

5. Clínica do trauma

O que se produz após o trauma é algo novo, algo que historiciza o caminho do sobrevivente. Muitos sentem o dever da escrita da experiência: querem protocolizar sua morte e ressurreição. Como se fosse necessário deixar uma prova. Será que não acreditam nele ou será um dever irrenunciável da memória?

Nestor Braustein, *Sobrevivendo ao trauma*

5.1. Estudos clínicos sobre a neurose de guerra

A partir dos estudos psicanalíticos a respeito do trauma e de seus efeitos, podemos caracterizar a neurose traumática pela seguinte sintomatologia: perturbações motoras, na maioria das vezes, tremores e paralisias; distúrbios na vida mental e na atividade nervosa; distúrbios do sono; alteração do humor, que se torna depressivo; alteração da libido, que se retrai; retirada do investimento do mundo exterior; isolamento social; indisposição para atividade física e intelectual; fadiga; entre outros sintomas desta ordem.

Apesar de localizarmos na obra de muitos pesquisadores que conheceremos a seguir uma descrição minuciosa desses sintomas, no texto freudiano não encontramos um detalhamento dessa ordem ou casos clínicos. Freud (1919) referiu-se a perturbações motoras; sinais acentuados de indisposição subjetiva, como na melancolia e na hipocondria; debilitação e perturbação da capacidade mental. O quadro clínico da neurose traumática pode ser aproximado do da histeria, segundo Freud (1919), tendo em vista que as perturbações de ordem motora nas duas afecções nervosas são similares. Contudo, Laplanche & Pontalis (1998[1967]) fizeram a seguinte ressalva, na neurose traumática, os sinais de sofrimento são muito mais pronunciados e o enfraquecimento e a perturbação das funções psíquicas são bem mais generalizados.

Quanto aos sinais de indisposição subjetiva, observamos nestes doentes que a energia é deslocada dos objetos, dirigindo-se de volta para o eu, daí a posição de que a neurose traumática é uma neurose narcísica defendida por Ferenczi (1918).

Médico e psicanalista adepto da hipnose, Simmel esteve por dois anos à frente de um hospital militar do exército alemão durante a 1ª. Guerra Mundial. Ele contabilizou cerca de dois mil neuróticos de guerra. A unidade era dirigida a pacientes com este tipo de adoecimento, que tinham pelo menos dois sintomas principais: distúrbios do eu que impossibilitavam o soldado de continuar cumprindo suas obrigações militares, e a alteração das condições de todo o sistema muscular ou de suas partes como braços e pernas, que diminuía em maior ou menor grau a capacidade do soldado de mover-se. Este distúrbio de âmbito motor manifestava-se amiúde sob a forma de movimentos ou posturas do corpo involuntárias e compulsivas. Havia também casos de alteração do funcionamento de órgãos de sentido, o que impedia o indivíduo de manter-se em contato com o mundo, como por exemplo, transtornos da fala (cuja gravidade maior era o mutismo), transtornos da visão e da audição, que variavam da hipersensibilidade à luz ou ao som até à completa cegueira e surdez. Ainda encontramos em seu estudo casos de soldados afetados por ataques epileptiformes e outros com transtornos na esfera intelectual que englobavam desde a perda de determinadas faculdades mentais como a leitura e o cálculo, até alterações funcionais da memória, inclusive, casos de amnésia total.

Segundo Simmel, dentre todos esses sintomas, os ditos essencialmente comuns a todos os casos de neuroses de guerra eram: instabilidade e irritabilidade emocional gerais; tendência a rompantes emotivos, sobretudo de ira; e, por último, transtorno característico do sono, pautado pela alta incidência de pesadelos que reproduziam as terroríficas experiências de guerra, levando o sonhador a atuar impulsivamente enquanto não despertasse (sonambulismo).

Como pudemos constatar a partir da análise de casos clínicos descritos pelos psicanalistas estudiosos do trauma, o quadro clínico da neurose de guerra assemelhava-se ao da neurose traumática, o que permitiu a Freud tomar uma pela outra. Apesar de Simmel ser adepto desta tese, o autor procurou aprofundar o estudo acerca da neurose que acometia os egressos da guerra. Tentou estabelecer as consequências do trauma para um eu militar, partindo do princípio de que este sofreu uma alteração significativa em sua constituição subjetiva por ter sido submetido ao processo de formação militar, que implica numa rigorosa lavagem cerebral voltada para a produção de um indivíduo obediente e disposto a ser inteiramente regido pelo Outro. Sendo assim, encontram-se distintos efeitos da

guerra sobre um eu civil, que mantém sua capacidade de decisão ileso; em contraposição a um eu militar, que tem seu superego e ideal do eu deslocado para o chefe, que assume esses papéis.

Em seu texto sobre as neuroses de guerra apresentado no Congresso Internacional de Psicanálise em setembro de 1918, Simmel explicou a origem deste adoecimento a partir da premissa de que o eu do soldado, dividido entre um eu pacífico de um lado e um eu guerreiro de outro, tem de atuar como mediador das demandas pulsionais em relação às exigências da realidade externa. Como sabemos, em uma guerra, a realidade é totalmente diferente daquela em que se vivia antes dela acontecer. Nestas circunstâncias, o sujeito perde a segurança proporcionada pela civilização. Há uma grande mudança com a qual o eu tem de lidar, inclusive em relação aos padrões éticos, já que um novo código de conduta entra em vigência, quando uma guerra tem início.

O civil que se transforma em militar nessas circunstâncias perde a capacidade de controlar suas próprias demandas pulsionais, pois, nos campos de batalha impera a barbárie e, portanto, entram em jogo as pulsões destrutivas. Devido à alteração das exigências da realidade externa, na medida em que se pode e se deve destruir o poderio inimigo, exterminando seu exército, o sujeito se vê pronto a atender à demanda da pulsão de morte, ante a qual, antes da guerra, era levado a resistir devido às exigências impostas pela cultura. Esse novo panorama pode levar o soldado a adoecer justamente por causa da perda da capacidade de mediação do conflito entre as pulsões e a realidade externa, isto é, entre o mundo interior e o exterior.

A entrada numa guerra aprofunda nos soldados a cisão do eu, pois ao mesmo tempo em que ele tem que ser camarada com seus pares, autosacrificar-se, ele tem que ter “virtudes antisociais”, isto é, ser mau o suficiente para ferir e matar. Estar diante da perspectiva de uma aniquilação completa torna o eu do soldado vulnerável. E este é um fator decisivo, na opinião do autor, para que se constitua uma neurose de guerra.

