

PIERRE BONNY: AIDS/COVID-19, COMPORTAMENTO DE RISCO E RISCO DE COMPLÔ: UM OLHAR PSICANALÍTICO

PIERRE BONNY: AIDS/COVID-19, RISK BEHAVIOR AND RISK OF CONSPIRACY: A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE

PIERRE BONNY: SIDA/COVID-19, COMPORTAMIENTO DE RIESGO Y RIESGO DE TRAMA: UNA MIRADA PSICOANALÍTICA

*Entrevista realizada e traduzida por Renato Saredidine Araújo**

1. APRESENTAÇÃO

Esta entrevista foi realizada no dia 12 de setembro de 2021, no contexto de uma série de atividades acadêmicas desenvolvidas em resposta às consequências da epidemia de covid-19, por iniciativa da professora Andréa Maris Campos Guerra, coordenadora do laboratório Psilacs (Psicanálise e Laço Social na Contemporaneidade), da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais). Antes da pandemia, o laboratório desenvolvia trabalhos sobre os comportamentos de risco entre adolescentes que, em determinado momento, foram objeto de instituições do sistema penal voltadas para jovens do Município de Belo Horizonte. A convite de Andréa Guerra, François Sauvagnat,¹ então professor da Universidade de Rennes 2, vinha colaborando com o desenvolvimento de pesquisas e outras atividades acadêmicas sobre temas envolvendo psicanálise e criminologia. Nessa ocasião, por sugestão de Sauvagnat, examinávamos o comportamento de risco entre os jovens de nossas pesquisas, apoiados pela leitura lacaniana da aposta de Pascal.

Sauvagnat orientou Pierre Bonny em sua pesquisa sobre o comportamento de risco em homens *gays*, em relação à aids. São dois vírus e duas pandemias completamente diferentes, entretanto algumas conexões puderam nos ajudar a elaborar reflexões sobre a pandemia de covid-19. Bonny aceitou gentilmente o

Texto recebido em 12 de abril de 2022 e aprovado para publicação em 30 de junho de 2022.

Professor na universidade de Rennes 2, autor do livro *Le sida fétiche: une approche psychanalytique de la prévention auprès de sujets gays* (2018, PUR).

* Doutor em psicanálise pela Universidade de Paris 7, psicólogo clínico, pesquisador dos laboratórios Psilacs/UFMG e Lapcris/PUC Minas, membro do CIAP (Círculo Internacional de Antropologia Psicanalítica, Paris).

¹ Então professor das universidades de Renne 2 e Paris 7, lamentavelmente nos deixou em 2020. Ele orientou a tese de Pierre Bonny: *Les prises de risque sexuel liées au VIH/sida chez les gays: pari inconscient et logique fétichiste du désir*, defendida em 27 de junho de 2012, na Universidade de Rennes 2.

convite em um momento em que a covid-19 estava fora do controle no Brasil e já tinha causado centenas de milhares de mortes.

O historiador Boucheron (2021) observa que há uma dificuldade em se pesquisarem as epidemias, como se houvesse nelas algo que não pudesse ser dito e que talvez tenha relação com a obscenidade da morte. Essa dificuldade está subentendida na própria etimologia da palavra epidemia, oriunda do verbo grego *epidemein*, que designa estadia em um território estrangeiro e não faz qualquer referência direta à doença física que dizima as populações. Trata-se de uma analogia entre a estranheza provocada pelas circunstâncias catastróficas e um lugar sobre o qual não há recursos linguísticos sequer para descrevê-lo, ainda mais explicá-lo, visto que as epidemias destroem não apenas os corpos, mas também a sociedade. Já a palavra pandemia designa a generalização da situação.

Em contraposição à obscuridade das epidemias, a conversa com Bonny fornece alguns elementos para pensarmos a relação dos sujeitos com esse fenômeno, a partir da questão do ato e do comportamento de risco, por meio da leitura lacaniana da aposta de Pascal. Esse ponto de vista estabelece uma analogia do sujeito do inconsciente com o jogador de um jogo de azar. Ambos devem fazer um cálculo para tomar decisões, mas o desfecho sempre será desconhecido, e o risco nunca é nulo. Em dado momento, o sujeito pode “pagar pra ver” o jogo do Outro, mas pode se equivocar em seu cálculo e apostar todas as fichas em um jogo que pode não ser bom. O comportamento de risco, sobretudo quando o sujeito se confronta à morte, é também considerado sinal da permanência do pensamento ordálico (Bonny, 2018), no qual, sucintamente, o destino e a resolução das questões são predeterminados por Deus, situação na qual o cálculo é desprezível. Arriscando-se, o sujeito tenta reconhecer a natureza de seu lugar no desejo do Outro e o destino que o inconsciente lhe reserva. Esperamos que estas reflexões sejam prolíferas para se pensar sobre o inconsciente e o risco no cenário da atual pandemia.

