova tentativa. Certamente eu

hesito em compará-lo a uma velha máquina, porém a intenção parece voluntariamente provocante sem que entretanto eu saiba exatamente, neste momento, se minha decisão de intervir é apenas destinada a mobilizar os afetos adormecidos de meu paciente (penso na síndrome de Pickwick³ ou na síndrome de Gélineau,⁴ ou se é porque encontro-me invadido pela angústia. Esta última me faz reenviar-lhe, de maneira especular, elementos não transformados, senão saídos diretamente de seu próprio sentimento de desamparo e abandono, em todo caso, do que se veicula, no interior da cura, de uma espécie de corrente mortífera. O fato é que estou longe de conseguir transformar minha experiência emocional para produzir o que Bion (1979, p. 25) chamaria de “elementos alfa”. Os únicos meios colocados à disposição de meu paciente são elementos não digeridos, “elementos beta”, segundo Bion, que correm assim o risco de ser tratados por um procedimento de expulsão.

Intervenção arriscada, uma vez que ela é destinada a fazer com que meu paciente se descentre, testando agora a capacidade de Tom a resistir a sua própria imagem dotada de imobilidade. A tentativa encontra sucesso à medida que Tom reage de maneira relativamente benevolente em relação a mim, como se eu tivesse finalmente formulado sobre ele mesmo o que ele não conseguia até agora exprimir claramente. A noção de “tela-beta”, graças à qual o paciente psicótico teria, segundo Bion (Ibid., p. 41), “a capacidade de suscitar emoções no analista”, poderia aplicar-se aqui não ao paciente mas ao analista tentando sobre-explorar “aquelas de suas pulsões que (estariam) viradas em direção à sobrevivência (...) com o objetivo de extrair a cura de um material terapeuticamente pobre” (Ibid., p. 124, nota 10.1). Observo, imediatamente após, que se minha intervenção não se viu transformada no fundo, ela foi, apesar de tudo, transformada na forma. Quer dizer que, em tomando consciência do efeito possivelmente destrutor de minhas palavras, eu fiz com que elas fossem seguidas por uma questão sobre o que, do ponto de vista de Tom, poderia ter provocado esta parada do motor. Não deixei meu paciente contestar a impressão que eu tinha dele, contrariamente ao que freqüentemente me vi fazendo quando o efeito de minha intervenção me parecia arriscado – dar de saída minha impressão, mas sob a forma de uma questão. No segundo tempo de minha intervenção, uma questão, todavia, sobreveio, da

3. A síndrome de Pickwick é uma complicação mecânica da obesidade severa (poliglobulia yoxêmica respiratória) que se caracteriza pelo fato de que os sujeitos que apresentam esta síndrome têm tendência à adormecer profundamente; a consequência deste estado de sonolência brutal pode ser fatal para eles.

4. A síndrome de Gélineau é uma perturbação caracterizada por acessos repetidos de necessidades súbitas de dormir (narcolepsia) no curso das quais o tonus muscular diminui (catalepsia). É uma afecção rara que atinge com mais freqüência o homem jovem.

qual pode-se supor que ela permite que Tom se posicione como interlocutor, quer dizer, de certo modo, que ele saia da inércia. Entretanto, Tom não pode deixar-se enganar pela formulação metafórica da morte que incidentemente eu enuncio na cena analítica.

Minha terceira intervenção tem lugar em uma sessão no decorrer da qual Tom parece não encontrar suas palavras. É como se ele quisesse falar mas ele não consegue ou então apenas ao preço de múltiplas hesitações que tornam a compreensão bastante difícil. Seu discurso é essencialmente composto de onomatopéias, de palavras lançadas ao acaso, acompanhadas de gestos, como se se tratasse de agarrar estas palavras em pleno vôo ou, mais exatamente, como se eu pudesse, do meu lado, capturá-las para ordená-las. Os movimentos dos braços se dirigem então em direção ao exterior; em outros momentos, é do exterior em direção ao interior de meu paciente que eles são dirigidos, sobretudo quando ele formula a idéia de encontrar-se finalmente no interior de seu próprio corpo. Este corpo desarticulado, que se desfaz e dá a impressão que Tom joga em torno dele pedaços dele mesmo, provoca em mim uma espécie de arrepio e dou-me conta que domino, com dificuldade, minha perturbação. Ele o faz sorrindo e imediatamente após, a partir do momento em que Tom não sorri mais, é a consternação absoluta que se estampa em seu rosto, a apatia extrema, a máscara que, sem dúvida, ele procura recobrir em seguida com um novo sorriso.