Para concluir, Simmel acreditava que o eu militar tem a tendência de empregar uma reação de defesa – comum à psicose – que é de romper com a realidade como efeito imediato da exposição às experiências terríveis de guerra, vide os estados de desfalecimento temporário e estupor comatoso de longa duração apresentados pelos soldados oriundos das trincheiras da 1ª. Guerra

Mundial. Esse mecanismo pode levar na sua visão à produção com muita frequência de transtornos de personalidade que se parecem com os encontrados na psicose.

No processo de treinamento militar, impõe-se um estado que Simmel chamou de regressão narcísica, afinal retorna-se a um estado anterior à constituição do supereu. Para mostrar que tinha razão, em sua palestra, o autor relembrou o nome que recebe a unidade combatente – infantaria – originado da palavra infantil. Como o militar tem o supereu externalizado na figura do chefe, perde o benefício de ter preservado seu controlador interno. Na opinião do autor, desta forma, o eu do militar fica vulnerável a uma possível desintegração de seu sistema mental, o que desencadeia desordens psíquicas.

Para Simmel, ao contrário das neuroses traumáticas, as de guerra seriam desencadeadas não por impacto de um súbito acidente catastrófico, porém devido a uma acumulação de influências traumáticas, isto porque o soldado estaria preparado para enfrentar uma condição de estresse que o civil não poderia suportar. Como havia atendido soldados que haviam adoecido após um episódio aparentemente sem relevância em comparação a outras graves situações, das quais haviam saído ileso, ficou propenso a concluir que o fator motivador da neurose traumática não seria um episódio isolado, mas sim a soma de diversas vivências violentas. A realidade vivida por longo período em um campo de batalhas levava comumente a um esgotamento físico e emocional de tal ordem que resultava em um colapso mental.

No entanto, o próprio Freud (1939[1934-38]) referiu-se a um *período de incubação*, que podemos chamar também de período de latência, tempo decorrente entre o acontecimento traumático e o primeiro aparecimento dos sintomas da neurose traumática. Segundo ele, a pessoa saía aparentemente ileso de um grave acidente, mas com o passar do tempo, desenvolvia uma série de sintomas que pareciam estar ligados ao episódio violento vivido anteriormente. Ademais, devemos estar atentos aos limites deste tipo de investigação sobre o trauma, já que no campo da psicanálise o inconsciente não pode deixar de ser levado em conta. Desta maneira, não devemos superestimar a realidade material das vivências, pois a realidade psíquica prevalece sobre ela.

Devemos lembrar que a significação das experiências está intimamente ligada ao modo com que o sujeito se relaciona com seus objetos e ao lugar em que

se posiciona em relação ao outro e à fantasia. Afinal, cada vivência material tem um correspondente psíquico, e este sim deve ser considerado na clínica, senão corremos o risco de fazermos um estudo que seria de qualquer ordem, exceto psicanalítico.

Hardcastle (1944) também publicou artigo sobre os neuróticos de guerra, de quem cuidou no Hospital de Ortopedia do Exército inglês. Ele comandou, na 1ª. Guerra Mundial, uma ala da psiquiatria que acomodava cerca de 80 homens, todos acometidos pela neurose traumática. Estes pacientes estavam em um estado crônico de angústia e deprimidos. Mostravam-se inibidos, e o interesse pelo sexo havia diminuído expressivamente em todos eles, havendo inclusive casos de impotência sexual e ausência completa de desejo.

Durante as conversas travadas com o médico, evitavam tocar em qualquer assunto que pudesse estar ligado, ainda que remotamente, à guerra da qual haviam retornado. Geralmente, eles conversavam sobre os sintomas físicos, cujo mais comum, praticamente universal, dentre eles, era a dispepsia.

Sua clínica era fundada na hipnose, bem semelhante ao método catártico empregado por Breuer e Freud. Daí Ferenczi ter nomeado esta clínica de psicocatarse. A técnica terapêutica consistia em fazer com que o paciente falasse sobre suas experiências na guerra, especialmente aquelas que constituíam o tema dos pesadelos que se repetiam *ad nauseum*, angustando seus pacientes. Deste modo, a hipnose era empregada para recuperar lapsos de memória que podiam ter ligação com o advento da doença. Através desta prática, esperava-se que o paciente pudesse dar uma resposta adequada ao trauma, que era tomado pelo autor sob uma perspectiva exclusivamente econômica.

Sendo assim, percebemos que Hardcastle alinhava-se à primeira teoria freudiana sobre o trauma, que foi revista pelo próprio Freud, o que trouxe transformações de grande importância para a sua clínica.

Na sua visão, sob hipnose, o sujeito poderia vir a ab-reagir o afeto que fora estrangulado pelo trauma, tal como estabelecera a teoria pré-psicanalítica instituída por Breuer e Freud. Assim, o paciente era levado a um estado de transe que propiciaria uma reação completa ao trauma, reação esta que não havia sido efetuada na ocasião do evento traumático.

Entretanto, Hardcastle, ao lado de outros autores que comentaremos a seguir, acreditava que a etiologia da neurose traumática se localizava na infância.

Portanto, segundo esse grupo de psicanalistas, a questão mais importante para o desenvolvimento de uma neurose traumática não era a vivência de uma situação contingencial de desamparo em si, mas o fato deste evento suscitar a atualização de uma neurose infantil.

Trazendo à luz da discussão a análise de um de seus casos clínicos, talvez fique mais clara sua posição como teórico e como clínico quanto à neurose traumática. Um sargento-ajudante de companhia foi enviado ao hospital, onde Hardcastle atendia, porque estava sofrendo de crises nervosas, insônia, depressão, tremores e sudorese nas palmas das mãos. Ele estava em um navio, quando este foi bombardeado durante a guerra. Os sintomas acima descritos haviam se manifestado um ano após o acidente e cinco meses após ter sido promovido. Passadas as cinco entrevistas realizadas pelo médico, este concluiu que os sonhos de angústia que reproduziam o instante em que estava no navio atingido representavam um castigo que o sargento se impunha por ter ido mais longe que seu pai na carreira militar.