2. ENTREVISTA

Renato Saredidine Araújo: Você poderia se apresentar e nos falar um pouco do trabalho de tese que deu origem ao seu livro publicado em 2018 *Le sida fétiche: une approche psychanalytique de la prévention auprès de sujets gays* (*A aids fetiche: uma abordagem psicanalítica da prevenção em sujeitos gays*)?

Pierre Bonny: Sim. Gostaria, antes, de dizer que o convite me trouxe muita satisfação, pois permitiu retomar minha pesquisa de doutorado, mas sob novo ângulo e com outro objeto. Ensino Psicopatologia Clínica na Universidade de Rennes 2, na França, também sou psicólogo e trabalho com a clínica psicanalítica.

Desenvolvi minha tese entre 2008 e 2011, e entrevistei aproximadamente 60 pessoas entre 2009 e 2010, antes da disponibilidade do PREP (Profilaxia Pré-exposição ao HIV), o tratamento profilático anterior à exposição ao vírus. O conhecimento médico mudou desde então. Desse modo, meu trabalho da época deve ser relativizado. Entretanto os processos psíquicos que tentei formalizar não perderam a atualidade em sua dimensão estrutural. Essa foi uma pesquisa financiada pela Sidaction, órgão que financia pesquisas na área das Ciências Humanas sobre o HIV. A pesquisa também contou com o apoio da associação Aides de Paris.

RSA: Como abordar o comportamento de risco de contaminação pelo vírus da aids?

PB: A estatística médica quantifica o risco segundo as práticas ou as populações. Esses são os objetos de interesse das instituições de saúde pública, cujas atividades se baseiam na epidemiologia e, conseqüentemente, nas estatísticas. A saúde pública desenvolve, ao mesmo tempo, pesquisas e ações com a finalidade de neutralizar a epidemia, ou seja, reduzir o risco de contaminação coletiva. A estatística, entretanto, é uma disciplina que só pôde existir a partir das reflexões metafísicas de Pascal, que Lacan retoma para abordar o risco, mas pela via do inconsciente. Do ponto de vista da saúde pública, os fatores de risco ligados à transmissão do HIV se situam nas práticas consideradas de risco, segundo o tipo de relação e de parceiro, sendo a sodomia uma prática mais arriscada que a penetração vaginal e oral. As condições de saúde do sujeito também podem aumentar o risco de contaminação, como quando preexiste uma infecção por outro vírus.

Suponho que os modelos de prevenção sejam os mesmos, no Brasil e na França, baseados na redução de riscos, considerando-se também que não há risco zero. Na ausência de vacina, um sujeito pode evitar radicalmente o risco, tomando uma decisão subjetiva para tentar se proteger. Para a saúde pública, entretanto, não se considera possível anular completamente o risco. Esse tema diz respeito ao coletivo e, sob esse ponto, não há antinomia entre a psicanálise e a saúde pública. Do ponto de vista do sujeito, a noção do risco é muito presente no conjunto da vida, quer dizer, em forma de cálculo custo/benefício em relação aos atos, independentemente da precisão do cálculo e dos parâmetros inconscientes que obscurecem o cálculo. Para a topologia do inconsciente, porém, o ato não intervém na sequência, não é secundário, mas, ao contrário, precede o cálculo. Essa obscuridade pode, portanto, ser esclarecida, até certo ponto, em uma análise, pois ela permite recalculá-lo na palavra.

RSA: Existe uma maneira sintomática de se colocar em risco ante o vírus da aids?