É então em torno da noção de “perturbação”, no sentido meteorológico do termo, que eu organizo minha intervenção, ainda sem verdadeiramente decidi-la. É antes como se, em um momento de confusão, eu me encontrasse constrangido a encontrar uma figura adequada, utilizando para isto o melhor possível os dados proprioceptivos recolhidos em mim mesmo quando das duas intervenções precedentes, a primeira se referindo aos traços significativos do discurso, a segunda a uma certa imagem do corpo, tomada sob um ponto de vista dinâmico.⁵ A idéia da perturbação surgiu provavelmente, em grande parte, em função da ventilação provocada pelos gestos de meu paciente, associada a suas palavras que parecem elas mesmas não ser mais do que vento.

Mais uma vez, informo Tom sobre minha impressão, mas para perguntar-lhe em seguida se o que percebo como tal, sob forma de perturbações, parece-lhe agir desordenadamente no interior ou no exterior dele mesmo. Do mesmo modo como eu havia podido, duas sessões antes, servir-me de suas próprias palavras propondo-lhe que as colocasse em relevo, quer dizer, que ele desse a algumas delas um valor ou um brilho particular, sirvo-me agora de seus gestos colocando-os em relação ao caráter centrípeto ou centrífugo das forças que os

5. “A palavra como ato enunciativo realiza o que ela diz. Esta realização é metafórica, ela procede do tato simbólico dos traços significantes pelo qual ela faz ato”, escreve Gori (1996, p. 25).

dirigem. Ao mesmo tempo, obrigo meu paciente a escolher entre duas direções, quer dizer, a sair da ambivalência que ele manifesta gestualmente.

Diante da indeterminação de Tom, e mesmo do estado de confusão engendrado por minha questão, é de modo arbitrário que busco apoio finalmente nos gestos que Tom retorna em direção a ele mesmo, fazendo guinar aqueles que se dirigem ao exterior e que *a priori* o interessam mais do que os outros. A primeira idéia que me ocorre diz respeito à oralidade. Nada de surpreendente nisso, diante de um paciente que se apresenta como um lactente, ainda mais que, como observa Bion,

... temos todas as razões para acreditar que é a partir de experiências emocionais associadas à alimentação que o indivíduo abstraiu e depois integrou diferentes elementos para formar sistemas teóricos dedutivos que são em seguida utilizados como representações das realizações de pensamento.

A utilização do sistema alimentar como modelo, com os objetivos de demonstrar e de compreender os processos que operam no pensamento, é assim justificável. (1962, p. 81)

Entretanto, rejeito a idéia de associar sobre a mecânica digestiva que vê entrar e sair o bolo alimentar: a analogia com a vida e a morte parece-me próxima demais. É então o gesto de intubação que me aparece: “O gesto que salva”, direi a mim mesmo mais tarde. Diante da falta de associação de meu paciente eu lhe falo então de nossa atividade respiratória, sublinhando o fato que para bem respirar não é preciso ter muita consciência desta atividade automática. É a proximidade física entre o tubo digestivo e a traquéia que me conduz a encadear com a respiração no momento em que procuro, em uma espécie de semiconsciência, aproximar o corpo da psique.

Tom percebe minha intenção, já que ele associa a respiração, de um lado, aos exercícios de yoga que ele pratica regularmente há vários anos, e de outro lado, à sua própria dificuldade de falar ou mais precisamente a “dizer o sentimento das sensações do que está em torno dele”. “Freqüentemente, é como se eu não sentisse mais o exterior, como se eu estivesse suspenso no tempo, desconectado”, me diz Tom, confirmando assim essa sensação de vazio que experimento agora diante dele: “Então me é necessário um élan ou antes uma estimulação externa, e é o que venho procurar aqui”.

Tom é entretanto convidado a aprofundar, a falar mais do que o leva a ficar na vida, mais particularmente, das duas situações que, segundo ele, poderiam colocá-lo na via da transformação. Uma estaria ligada à percepção do que o circunda, a outra estaria situada do lado do movimento que ele poderia criar em torno dele para se sentir mais vivo. Proponho-lhe, em contraponto, que ele se interrogue sobre isto contra o qual ele poderia ter a impressão de lutar, a saber,

o obstáculo que o entravaria do lado daquilo que ele pensa não estar situado no que é vivo.