Voltemos às afirmações do autor sobre a sintomatologia dos pacientes com neurose traumática. Hardcastle observou primeiramente ser errônea a afirmação de que a neurose traumática pode ser uma reação para se escapar da zona de guerra. Isto porque, naquela época, a guerra mundial já havia terminado, e a maioria dos pacientes, apesar de querer retornar para suas casas, ainda não tinha condições para isso. Eles estavam, pois, presos no passado, como se o tempo tivesse sido interrompido no momento do trauma. Eram, para usar a expressão de Braustein (2003), como mortos-vivos. Estavam, segundo Hardcastle, somente existindo e não vivendo para construir um futuro, para o qual não podiam olhar com segurança.

O autor acreditava que os pacientes com neurose traumática estavam fixados no passado em razão de alguns fatores. Primeiramente, com frequência, eles tinham sonhos que reproduziam de maneira idêntica a experiência traumática pela qual haviam passado na guerra. O sonho era interrompido no mesmo momento em que fora vivido o acontecimento. Desta forma, os pacientes despertavam do sono antes de poderem reagir à violência da experiência de batalha, e, assim, se angustiavam ainda mais.

Além disso, muitos dos comportamentos dos internados pareciam indicar um estado de expectativa angustiada, tal como estiveram, um dia, no campo de

batalha. Assim, qualquer barulho repentino provocava uma reação de defesa imediata. Até mesmo o andar de alguns deles lembrava como agiam no *front*.

O fenômeno das dores, que podemos qualificar de “fantasmas”, também podia ser tomado como um sintoma característico da neurose traumática. Eram dores que não tinham como motivação fatores físicos, mas remetiam exclusivamente à experiência traumática como uma espécie de memória fixada, pois eram condizentes com a condição física do sujeito no momento do trauma.

Para fornecer uma idéia mais precisa do quanto os pacientes estavam fixados no trauma, o autor apresentou o caso de um homem que havia se ferido quando escapava de um navio em chamas, atingido por um submarino inimigo. Ele costumava apresentar uma “equimose” nas duas pernas toda vez que sonhava com o que lhe havia ocorrido.

A reprodução da situação traumática engendrada pelos sonhos de repetição levava não só a um estado subjetivo de angústia e depressão, mas também era responsável pela manifestação de sinais físicos que pareciam indicar que o sujeito revivia, através destes pesadelos, de fato, a experiência do trauma e trazia consigo marcas visíveis e indeléveis dele.

Outro grande colaborador do estudo sobre as neuroses de guerra, que também participou do V Congresso Internacional de Psicanálise realizado em Budapeste em 1918, junto com Freud, Simmel e outros, foi Ferenczi. Para este psicanalista, as neuroses de guerra pertenciam ao grupo de neuroses narcísicas³², como a demência precoce e a paranóia, e podiam ser descritas a partir dos seguintes sintomas: depressão hipocondríaca, pusilanimidade, angústia, excitabilidade elevada acompanhada de acessos de cólera, hiperestesia de todos os órgãos dos sentidos (fotofobia, hiperacusia e hiperestesia cutânea intensa) e sonhos de angústia.

Na opinião de Freud (1930[1929]), que se alinhava à de Ferenczi, o conceito de narcisismo possibilitou a compreensão das neuroses traumáticas. Aqui o narcisismo deve ser entendido como uma estrutura permanente e não como uma das etapas do desenvolvimento libidinal do sujeito. Neste tipo de adoecimento, a libido narcísica, que havia deixado o eu e se voltado para os objetos, transformando-se em libido objetual, retornava a sua origem, para o eu,

³² Segundo Freud (1924[1923]), nas neuroses narcísicas, há um conflito entre o eu e o supereu. O autor incluía neste grupo a melancolia que devia ser separada das demais psicoses.

empobrecido como na melancolia. Ferenczi (1918) observou como resultado deste fenômeno uma hipersensibilidade do eu, também encontrada na hipocondria e na incapacidade de suportar um desprazer moral ou físico. Este amor excessivo pelo eu pode descambar numa espécie de narcisismo infantil. Os pacientes querem ser cuidados e mimados como crianças. Isto também explicaria para o autor a impotência sexual. Para ele, os distúrbios característicos de marcha eram medidas de defesa contra a repetição da angústia, ou seja, fobias, levando a pensar numa histeria de angústia. Estes distúrbios indicavam uma regressão ao estágio infantil em que o sujeito ainda não tinha o domínio da marcha. Já os sintomas que repetiam a situação de guerra eram em sua opinião sintomas de histeria de conversão.

Neurose de tremor foi o nome dado por ferenczianos aos casos de doentes que tinham os joelhos vacilantes, o andar inseguro, com bizarros distúrbios motores. O fato de que uma única sessão de eletroterapia acompanhada de sugestão fosse capaz de curá-los atestava que não se tratavam de seqüelas irreparáveis, mas de uma doença de cunho psicológico, provavelmente histérico.

Nesse momento, muitos médicos acreditavam que a neurose de guerra fosse uma doença causada por danos orgânicos tangíveis ao sistema nervoso. Eram esses profissionais que defendiam a duvidosa terapêutica dos choques elétricos introduzida no Exército alemão de forma selvagem, sem poupar os doentes de dores terríveis. Embora os resultados do tratamento com choques elétricos tenham sido eficazes aparentemente no início de sua aplicação, com o passar do tempo, constatou-se o quanto eram pouco duradouros e até mesmo catastróficos, devido ao elevado número de mortes e suicídios em sua decorrência (Freud, 1955[1920]).

Freud criticou a transgressão à ética médica, em que o tratamento elétrico adotado nas clínicas médicas da Alemanha incorria. Tratava-se de um procedimento que visava como princípio, não o bem-estar físico e psíquico do doente, mas sim a restauração da sua aptidão para o trabalho militar. Por isso, Freud bradou que a medicina neste momento histórico servia a muitos propósitos estranhos à sua essência. Isto porque o próprio médico estava sob o comando militar e tinha medo de ser punido se não seguisse a diretriz determinada pela chefia. Seguindo esta linha de pensamento, ele fez o lúcido comentário:

O insolúvel conflito entre os direitos de humanidade, que normalmente pesam para um médico de maneira decisiva, e as exigências de uma guerra nacional estavam fadados a confundir a sua atividade. (Freud, 1996[1919a], p. 230).

Assim, havia de um lado médicos psicanalistas defensores de uma etiologia psicogênica da neurose de guerra, e do outro, um grupo que acusava os soldados doentes de fingimento, acusação que um dia já fora feita às histéricas.