PB: Intrinsecamente, por duas razões, não há uma exposição sintomática ao vírus. Primeiro, porque a relação sexual sempre representa um risco de contaminação. Em seguida, porque, para a psicanálise, como descreve J.-A. Miller, a dimensão sintomática só se desenvolve no contexto da clínica, sob transferência. Desde que qualificamos algo como sintomático, precisamos saber de onde falamos, pois se o fazemos fora da transferência clínica, há chances de se fazer um julgamento moral ou social normativo do que seria uma boa ou má conduta. Na condição de analistas clínicos, também podemos nos posicionar ante o mal-estar na cultura, e verifica-se que há práticas deletérias sintomáticas que se endereçam, como queixa ou sofrimento, dentro do dispositivo de escuta que propomos. Se o risco é sintomático, para nós, analistas, já é melhor sinal que uma ausência total de sintomatização. Assim, ter uma relação nada sintomática com o HIV poderia até ser sintomático. Na realidade, há uma série de nuances de sintomas nessa área, sintomas no sentido amplo do termo. Por exemplo, o sintoma de inibição ou de uma pequena angústia que inibe pode, por um lado, fazer com que o sujeito pare diante do que é definido como risco e se proteja. Por outro lado, quando é uma angústia massiva, ela pode, ao contrário, precipitar o sujeito em direção ao que ele mais teme. É difícil resumir as diferentes nuances de posição do sujeito ante o risco do HIV.

Apesar de métodos e objetos distintos, psicanálise e saúde pública não são contraditórias. A psicanálise nas instituições contribui com a prevenção, sob a condição de que ela seja oferecida e que haja condições para uma clínica sob transferência, que permita ao sujeito fazer uma prevenção sob medida. Os sujeitos com quem conversei concebem o comportamento de risco ante o HIV de uma maneira próxima à das instituições da saúde pública, ou seja, penetração anal com um parceiro de *status* sorológico desconhecido ou positivo. Percebi que essa congruência tem implicações, como a de que o discurso da saúde pública sobre o HIV é bem aceito pelos sujeitos. No entanto, não foi sempre assim.

A literatura, inclusive nos jornais da época, demonstra, nos anos iniciais da epidemia (1982-1983), quando as populações mais tocadas começaram a ser identificadas: haitianos (na França), usuários de heroína, hemofílicos e homossexuais. Nessas comunidades, muitos não acreditavam no vírus. O movimento de liberação sexual, de maio de 1968, havia feito com que o corpo social considerasse a homossexualidade menos abjeta, e a epidemia foi um golpe nessa evolução da moral. De fato, alguns se apropriaram da epidemia para estigmatizar novamente os homossexuais. No contexto daquela época, não acreditar no discurso da saúde pública, que associa risco de aids e homossexualidade, era uma maneira de recusar retornar à abjeção. Também havia, por certo, um impossível estrutural para aceitar o real da epidemia.

RSA: Qual a dimensão inconsciente dessa confusão de crenças?

PB: Lacan (1948/1966) aborda essa falta de saber em seu texto sobre a *Agressividade em psicanálise*, referindo-se à situação analítica na qual o analisante se aventura no desconhecido, no que se refere à qualidade e à extensão do que pode emergir. Segundo Lacan, em razão da associação livre e do que há para se descobrir sobre o inconsciente, a relação analítica mobiliza necessariamente tensão, agressividade, transferência ou afeto negativo para o analista. O analisando acredita que o analista vai lhe causar certo dano, extraindo algo mau de dentro de si, separando o sujeito de algo que ele é, mas que ele desconhece.

Nesse sentido, Miller (2006) observa que, em razão do caráter ameaçador do inconsciente, que surge na situação analítica, basta falar para conspirar. Basta que o sujeito tente descobrir algo sobre esse inconsciente desconhecido para percebê-lo como ameaçador. É o mecanismo do conhecimento paranoico do mundo. Por isso é necessário um pouco de pensamento paranoico para se estabelecer o conhecimento. A relação entre as teorias conspiratórias e a pandemia de covid-19 se estabelece, entretanto, quando a ciência se revela impotente ou escancara uma falha em sua estrutura, por exemplo, quando ela não consegue nos proteger das doenças. As conspirações são uma maneira de o sujeito se defender dessa revelação da falta no Outro. Assim, no lugar de se elaborar a questão da falta, na ciência, conspira-se, por exemplo, supondo que algumas pessoas poderosas promovem voluntariamente a fabricação de um mal que castiga as populações. A política também participa, quando suas decisões revelam que as instituições não buscam proteger as populações.

RSA: Essa relação ambígua com o discurso científico remete a fatos sociais observados durante a pandemia de covid-19. Alguma proximidade entre as epidemias da covid-19 e do HIV?