A formulação voluntariamente complexa de minhas palavras é destinada a levar-nos, ele e eu, por um instante, no mesmo turbilhão, “em uma reflexão em cadeia, e não em uma reflexão de um sobre o outro”, como diz Baudrillard (2001, p. 114), e isto no momento em que precisamente ele parece ter captado qual é a mola propulsora de nossa situação clínica. Momento em que fazemos, ele e eu, uma frente comum diante de um movimento pulsional que, até aqui, puxava mais para o lado da inércia do que para o lado do ardor e do movimento mas que, extirpado de Tom e transposto no dispositivo transferencial, expõe agora a vida e a morte à mesma condição. Este é também um momento em que, colocados lado a lado, em posição de acordo e não em posição de partilha, procuramos lutar em duo contra os conflitos psíquicos que se agitam de maneira desorganizada através da perspectiva da morte, certamente, mas também da vida.

O obstáculo sobre o qual comprometo Tom a interrogar-se é, de certo modo, muito bem identificado na realidade, uma vez que ele é figurado pelo vírus contra o qual a luta se engajou já há vários anos. Em contrapartida, sobre o plano fantasmático, ele não é assim tão distinto e continua a esconder-se. O obstáculo aliás, figura, no imaginário de Tom, uma espécie de massa densa animada por um movimento lento que o obriga a encolher-se e o faz associar sobre o informe ou mais exatamente o que se deforma. Evocando essas imagens em uma espécie de devaneio, ele mima, sem dar-se conta, o movimento de curvatura da cabeça em direção ao tronco, dando a imagem da vida fetal, o que me reenvia às teorias dos antipsiquiatras que preconizavam audaciosas “viagens” e me conduz, em reação, a intervir mais uma vez colocando palavras sobre o que acontece na cena analítica. Procurando desdramatizar o movimento regressivo manifesto, aproveito o inautêntico sentimento de culpa que exprime Tom nas seqüências imediatas de seu movimento, quanto ao fato que ele estaria indo lentamente mas certamente em direção ao inanimado, para fazer uma referência implícita à origem do mundo e não a seu fim.

É então de seu quarto de adolescente que ele se lembra, deste quarto do qual ele teria dito a ele mesmo que estaria sempre lá, mesmo se ele poderia um dia não mas ali encontrar-se. Sem nomeá-la, falamos da vida fetal e da câmara uterina que estariam sempre no mesmo lugar, mesmo que ele mesmo não se encontrasse mais ali. Em figuração negativa ocorre-me a imagem desta passagem do romance de Maurice Pons (1967), *Rosa*, no decorrer do qual “Segesvar, arrastado pelas costas, primeiro com a cabeça, com o rosto escondido nas mãos”, sai da casa de Rosa, do corpo de Rosa, “grita (...) uiva, se debate (...), tenta reter-se pelos pés, mas (...) a força dos quatro homens e do guincho o arrancam dali como um feixe de palha”.

Tom continua a sorrir. Várias vezes, ele desloca sua bacia para a frente como se dançasse, como se ele exprimisse por este movimento uma tendência a querer viver, a lutar contra a inércia. Em todo caso, é desta forma que o interpreto, seguindo o modelo da “ilusão antecipadora materna”, cara à Winnicott, quer dizer, sob o modelo do produto da separação entre a realidade do movimento de meu paciente e meus devaneios e fantasmas a seu respeito. Entretanto, não respondo como uma “mãe suficientemente boa” teria certamente feito diante de seu bebê, exprimindo seus afetos para que a troca tome o sentido da ilusão materna. Contento-me em apenas transformar, em meu espírito, sem formular ou deixar transparecer, as novas competências supostas de Tom em performances. Assim, fico essencialmente em um movimento intencional, meu objetivo sendo sempre, diante de sujeitos em situação de sobrevida como Tom, não o de reparar perturbações de natureza psicológica no aqui e agora mas antes de recolocar na dinâmica desejante do sujeito os movimentos emocionais e pulsionais, atenuando regularmente o risco que eu teria de não mais escutar.