Erroneamente, o adoecimento dos soldados vindos da 1ª. Grande Guerra serviu de argumento para alguns teóricos decretarem o fracasso da teoria sexual freudiana. Afinal, para eles a experiência de guerra desmentia as bases quase que exclusivamente sexuais da histeria. Ferenczi (1918), em sua conferência sobre os neuróticos de guerra, saiu em defesa de Freud e da etiologia sexual das neuroses. Apoiou-se na idéia de que a diminuição considerável da libido, inclusive seu desaparecimento completo, manifestada na neurose de guerra, e que em alguns casos ocorria junto com o desaparecimento da potência sexual, confirmaria a participação de fatores sexuais na formação dos sintomas desta neurose.

Ainda que Freud tenha se oposto àqueles que haviam criticado a teoria da etiologia sexual da neurose, ele não se apressou em incluir a libido no campo da neurose de guerra. Diferentemente do que sustentou Ferenczi, Freud não privilegiou a pulsão sexual no estudo da neurose traumática, e sim a pulsão de morte. Portanto, ele manteve-se fiel à noção de que na neurose de guerra não está em jogo o trauma sexual, mas sim o trauma contingencial de cunho desestruturante, o que o levou a fazer a devida afirmação:

Se a investigação das neuroses de guerra (e uma investigação muito superficial) *não demonstrou* que a teoria sexual das neuroses é *correta*, isto é algo muito diferente de *mostrar* que aquela teoria é *incorreta* (Freud, 1996[1919a], p. 224).

Apesar de todo o campo constituído sobre a neurose traumática (de guerra) na 1ª Guerra mundial, alguns psicanalistas europeus passaram a negar a sua existência após a 2ª Guerra (Rapaport, 1968 apud Rudge, 2003). Entre eles encontram-se Fairbairn (1943) e Kardiner (1941). Ambos defenderam a noção de que não haveria uma neurose específica criada sob as condições de uma guerra. Já Grinker e Spiegel (1945) tomaram as neuroses traumáticas não como um tipo próprio de adoecimento, mas como uma reação similar em causa e efeito às outras neuroses, só se distinguindo pela agudeza e severidade de seus fatores precipitadores.

Segundo Rudge (2003), Bettelheim (1943) tomou seus sintomas, dos quais padeceu após passar um ano como prisioneiro em um campo de concentração na Alemanha, como indicadores de que sua análise teria sido incompleta. Todavia, não devemos atribuir ao trabalho analítico uma qualidade profilática. Não podemos dar garantias como analistas de que não haverá novo sofrimento psíquico, já que experiências futuras podem mobilizar questões que não foram trabalhadas em análise. Freud (1937), em seu texto *Análise terminável e interminável*, deu exemplos significativos de pacientes que estavam bem na ocasião do término da análise e que por circunstâncias novas e desorganizadoras haviam adoecido novamente, o que não era indicativo de que a finalização do trabalho havia sido equivocada, mas sim de que a análise é um processo que devemos retomar de tempos em tempos.

Esses autores suscitaram as seguintes questões: “Estaria Freud certo quanto à etiologia da neurose traumática? Seria ela constituída a partir de uma experiência vivida na vida adulta e teria relação com o narcisismo e com a constituição da fantasia ou seria ela uma feição da neurose infantil?”.

Para a escola inglesa, o trauma infantil seria reinvestido por uma situação traumática vivida na fase adulta, que desencadearia uma neurose. Já Freud, quando assinalou o aspecto da depressão e melancolia nas neuroses traumáticas, denunciava a dessexualização, apontando para o papel da pulsão de morte nesse quadro clínico específico. Nesse sentido, ele aproximou a neurose traumática da melancolia. Podemos especular se entre os motivos que levaram Freud a fazer essa aproximação não estariam os ditames cruéis do supereu que massacram o eu em ambas as enfermidades, além do humor depressivo e da retração da libido, comum às duas patologias.

5.2.

Função da fala na clínica

O trauma destrói as fantasias do sujeito, abalando a segurança e a proteção que acreditava desfrutar. Após viver uma experiência dessa ordem, o sujeito sente-se extremamente vulnerável e ameaçado. Em virtude de todo o sofrimento passado, já que o sujeito teve sua identidade e sua imagem despedaçadas pela

violência do choque, surge o desejo de livrar-se da angústia intermitente advinda do acontecimento traumático.

Nestes casos, a entrada em análise pode ser fundamental, já que o traumatizado encontrará no analista a figura em quem depositar o descrédito em relação à vida e a dor da desilusão de estar a salvo da morte. Deste modo, o analisando encontra um outro para ampará-lo. Através do amor de transferência será possível reconstruir a confiança em si e no outro que fora desmantelada. Ter quem o escute poderá ajudá-lo a compreender melhor o que lhe ocorreu, e por qual razão esta vivência teve efeito tão disruptivo.

Dentro desta perspectiva podemos refletir acerca do seguinte comentário: o trauma serve como recordação de um passado que não foi experimentado inteiramente quando ocorreu; assim, ele registra a força de uma experiência que não foi inteiramente vivenciada (Caruth, 1995).

Através da fala na clínica, as marcas deixadas pelo trauma serão inscritas na cadeia significante e deixarão de produzir os efeitos indesejados que atormentam o sujeito. A análise promove a restauração da capacidade interpretativa do psiquismo através do rearranjo da fantasia. Isto é possível porque ao mesmo tempo em que os traços mnêmicos são permanentes, eles são alteráveis. Ou seja, a memória é passível de novos arranjos, de retranscrições, conforme Freud (1896b) esboçou na Carta 52 em correspondência a Fliess. Portanto, desde os primórdios da psicanálise, a memória foi teorizada como um material vivo, isto é, passível de modificações. O fato de o aparelho psíquico ser um aparelho de escrita garante a aposta que todo analista deve fazer, a cada caso e a cada vez, de que aquele que se sente desamparado e indefeso frente aos efeitos do trauma pode encontrar uma saída para o sofrimento.

O relato feito ao analista promove uma reparação ao seu autor. Além de possibilitar que este se desembarace das teias de suas terríveis lembranças que se tornaram inesquecíveis, e que tamanha a dor lhe evocam, permite que ele recupere parte do que fora perdido, sua imagem narcísica, suas referências subjetivas e, em muitos casos, a dignidade e humanidade devastadas pelo incidente traumático.