PB: Toda epidemia sempre dá lugar a uma péssima surpresa, pois esperamos que a ciência sempre nos proteja, e é difícil admitir que ela tenha falhas. O contexto sociopolítico também intervém claramente, quando não é apenas a ciência que falha, visto que decisões políticas podem agravar a situação, aumentando a exposição das populações ao risco, como foi no caso do Brasil com a covid-19.

A covid-19 é um evento novo, se comparado ao HIV, já estudado ao longo de quarenta anos pela ciência. Em uma pandemia, as populações se dão conta de que os discursos científicos das instituições da saúde pública ou da biologia falham e são marcadas pela falta, dando lugar a um movimento paradoxal. Junto com a incredulidade na ciência, um pensamento de ódio e preconceitos se desenvolve, baseado em teorias do complô. Foi assim durante a emergência do vírus da aids,

quando uma onda de preconceitos fundada em crenças ameaçadoras se voltou contra os homossexuais. Essa falta no Outro da saúde pública, como discurso científico, provoca angústia e incredulidade, levando a crença a se endereçar onde não deveria. Diante de um conhecimento escasso sobre o que está acontecendo, pensa-se que é a má intenção que organiza a epidemia.

RSA: Essa reação nos primeiros anos da epidemia do HIV é comparável com a que vivemos atualmente com a covid-19?

PB: Quando a aids começou a ser noticiada, mesmo com o entendimento da maioria de que não se tratava simplesmente de um discurso homofóbico, creio que sempre houve quem considerasse que ela era uma invenção. Apesar da limitação dos meus conhecimentos sobre a questão, acredito que, naquele tempo, também apareceram fenômenos equivalentes de complô, como vemos agora com a covid-19.

Quando as teorias do complô ganham força, conduzindo sujeitos e movimentos, isso significa que a covid-19 se tornou um significante mestre que comanda existências. Da mesma maneira que a aids foi e continua sendo, particularmente na população dos HSH [homens que têm relações sexuais com homens]. Isso se produz em razão do elevado percentual de HIV, cem vezes maior nesses homens que em outras populações. A isso se soma que, apesar de visar à prevenção, o discurso da saúde pública associa a homossexualidade à aids, fazendo deste um significante mestre no campo social. A presença dessa associação na cultura diminuiu, talvez, graças à triterapia e à PrEP [profilaxia pré-exposição]. Mas apesar das terapias, pude verificar que ainda se associa a aids à homossexualidade, mesmo com a diminuição dos danos causados pelo vírus e mesmo com o risco mínimo de contaminação, o vírus ainda causa angústia entre os sujeitos *gays*. Isso demonstra que o inconsciente não é impermeável ao social, ao contrário, e nós constatamos e trabalhamos com o impacto do coletivo sobre as subjetividades.

RSA: Como abordar a questão do comportamento dos sujeitos que se expõem ao risco de se infectarem pela covid-19?

PB: O significante mestre para Lacan é o inconsciente, já que o inconsciente comanda e não percebemos. A força do significante covid-19 para certos sujeitos é análoga ao significante HIV para a população homossexual. A palavra covid pode ser para o sujeito um significante estruturante, visto que ele encarna um objeto de angústia. Cabe ao analista observar como o sujeito se relaciona com a angústia e como ele vai definir sua relação com o risco de contaminação. Essa relação é muito opaca e pode ser esclarecida, ao menos parcialmente, em sessões analíticas.

RSA: Como Lacan se serviu da aposta de Pascal para abordar o comportamento de risco?

PB: A aposta de Pascal foi discutida por Lacan (1968-1969/2006) notadamente no *Seminário 16*, e seu uso na análise do risco é particularmente interessante e clinicamente útil. O desenvolvimento lacaniano permite abordar o risco de uma maneira mais prolífica que pelas noções de responsabilidade, pulsão de morte ou masoquismo. Foi o que pude observar, constatando que há apostas inconscientes formuladas quando o sujeito se coloca em risco de contaminação com o HIV. Talvez essa questão da aposta inconsciente também possa ser colocada para a covid-19.