Reencontro Tom no nível do real, quer dizer, do “que escapa e se esconde da palavra” (Gori, 1996, p. 35), de onde a importância que acordo a esta última desde a primeira sessão, enquanto que as imagens, tanto do meu lado quanto do lado de meu paciente, desfilam com uma tal velocidade que elas tardam a encontrar sua representação no campo da palavra e da linguagem. Procuro caminhar sobre esta famosa “linha de creta” *que* Roland Gori evoca quando fala da psicanálise:

De um lado da vertente abre-se o abismo de uma prática que (...) aproxime-se sem cessar da sugestão e da transferência de pensamento, de outro lado perfila-se uma prática da análise que, privilegiando a linguagem à custa do ato da palavra, abre a via para um desvio do método freudiano em proveito do político e de uma retórica da ética. (Ibid., p. 92)

As três sessões inaugurais que permitem a instauração do trabalho psicoterápico com Tom parecem-me poder ser vistas a partir de dois diferentes pontos de vista: o das representações colocadas em jogo e o dos movimentos afetivos de natureza transfero-contratransferencial. Bem entendido, estes dois aspectos encontram-se estreitamente imbricados, uma vez que as representações, no dispositivo transferencial, dependem dos movimentos afetivos que circulam e que é a circulação mesma dos afetos que permite a constituição do dispositivo.

Do ponto de vista das representações colocadas em jogo no decorrer das sessões preliminares, tentei primeiramente testar o sistema defensivo de meu paciente, trabalhando sobre a imagem, no sentido topográfico do termo. Quer dizer, procurando uma configuração, um relevo a descobrir e a ordenar no

discurso de meu paciente. Em seguida, procurei descentrá-lo, trabalhando desta vez sob um ponto de vista dinâmico. Procurei, enfim, em um terceiro tempo, conter meu paciente, trabalhando sobre a quantidade de energia psíquica gasta que iríamos repartir entre nós para encontrar um modelo comum.

Do ponto de vista dos movimentos afetivos, foi certamente o medo que guiou minha primeira reação, pois o aspecto físico de Tom refletia perfeitamente o estado dos aidéticos do passado, em um estado bem avançado da doença, o medo como “modelo primeiro do infortúnio humano (...), experiência primitiva de aniquilamento e de impotência” (Birraux, 1994, p. 62), o medo como “experiência primeira da perda dos limites, o medo da fragmentação destruidora do corpo, em uma relação ao objeto na qual a representação não é solicitada, uma vez que a percepção lhe dá, de saída, seu sentido” (Birraux, 1992, p. 5-21).

Na segunda sessão, o afeto de angústia foi predominante e procurei transformar em tragédia o que apareceu-me como um drama – o imobilismo, a inércia absoluta – sendo que aquilo que se apresenta como trágico para o paciente não o é necessariamente e de imediato para o psicoterapeuta, independentemente do fato que este último se mantenha em situação de exterioridade ou que, ao contrário, ele seja extremamente tocado.⁶ Procurei, se aceitamos retomar as palavras de Baudrillard (2001, p. 43), “fazer do vazio um modo de desaparecimento”, e foi minha própria angústia que me guiou como um meio de me subtrair ao medo e de gerir a permanência da ameaça de aniquilamento que eu acreditava entrever em meu paciente.

O terceiro tempo construiu-se para além da angústia. Foi como se eu me encontrasse jogado “em um espaço sem borda, em um real sem fundo”, presa, face aos movimentos de meu paciente, de um “fenômeno de despossessão”, de certo modo “reduzido ao informe” por este fenômeno que S. Le Poulichet (2002, p. 239-52) qualifica como “identificação de angústia”: o autor explica de que modo “no centro do terror, a criança se identifica a esta parte mortificada ou decomposta do outro parental” e assenta as “teorias infantis do informe” para se defender dos terrores com o mesmo nome, que levariam ao caos. Em um movimento que se aproxima da prática psicoterápica com pacientes psicóticos, procurei “reconhecer formas materiais primeiras nestes ruídos de voz, nestas aparências de gestos nascidos da imobilidade”, como escreve Pierre Férida (2000, p. 109) fazendo referência às descrições de Geneviève Haag concernentes ao

6. Operar a transformação do drama em tragédia, é fazer com que a narrativa do paciente se torne fabulosa, que se encontre colocado em cena seu caráter inquietante e desmedido; em resumo, que se produza o efeito trágico que, na teoria freudiana, é de ver representado na cena o desejo infantil de parricídio e de incesto.

autismo e aos fenômenos autísticos. Pois em Tom como na criança autista, “cada esboço de gesto extraído do imóvel, não (era) tão simbolizante quanto uma produção de informe operando na figura de imagem” (Ibid., p. 110).