Certamente a escuta clínica tem o poder de levar os psicanalistas a servirem como testemunhas para o que a vida apresenta como mais inexplicável, as armadilhas do destino, capazes de nos reduzir a um mero objeto subjugado pelo

Outro. Quanto ao lugar do analista, que esbarra no impossível, refletimos sobre a seguinte afirmação:

Enquanto psicanalistas, buscando modos de simbolizar o insuportável, tentamos testemunhar de forma a que nossa escuta se faça escutável, abrindo brechas no império da morte. A nós cabe a pergunta sobre de que modo dar algum contorno a este trauma (...) que indica a impossível tentativa de realizar o não-sentido absoluto. (Schweidson, 2003, p. 31).

- “A vida não é justa!”, esbravejam em tom uníssono nossos pacientes. A incapacidade de aceitar a frieza e o desamor do pai sob as vestes do destino dilacera o ser humano, levando-o a ficar sem saída, só restando para alguns o pensamento de morte como forma de aplacar a angústia.

Tomando emprestado de Seligmann-Silva (2003) uma expressão empregada em seu estudo sobre testemunho, podemos pensar nos efeitos da fala quanto à elaboração do trauma como um “atravessamento da morte”, que problematiza a relação entre a linguagem e o real. Sabemos que a fala atesta a impossibilidade de se apreender a realidade em sua totalidade. Como afirmou Lacan, o encontro com o real é sempre perdido, pois é impossível ter acesso direto a ele.

Diante do excesso de realidade, o próprio testemunho enquanto narração testemunha uma falta, a saber, a cisão entre a linguagem e o evento vivido (Seligmann-Silva, 2003). Dentro desse raciocínio, podemos compreender a seguinte reflexão:

Como uma forma de relação com os eventos, o testemunho parece ser composto de pequenas partes de memória que foram oprimidas pelas ocorrências que não tinham se assentado como compreensão ou lembrança, atos que não podem ser construídos como saber nem assimilados à plena cognição, eventos em excesso em relação aos nossos quadros referenciais (Felman, 2000, p.18).

5.3. Vinheta Clínica

A clínica psicanalítica tem muito a contribuir sobre o estudo dos efeitos psíquicos do trauma. Assim, trazemos para reflexão casos de pacientes que adoeceram após vivenciarem uma situação aflitiva de ameaça à sua integridade física e psíquica. Viver a morte como realidade iminente deixa um resto, isto é,

um corpo estranho no psiquismo, já que o nosso aparato psíquico não representa a própria morte, de fato no nosso aparelho de linguagem só há como registro a morte do outro.

Após a ocorrência do trauma, muitos sujeitos entram num estado emocional muito peculiar, de extrema fragilidade. Enquanto uns se vêem numa tristeza profunda, extremamente indefesos, outros diferentemente mostram-se tomados por um ódio e uma desconfiança aparentemente inexplicáveis. Podemos facilmente identificar nesses pacientes um estado mental próximo ao da melancolia ou até mesmo ao da paranóia, como veremos a seguir nas vinhetas clínicas.

Muitos sujeitos traumatizados deslocam a libido do mundo exterior para o seu eu, que está empobrecido e mortificado, e, portanto, identificado com um objeto perdido. Assim uma sombra pode abater-se sobre o sujeito, configurando um estado melancólico. Por outro lado, a revolta por ter se sentido enganado pela ilusão neurótica de estar amparado e protegido pode levar a intensos rompantes de ira, que inclusive podem atrapalhar o andamento da análise se a transferência negativa se tornar muito intensa. Como o paciente não suporta defrontar-se com um Outro falho, não todo, insuficiente, ele elege um Outro inteiro, completo e extremamente ameaçador, que carrega o sadismo do supereu que se voltou contra o eu após o trauma, vindo a construir um delírio paranóide, e não paranóico, já que não há a certeza de estar sendo seguido, resta sempre uma dúvida em se tratando de um neurótico.

Sendo assim, notamos que em certos casos, após o trauma, a agressividade do supereu pode tornar-se extremada, como é o caso na melancolia e na paranóia. O sujeito fica sendo espezinhado por essa instância interna, desconectada do ideal do eu e de qualquer noção de moralidade. Através de imperativos categóricos destrutivos, o supereu impõe severos castigos ao eu que empurram o sujeito para a destruição. Deste modo, o sadismo e a crueldade do supereu a serviço da pulsão de morte podem perder sua medida, levando muitas vezes o sujeito a atuações perigosas e danosas. Portanto, do trauma pode advir um luto bem-sucedido ou um extremo mal-estar que compromete o futuro do sujeito. Vejamos os efeitos do trauma e a sintomatologia da neurose traumática caso a caso.

- Caso clínico de **Adriano**:

Adriano tinha cerca de 40 anos quando procurou o ambulatório de psicologia na clínica onde fazia fisioterapia. Ele havia sofrido uma fratura no braço esquerdo que havia deixado sequelas. Logo na primeira entrevista, o policial apresentou uma queixa bastante específica; procurava ajuda de uma analista, pois se sentia apavorado, “em pânico”, para sermos mais exatos. Ele sofria com a angústia de sentir que iria morrer a qualquer momento. Chegava a tamanho mal-estar repentinamente que se via com a respiração ofegante e sentindo muita dor no peito. Nesses momentos parecia estar à beira de um ataque cardíaco, e, de fato, ele era hipertenso, característica que herdara de sua mãe que falecera em decorrência da cardiopatia.

Adriano acordava de madrugada no meio de um sonho e tinha muito medo de se levantar e ir sozinho ao banheiro, momento em que era apanhado por uma sensação de insegurança muito grande, aparentemente, inexplicável.

Contudo, apesar de estar se sentindo fraco e desamparado, não pedia ajuda à sua esposa, pois não queria que ninguém soubesse o quanto estava se sentindo mal e fragilizado. Tinha que se livrar disso tudo sozinho. Como permitiria que ela viesse a conhecer sua vulnerabilidade? Logo ele, que era um policial militar de quem se esperava que fosse “guerreiro” e “vibrador”, para usar as palavras que povoam o linguajar dos policiais, estava doente daquele jeito?

Então, angustiava-se mais ainda por precisar fingir que estava tudo bem. Admitir que não podia controlar suas emoções, que não tinha autonomia sobre seu corpo, era mais do que mostrar-se frágil, era ter de conviver com a perda de sua imagem fállica, o que era extremamente desorganizador. Desde algum tempo, ele não sentia mais nenhuma vontade de sair de casa e, quando o fazia, sentia-se muito mal. Subitamente, sofria um ataque de nervos: suas pernas tremiam, seu peito doía, tinha palpitações, falta de ar, tonteira e cabeça leve.