A aposta de Pascal é uma interrogação a respeito da existência de Deus, existência que só pode ser suposta. Entretanto, diz Pascal, é muito mais vantajoso apostar na existência de Deus, pois caso Ele exista, ganha-se uma vida infinita de felicidade. Mas se acreditamos nele e Ele não existe, então não perdemos nada, pois não há nada a perder. Perderíamos também se não apostarmos, por causa da esperança no que se poderia ganhar. Essa é uma tentativa de Pascal de transferir uma discussão da teologia para a matemática, pela probabilidade. Não se pode dizer qual é a probabilidade da existência de Deus, mas se considera que é uma probabilidade, e que é preciso apostar nela. Segundo Lacan, o deus de Pascal não é simplesmente o deus dos filósofos ou da religião. Para Lacan, quando Pascal fala de Deus, ele se refere ao inconsciente, ou seja, algo desconhecido que pode ser abordado pela linguagem. A aposta de Pascal já tinha sido aplicada no campo das finanças ou no campo militar, nas estratégias colocadas entre dois parceiros de intenções desconhecidas, e Lacan aplicou as exigências freudianas do inconsciente ao modelo pascaliano. Ele ressalta que o parceiro do sujeito é o inconsciente, um parceiro desconhecido que não pode ser escolhido e com o qual se é obrigado a jogar o jogo da vida.

RSA: Encontramos alguma noção próxima na obra de Freud?

PB: Freud observou uma assimetria entre o sujeito e o Outro, ou seja, o sujeito desconhece até que ponto seu inconsciente pode estar no comando. E, no fundo, a própria existência do inconsciente pode parecer duvidosa. Esse é um ponto desenvolvido por Sauvagnat em seus cursos. É a isso que Lacan se refere quando diz não haver um significante último que represente o sujeito, pois há uma falta no Outro. Além disso, como observava Sauvagnat, em um seminário proferido na Universidade de Rennes 2, o inconsciente se manifesta de uma maneira essencialmente negativa, pelo recalque, esquecimentos, lapsos..., ou seja, tudo o que se apresenta como desconhecido. É também a dúvida de Pascal sobre a existência de Deus. É essa existência que é colocada em questão.

RSA: Como Lacan elabora a questão do desejo, na aposta de Pascal, e qual é sua relação com o ato e o risco?

PB: Se, por um lado, há dúvida sobre a existência do inconsciente, por outro, como na aposta de Pascal, há também a possibilidade de uma vida infinitamente feliz. Essa é, para Lacan, uma maneira de nomear o desejo, pois este se apoia sempre em uma aposta. Quanto ao ato, que remete ao tema do risco, é por ele que o sujeito pode formular uma questão sobre seu desejo e sua existência. O sujeito, entretanto, só pode encontrar as coordenadas significantes deste ato *a posteriori*. Assim, para Lacan, o deus de Pascal é um fato de estrutura de pensamento, é o lugar do Outro. O sujeito formulando uma questão sobre a existência de Deus formula uma questão sobre sua própria existência e no que ele poderá apostar.

RSA: Como o analista pode se colocar diante de um comportamento de risco deletério?

PB: A psicanálise propõe ao sujeito um encontro com esse desconhecido, mas de uma maneira diferente da filosofia ou da religião, sendo o objeto do sujeito o lugar de origem de seu próprio desejo, mesmo que a revelação seja apenas parcial. Nesse sentido, a situação analítica pode atenuar o comportamento de risco do sujeito, quando o ajuda a se dar conta daquilo que sua aposta, como ato, coloca em jogo. Primeiro, observamos que o comportamento de risco, por si só, não é deletério e, em seguida, cabe ao sujeito definir o que é deletério para ele mesmo. O risco sinaliza um engajamento do sujeito pelo ato, e o analista pode ajudá-lo a reconhecer *a posteriori* o que representa essa aposta. O sujeito aposta com seu corpo, sem saber exatamente a amplitude do que está se colocando em jogo, sem ter todas as cartas em mãos, e pode ser sua própria vida.

Do ponto de vista da psicanálise, contudo, não se pode considerar que o sujeito não deva arriscar-se, já que o sujeito se deduz dos atos e de sua relação com o desejo, que sempre comporta um risco. Clinicamente, é preciso considerar os objetos diante dos quais o sujeito se arrisca e como evolui essa relação durante a análise. Cabe ouvir o sujeito que deve avaliar e identificar alguns tipos de risco, que podem ser excessivamente mortíferos e que, nesse caso, devem ser nomeados para que se possam encontrar meios de contornar a situação. Para isso, deve-se considerar a possibilidade de a pulsão encontrar outras formas de risco.