Diante de situações que colocam em jogo a morte real da qual o sujeito acabou de escapar ou pela qual, ao contrário, ele corre o risco de ser levado em um futuro próximo – estes dois casos de figura não sendo exclusivos um do outro, como pudemos ver em Tom –, o psicoterapeuta é assim levado a abandonar seus esquemas familiares de representação para se deixar “desfazer pela angústia do encontro” (Ibid., p. 107). E para evitar então que a morte venha invadir completamente a cena analítica, é preciso que ele aceite fazer trabalhar seu mais arcaico sistema defensivo e, por algum tempo, figurar-se ele mesmo no nível teórico no campo da psicose, perder-se, ele também, no campo do desaparecimento, até o ponto de saber dar-lhe forma e recolocar a vida nos arreios da atrelagem.*

Referências

98

- BAUDRILLARD, J. *D'un fragment l'autre. Entretiens avec François L'Yvonnet*. Paris: Albin Michel, 2001.
- BION, W. R., *Learning from experience*. New York: Publishing Company, Inc., 1962. (Tr. fr. *Aux sources de l'expérience*. Paris: PUF, 1979).
- BIRRAUX, A. *Eloge de la phobie*. Paris: PUF, 1994.
- _____. De la peur à l'angoisse, l'usage de la phobi. *Adolescence*, v. 10, n. 1, p. 5-21, 1992.
- FÉDIDA, P. *Par où commence le corps humain. Retour sur la régression*. Paris: PUF, 2000.
- GORI, R. *La preuve par la parole*. Paris: PUF, 1996. (Em português: *A prova pela fala*. São Paulo: Escuta, 1998).
- LE POULICHET, S. Les théories infantiles de l'informe. *Cliniques méditerranéennes*, n. 65, p. 239-52, 2002.
- PONS, M. *Rosa*. Paris: Denoël, 1967.
- SEARLES, H. *Countertransference and related subjects*. International University Press, New York & Mark Paterson, England, 1979. (Tr. fr. *Le contre-transfert*. Paris: Gallimard, 1981).
- VALÉRY, P. *Degas, danse dessin*. Paris: Gallimard, 1938, p. 66-7.

* O autor faz aqui alusão ao romance de Marguerithe Yourcenar *La mort conduisait l'attelage*. (N. da T.)

Resumos

Mediante el estudio de tres de las primeras sesiones de la psicoterapia analítica de un paciente enfermo de SIDA, el autor se propone mostrar como frente al mundo fragmentario de una persona que se encuentra en una situación límite (es decir, con el temor de desarrollar algo interno que le aproxime a la muerte), el psicoanalista va dejando que se construya en sí mismo una especie de mundo virtual, capaz de desafiar la realidad. Con metáforas y el uso de imágenes que establecen el marco del tratamiento, se crea una relación de intercambio que permite el desarrollo del trabajo analítico. Este trabajo se enfoca tanto desde el punto de vista del papel de estas representaciones como de los movimientos afectivos de tipo transferencial-contratransferencial.

Palavras chave: Límite, SIDA, psicoanálisis, contratransferencial

A travers le décryptage de trois séances de psychothérapie analytique du tout début de la prise en charge d'un patient malade du sida, l'auteur se propose de montrer comment, face à l'univers fragmentaire présenté par un sujet en situation extrême, c'est-à-dire dans la crainte du développement d'un phénomène interne qui le rapproche de la mort, le psychanalyste est amené à laisser se construire en lui-même une sorte de monde virtuel défiant la réalité. Sous la forme de métaphores, de "figures d'images" permettant l'installation du cadre de la cure, l'instauration d'une relation d'échange et la progression du travail analytique deviennent possibles. Celui-ci est envisagé tant du point de vue des représentations mises en jeu qu'au niveau des mouvements affectifs de nature transféro-contretransférentielle.

Mots clés: Extrême, sida, psychanalyse, contretransfert

By deciphering three sessions of analytical psychotherapy during an early phase of treatment of an AIDS-infected patient, the author intends to show how, faced with the fragmentary world seen by a person in an extreme situation, that is, fear of the development of an internal phenomenon which brings him closer to death, the psychoanalyst is led to allow a virtual world develop within himself that challenges reality. Under the form of metaphors, or "figures of images," which allow the installation of a framework for treatment, a relationship of exchange and the progress of analytical work are made possible. Analytic work is considered from both the point of view of representations that occur and of affective movements of a transferential-countertransferential nature.

Key words: Extreme, AIDS, psychoanalysis, countertransference