No início do tratamento, foi pedido que descrevesse tudo o que sentia, que relatasse todas as sensações que lhe arrebatavam e em que circunstâncias elas costumavam surgir. A analista queria fazê-lo construir uma demanda de tratamento a partir da circunscrição dos sintomas.

Adriano havia encontrado alguém com quem podia dividir sua angústia. Finalmente, ele podia revelar seu segredo, já que havia encontrado alguém para

quem podia mostrar toda sua impotência e fragilidade. Achava que a analista sabia exatamente como curar seus sintomas; embora esta não fizesse a menor idéia de por que eles haviam surgido e quando se abrandariam.

Contou em análise que, quando se via embaixo de uma marquise, sentia-se tonto, muito aflito com a possibilidade que considerava real dela desabar a qualquer momento sobre sua cabeça. O mesmo sentimento de angústia lhe ocorreu quando atravessava a ponte Rio-Niterói. Olhava para o horizonte e não via um fim. Sua aflição se devia ao fato de ter sido transportado fisicamente para uma situação de armadilha imaginária que lhe parecia análoga ao que ocorria em sua vida, já que nela também era incapaz de avistar o fim da linha para aqueles sintomas terríveis que tomavam seu corpo à revelia.

A cada sessão, Adriano falava sobre como estava doente. Ele decidira procurar tratamento psicológico por conselho de um outro PM, amigo seu, que estava reformado e já havia passado por situação semelhante, e se curara com a ajuda de um psicólogo. Síndrome do pânico era o diagnóstico entregue pronto por Adriano à analista já na primeira sessão. Também achava que tinha transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), pois havia identificado nos seus sintomas as mesmas características descritas numa revista científica, que lera na ante-sala de um hospital sobre esse transtorno.

Adriano comparava sua vida profissional e social atual com a que tinha antigamente, e se entristecia por “as coisas não serem mais tão boas como eram antes”. Estava deprimido. Havia se tornado um “cara parádão, sem ânimo para nada”. Embora tivesse muito tempo ocioso, uma vez que estava afastado do trabalho, não queria fazer nada para ocupá-lo, nem pretendia voltar a exercer o ofício de policial. O curioso era pensar que sempre fora um homem trabalhador, por essa razão estranhava a própria ausência de motivação e desejo.

Em anos anteriores, Adriano tivera uma vida totalmente diferente, era muito ativo. Ao mesmo tempo em que policiava as ruas, produzia jóias em suas horas de folga. Tivera a sorte de herdar o dom de seu pai, um comerciante português que fora um bom ourives. Muito foi contado sobre a época em que ele estava na “pista”, como os policiais chamam a rua, sobre a ocasião da Ditadura no Brasil, enfim sobre os momentos mais difíceis de sua vida.

Seus sintomas haviam surgido após a vivência de um episódio dramático e violento, quando, no meio da rua, foi identificado como policial militar de nome

X por um sujeito, que lhe era desconhecido e, então, foi atacado. Era um dia comum, no qual havia se dirigido de carro ao comércio local, próximo a sua casa, a fim de fazer o pagamento de uma conta de luz, como era de hábito. Portanto, a última coisa que esperava, naquele momento, era passar por um susto desses. Estava desarmado, à paisana, e não portava identificação de trabalho.

Tudo acontecera muito rápido. Sua reação primeira foi partir para cima do homem, entrando em luta corporal com ele, sem se dar conta de que havia um comparsa, ao lado, armado. Este outro indivíduo derrubou-o, apontando-lhe o revólver. Contudo, ele nada sofreu, pois repentinamente uma sirene soou assustando os agressores; eles então fugiram rapidamente, deixando-o para trás. A sirene, que foi tomada como sendo de uma viatura de polícia, era, na verdade, de uma ambulância que passava próximo ao local onde estavam. Desta forma, teve sua vida poupada por um mero acaso. Por questão de segundos, poderia estar morto. Adriano padecia de uma neurose traumática desencadeada após a tentativa de assassinato.

Todavia, antes de ter passado por essa experiência terrível, Adriano havia vivido duas circunstâncias igualmente penosas. A primeira, a morte repentina de sua mãe, que falecera de ataque cardíaco, caindo morta bruscamente no chão, em frente ao portão de sua casa, logo após ele ter pedido para que ela abrisse o portão para entrar na garagem, com o carro cheio de compras que fizera para ela. A segunda, o falecimento de seu pai, que sofria de uma doença degenerativa, e de quem havia cuidado por longo tempo, tendo inclusive tirado licença do trabalho para dedicar ao pai todo seu tempo disponível.

Provavelmente, o desamparo em que se encontrava também decorria da falta que sentia de seus pais, pessoas muito amadas e figuras extremamente importantes para ele, e não somente da experiência de ter estado tão perto de perder sua vida.

Além desses eventos dolorosos, julgamos ter existido outro fator que contribuiu para o seu adoecimento. A analista notou que o paciente portava habitualmente uma tipóia que mantinha imobilizado seu braço esquerdo, apesar de estar frequentando sessões de fisioterapia há muitos meses. Quando a analista começou a indagar sobre seu tratamento médico, foi a ela revelado que naquele acidente ele havia quebrado o membro superior e por isso tivera que engessá-lo. Porém, devido a uma imperícia médica, havia ficado mais tempo do que o

permitido com a imobilização e, por consequência, viera a perder o movimento do braço.

Então era isso, ele havia sido negligenciado. Constatava-se, desse modo, a vivência de mais uma situação violenta e dramática, já que o que seria algo corriqueiro – um braço quebrado – havia se tornado algo muito grave. Agora tinha um membro enfraquecido pendurado junto a seu corpo. Essa situação comprometia sua própria imagem. Antes disso, era um policial militar da ativa e agora estava incapacitado. Assim, mais uma vez, ele se deparava com a falta (de cuidado, de atenção) e com o desamparo. Como poderia não estar se sentindo tão frágil e sozinho?

Como se tratava de um neurótico obsessivo, Adriano colocava-se em um lugar passivo, aprisionado pela inércia que impedia que corresse atrás de seus desejos. Não apenas no episódio de negligência médica, porém em muitos outros relatados durante o tratamento, ele repetia a mesma condição masoquista. Submetia-se facilmente à realidade que o prejudicava sem buscar uma alternativa, era a lei do menor esforço, procurando criar o mínimo de conflito possível. Ele passou a se perguntar por que não havia procurado receber um ressarcimento de danos materiais e morais após ter sido vítima de imperícia médica.