A iniciativa do sujeito de dirigir sua palavra ao analista, para lhe falar de seu comportamento de risco, é, por si, um ato. Observei que esse ato de palavra diminui o risco em casos ligados à contaminação pelo HIV. Isso se dá conforme a palavra se constitui como lugar do Outro, onde o sujeito poderá se definir. É por isso que a psicanálise está bem colocada para responder às situações de comportamento de risco, desde que ela esteja disponível aos sujeitos e que

eles recorram a ela. Essa particularidade é própria à psicanálise, pois a saúde pública ou a psicologia da saúde não abordam o mais particular dos parâmetros significantes do comportamento de risco. O que escapa ao discurso da prevenção é que a informação, por si, não inibe o comportamento de risco, já que o sujeito sabe quando seu comportamento é de risco e, mesmo assim, se expõe. Onde as psicologias veem uma contradição entre o ato e o conhecimento, a psicanálise enxerga a dimensão do Outro, que escapa ao sujeito, mas que pode ser construída posteriormente, progressivamente. Não há outro dispositivo social que intervenha tão radicalmente nesses parâmetros singulares do comportamento de risco repetitivo que os sujeitos não querem mais. Quando o sujeito elabora uma demanda e sintomatiza seu ato, a análise lhe permite fazer uma prevenção sob medida. A questão é a de saber em qual medida o sujeito poderá se engajar no risco, não como uma passagem ao ato sem esperança, mas como uma conduta significativa, cujas determinações podem aparecer.

RSA: Como você relacionou o comportamento de risco à estrutura feticista?

PB: Realizei entrevistas nas quais se estabeleceu um laço transferencial. Conversamos sobre o desejo homossexual, com o cuidado de não participar da formulação que predestina esses sujeitos ao HIV. Quis investigar o fato epidêmico verificado na França, de que o índice de HIV é cem vezes maior na população homossexual que na população heterossexual. Os comportamentos de risco eram geralmente endereçados inconscientemente a pessoas próximas amadas. O sujeito não se dava conta desse endereçamento no momento do comportamento de risco, porque a função do ato é impedir um pensamento insuportável. O insuportável era normalmente ligado a vivências relacionadas às pessoas amadas, ou então a atividades investidas com forte potência sublimatória. Durante as entrevistas, eu vi, de maneira recorrente, duas formas de comportamento de risco. A primeira, ligada a uma ruptura amorosa, como dificuldades conjugais associadas ao sentimento de perda de amor, de rejeição na infância. Pela associação livre, o sujeito passa da mortificação da aids a certas lembranças infantis que ouvi recorrentemente de diversas maneiras, mas que se estruturam mais ou menos assim: “na infância, minha mãe recusou radicalmente um dom de meu pai, recusando também definitivamente uma parte do que eu sou e do que eu gostaria de ser”. A lembrança dessa recusa do dom pela mulher, na mãe foi, de maneira geral, para as pessoas que ouvi, algo definitivamente marcante, a ponto de orientar a existência do sujeito em sua relação com os outros e, até certa medida, sua escolha desejante pela homossexualidade. A escolha homossexual apareceu como uma maneira de opor essa recusa, por exemplo, pela presença do parceiro viril. O que não impede a concomitância de investimentos heterossexuais em termos amiais, afetivos e mesmo amorosos. O laço dessa situação psíquica com

o HIV se faz conforme, no imaginário da fantasia sexual, esse vírus aparece como um dom que se transmite, apesar de sua nocividade. Essa noção faz referência às elaborações de Marcel Mauss.

O segundo parâmetro de comportamento de risco observado na pesquisa se associa à perda de uma atividade sublimatória intelectual e, ou, artística. A partir dos trabalhos de Freud, Lacan e Miller, pude considerar que essas atividades sublimatórias e essas relações amorosas estavam investidas de maneira fetichista, com a função de recriar um sentimento de vida sobre um fundo de mortificação. O sujeito é confrontado com esse ponto de mortificação, pois o investimento que funciona como um véu é perdido. Nesses casos, a exposição ao risco de HIV aparecia como uma tentativa inconsciente de recriar um sentimento de vida.