Para esclarecer a situação, cabe trazer mais um dado, Adriano havia perdido uma grande oportunidade, deixara escapar de sua mão a chance de ter uma casa na praia, como havia sonhado por tantos anos. Não havia conseguido concretizar um sonho que estivera em suas mãos, vindo a desfrutar da companhia de sua família num adorável lugar nos momentos de lazer. Aliás, ter lazer não era algo que se permitia com facilidade. O seu pai havia comprado um terreno na Região dos Lagos, dado uma entrada e pagado algumas prestações. Depois de um tempo, não podia mais arcar com as prestações que já estavam atrasadas, então Adriano resolveu ajudá-lo, assumindo sua dívida. Ficou combinado entre pai e filho que, ao fim do pagamento de todas as mensalidades, Adriano seria o dono do imóvel, mas ele nunca havia se disposto a ir ao cartório regularizar a situação. Enquanto seus pais eram vivos, insistiram muito para que ele passasse o terreno para seu nome, mas nunca era a hora certa para fazê-lo, a tarefa era sempre adiada. Ele não se permitia um ganho daquela magnitude.

Depois que seus pais morreram, a transferência do título tornou-se impossível. O imóvel teria que entrar na relação de bens do inventário e seria

dividido entre ele e as irmãs, já que elas deixaram claro que não respeitariam o acordo feito entre ele e o pai. Apesar de ter ficado contrariado com a atitude das duas irmãs, Adriano não o demonstrou efetivamente nem para elas e nem na sua análise, embora tenha feito questão de repetir numa sessão as palavras de uma delas: “Não sei de nenhum acordo entre vocês. Se não está no papel, ele não vale nada, azar o seu!”. Mesmo sentindo-se injustiçado, continuava a não se afetar, ao menos conscientemente, já que sofria dos tenebrosos sintomas físicos e psíquicos. Ao invés de se sentir irritado, mantinha-se calmo. Para não causar qualquer tumulto, evitava discutir com elas, omitindo seu ressentimento. Continuava a ser aquele cara bonzinho e generoso com toda sua família, inclusive ajudando-as nos momentos mais difíceis.

Um dia chegou a passar mal na sala de psicologia, sentindo-se como se sua pressão tivesse subido bruscamente, num momento em que a analista tentava levá-lo a refletir sobre o lugar desagradável, passivo e masoquista, que se obrigava a ocupar. Ela percebeu então que errara na medida, não soubera dosar bem o grau de angústia provocado no paciente, em outras palavras, havia sido “pressão demais” para ele suportar. Aparentemente, ele não havia percebido nenhuma relação entre o conteúdo da conversa e o seu efeito, o súbito mal-estar físico. Mas com o tempo, foi se dando conta de que certos assuntos lhe despertavam muita angústia e entendendo o porquê, e não voltou mais a passar mal como naquele dia.

Pelo que Adriano disse em análise, ele não se abalara após a morte dos pais, pois tinha que ser forte o suficiente para amparar suas irmãs que estavam muito mobilizadas. Nem conseguira chorar pela dor que sentira na ocasião, o que fez depois junto à analista, no momento em que refletiu sobre a tristeza de ter se tornado órfão.

Assim, embora considerasse que seu mal-estar havia tido início após o acidente na rua, acreditamos que a perda recente dos seus pais tenha colaborado para o desencadeamento da neurose traumática.

A partir deste caso clínico, observamos que não é somente a ocorrência de um evento único que pode levar ao advento de uma neurose traumática, mas que um conjunto de situações que fazem o sujeito se sentir desamparado pode ocasionar adoecimento neurótico desta ordem. Afinal, os sintomas são sobredeterminados (Freud, 1893b), deste modo, não há como se estabelecer uma única causa para o aparecimento de um determinado sintoma.

O pensamento obsessivo de morte e as penosas auto-acusações de ser um “cara fraco e medroso”, que invadiam o pensamento de Adriano, haviam surgido após o grande susto de quase ter sido assassinado a sangue frio. Ocorrera com o trauma uma radicalização do supereu, que desconectado de toda noção de moralidade, maltratava o eu. O fato de ter percebido que sua vida chegaria ao fim mediante ato cruel de um bandido fez com que Adriano se sentisse muito amedrontado, deixando-o num estado de angústia crônico e difuso. A fantasia de que era um homem muito forte, que podia se proteger das peças trágicas que prega o destino, havia sido esfacelada por completo. Ainda tinha que lidar com a perda da mobilidade de seu corpo, o que só contribuía para se sentir ainda mais impotente e diminuído.

Com todo o desamparo que adveio dessas circunstâncias, Adriano perdera a confiança em si mesmo. Não se sentia mais seguro para nada. Ele não entendia por que era tomado pela absoluta certeza de que morreria a qualquer momento. Realmente, em algumas ocasiões, seu coração batia tão forte, acelerava-se tanto, que parecia que ia entrar em colapso.

A ameaça de morte feita por aquele criminoso continuava a lhe perturbar. Entretanto, ela agora partia de dentro, do supereu, sem que Adriano percebesse que ela era interna. Com o passar do tempo, a presença da angústia parecia sinalizar-lhe que a morte estava próxima. O seu corpo não resistiria a tamanho mal-estar.

A análise permitiu que retomasse a confiança em si mesmo, a partir da desconstrução da imagem do PM como um homem onipotente e fálico. Com a instauração de uma nova lógica, a do inconsciente, era possível aceitar a falta de autonomia do eu e entender melhor a íntima relação entre corpo e mente. Sofria de sintomas físicos porque havia sido exposto ao desamparo. Adriano havia ficado na condição de vítima; de alguém que podia desaparecer em um minuto por obra da malevolência de um criminoso desconhecido. Ali estava como um objeto do gozo do Outro.

Foi preciso elaborar a perda dos pais queridos e fazer o seu luto para que recuperasse a vontade de viver. A análise também permitiu que rompesse com a identificação com o morto, com o significante “paradão, sem vontade de nada” e com a *aphanisis* de seu desejo. Adriano veio a construir possibilidades outras para seu novo eu. Surgiram assim novas referências subjetivas, ele podia agora ser o

“paizão”, que tinha tempo de pegar as filhas no colégio, de estudar com elas, de levá-las ao médico enquanto sua esposa trabalhava. No passado, ele havia perdido muitos momentos de convivência com as meninas em função de seu trabalho como policial, que, somado à tarefa desempenhada na folgas e a atenção dada aos pais idosos, deixava-lhe um tempo ínfimo para a família. Agora podia acompanhar de perto o crescimento e o desenvolvimento delas, o que lhe trazia muito prazer e satisfação.