À primeira vista, essa associação inconsciente da aids com a vida pode parecer paradoxal, mas não o é por duas razões. A primeira é que o comportamento de risco como ato permite a retomada de uma dinâmica significativa que, por certo, é mortífera, mas, ainda assim, ao menos momentaneamente, produz um sentimento de vida no sujeito. A segunda razão é que o fetiche, no sentido dado por Freud, Lacan e Miller, comporta um ponto de mortificação. É necessário então observar a coexistência de um ponto de mortificação e vivificação. O título do livro oriundo dessa pesquisa *Le sida fétiche [A aids fétiche]* (Bonny, 2018), remete à observação de que a aids pode ser investida de maneira fetichista, potencialmente conduzindo tanto a condutas de exposição quanto de prevenção, segundo a maneira pela qual o sujeito se posiciona em relação a esse investimento fetichista.

Sucintamente, o fetichismo não é para a psicanálise necessariamente um objeto concreto da vida erótica, como objetos comercializados por *sex shops*, mas uma preocupação psíquica que pode ser até intelectual ou artística e que opera como um modo de defesa contra a castração. A castração, do ponto de vista corporal, reflete um sentimento de falta que o sujeito sente inclusive através do corpo e diante do qual ele tentará se proteger. A aids dá uma imagem à experiência de castração do sujeito que, por si, não tem uma imagem. A perspectiva de morte do corpo, o imaginário dos efeitos da doença sobre o corpo, dá uma imagem a esse ponto de castração, que é estrutural. Desse ângulo, também pode haver um investimento fetichista na prevenção, permitindo sustentá-la e protegê-la.

RSA: Como se dá essa relação do comportamento de risco com a castração?

PB: Em minha pesquisa, percebi que a angústia produzida pelo HIV pode levar o sujeito a ter condutas de risco, expondo-se ao vírus. Isso acontece quando a angústia é massiva, ao ponto de o sujeito buscar localizá-la para circunscrevê-la, gerando um círculo vicioso de repetições mortíferas. O sujeito

tenta, paradoxalmente, limitar a angústia, apropriando-se da imagem do objeto angustiante. Essa imagem confronta o sujeito ao objeto da castração, dando-lhe, ao mesmo tempo, o sentimento de se premunir dela. O sujeito pode, por exemplo, investir, de maneira fetichista, o corpo ou uma parte do corpo do parceiro. A dimensão de transmissão sexual do HIV só vem maximizar esse paradoxo entre castração irrepresentável e a imagem da castração que tempera o lado angustiante do irrepresentável. O encontro com o que mais se teme pode, por vezes, causar alívio em certos sujeitos, alguns podem se sentir melhor, após contrair o HIV, porque há um desfecho, ainda que imaginário, para uma angústia massiva e sem imagem.

RSA: Quais elementos do ato chamaram sua atenção durante a pesquisa?

PB: A psicanálise tem uma concepção diferente do que chamo aqui de uma psicologia geral. Para esta última, o ato é uma consequência do pensamento. Entretanto, a psicanálise considera, ao contrário, que o ato precede o pensamento. Primeiro, o ato se formula a si próprio. O sujeito se apropria do ato pela palavra no *après-coup*. Não há uma suspensão temporal, na qual o pensamento formalizaria um cálculo, para que o ato intervenha, em seguida, como um resultado. Trata-se de um cálculo posterior, pois é o ato que modifica a estrutura do sujeito, que só pode formular a reintegração do ato na sequência. Ao mesmo tempo em que o ato vela o pensamento, paradoxalmente, ele não pode impedir completamente o pensamento de se formular, visto que sua estrutura revela o pensamento que ele ajuda a recalcar. Isso se verifica pela palavra, *a posteriori*. O sujeito explica o ato, dizendo “fiz isso e aquilo porque eu pensava nisso e naquilo e...”.

REFERÊNCIAS

- Bonny, P. (2018). *Le sida fétiche: une approche psychanalytique de la prévention auprès de sujets gays*. Presses Universitaires de Rennes.
- Boucheron, P. (2021). *La peste noire*. Collège de France. <https://www.college-de-france.fr/site/patrick-boucheron/course-2021-04-06-11h00.htm>
- Lacan, J. (1966). L'agressivité en psychanalyse. In J. Lacan. *Écrits*. (pp. 101-124). Seuil. (Trabalho original publicado em 1948)
- Lacan, J. (2006). *Le séminaire. Livre XVI, D'un autre à l'autre*. Seuil. (Trabalho original proferido em 1968-1969)
- Miller, J.-A. (2006). *Le transfert négatif*. Ecole de la Cause Freudienne.