Embora tenha ficado com uma sequela do acidente, podia realizar muitas outras coisas, entre elas uma atividade física de baixo impacto. Foi o que acabou procurando fazer para aumentar seu bem-estar, através de caminhadas quase diárias, hábito adquirido após entrada em análise. Adriano passou a frequentar aulas de *yoga*, ainda que estivesse com pouca força e movimento no braço. Estava sentindo-se muito bem com os efeitos da nova prática em seu corpo e mente.

Por fim, o paciente foi reformado por causa da deficiência física adquirida após o erro médico. Nesta época, já estava fazendo planos de vir a montar seu próprio negócio, querendo retomar o trabalho como artesão, desta vez na produção de bijuterias. Finalmente, o desejo acossava-o, levando-o a buscar preencher a falta (de dinheiro, de realização e de desafios) que não estava mais encoberta; momento no qual Adriano deixou a análise.

- Caso clínico de **Leonardo**:

Leonardo, de aproximadamente 30 anos de idade e 10 anos de Polícia Militar, sofreu um atentado de grandes proporções contra sua vida quando deixava o batalhão numa viatura policial, ao lado de um colega de serviço. Este crime ocorreu na época do Natal de 2006, um mês antes da posse do novo governador do Estado do Rio de Janeiro, em meio a uma onda de atentados terroristas cometidos a mando de facções criminosas, que queriam espalhar o terror pela cidade do Rio de Janeiro. Nesta época, portas de delegacias foram alvejadas durante a madrugada, ônibus foram incendiados, policiais militares que realizavam patrulhamento na rua foram atingidos em plena luz do dia, entre outras ações violentas e bárbaras, levando a população a se sentir ainda mais insegura e vulnerável.

A viatura em que se encontrava Leonardo passava pela rua do batalhão – de mão dupla, muito tranqüila por sinal – quando foi atacada por homens que

vinham em um carro na direção contrária, e que dispararam imediatamente seus fuzis contra eles. Foi tudo muito rápido e assustador. Os dois policiais militares revidaram, porém estavam em menor número e dispunham de menos munição; tentaram então sair o mais rápido possível do veículo sem serem atingidos. Tiveram que procurar abrigo, pois os bandidos davam uma rajada de tiros atrás da outra. Pediram ajuda pelo rádio, “prioridade”, como chamam no jargão, para que fosse enviado apoio, mas este nunca chegou. Enquanto estavam abrigados, os bandidos lançaram algumas granadas que explodiram muito próximo de onde se protegiam, apavorando-os.

Leonardo viu “a morte de perto”. Estava certo de que aquele era o fim da linha para os dois. No entanto, eles não sofreram grandes danos. No caso do paciente, ele foi ferido em várias partes do corpo por estilhaços e teve uma bala alojada na costela, sem que sua vida fosse colocada em risco, o que parecia um verdadeiro milagre. Quando retornaram ao batalhão, ninguém acreditava no que estava vendo, pois a viatura parecia uma peneira, com tantas marcas de tiro que apresentava em sua lataria.

Com o tempo, todos do quartel foram se esquecendo daquele episódio e deixando de comentá-lo. Todavia, o paciente não podia esquecer tamanho susto. Mesmo muitos meses depois, ele continuava a ouvir os estrondos dos tiros e das granadas. Em muitos momentos do dia, toda a cena de horror era lembrada em detalhes e, dessa reedição imaginária que tinha um cunho quase alucinatório, advinha grande angústia. Não conseguia concentrar-se em nada por muito tempo, pois era capturado habitualmente pela recordação dolorosa.

Leonardo não se conformava de não lhes ter sido enviada nenhuma ajuda. O fato de terem tido que se virar sozinhos havia provocado nele uma grande perturbação. Causava-lhe imensa dor constatar a falta de “espírito de corpo”, mentalidade que deve nortear a tropa. A percepção de sua vulnerabilidade e da inconsistência do Outro, no caso, da Polícia Militar, que não havia o protegido adequadamente, era bastante desorganizadora para seu psiquismo.

Naqueles minutos de pesadelo que haviam durado uma eternidade, Leonardo esteve à mercê do Outro, transformado em um verdadeiro objeto, engolido pelo seu gozo. O paciente disse à analista em uma das sessões:

- “Se eu tivesse entrando na favela, durante uma operação policial, e ocorresse uma reação deste tipo da bandidagem, não teria ficado tão mal como estou agora.

Levei um baita susto! Foi horrível! Quando vamos para uma operação, sabemos o que iremos encontrar, esperamos que o embate aconteça. Mas naquela hora do dia, na rua do batalhão, era a última coisa que esperava que pudesse acontecer comigo”.

Portanto, nos momentos em que se expunha ao perigo, Leonardo podia preparar-se antecipadamente para o fato de que algo de errado podia lhe acontecer. Da forma como tudo ocorreu, do modo como foi alvejado, não podia haver outro resultado senão o advento de uma neurose traumática, já que a fantasia de poder estar seguro em determinados lugares havia mostrado ser uma falácia.

Como ele inconscientemente não se achava digno de ter sobrevivido àquele ataque criminoso covarde, adotou um comportamento suicida, tentando antecipar o fim que estivera tão perto de acontecer. Chamava a morte para se ver livre o quanto antes da angústia; da angústia sinal, que indicava a possibilidade de viver novamente o encontro com o real; e da angústia automática, que provocava sensações horrorosas e incontroláveis em seu corpo como o coração disparado, suor excessivo, estômago embrulhado e boca seca.

Passavam em sua cabeça “idéias loucas de destruição”, como confessou à analista no primeiro dia de entrevista, no que se seguiu a seguinte confissão:

- “Só tô [sic.] sentindo vontade de fazer merda, só penso em besteira. Eu tô [sic.] revoltado!”.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que não alterava seu semblante ao falar das “besteiras” das quais seria capaz, parecia recluir o que poderia causar a alguém, se tivesse uma boa desculpa para colocar sua agressividade para fora. Para tanto, precisava apenas de um bode expiatório. Denunciava, assim, sua falta de controle aliada a um desejo insano de destruir. Chegou a afirmar:

- “Sei que vou me prejudicar, pois vou fazer uma besteira, se eu ver [sic.] uma covardia na rua. Pode parecer mentira, mas, às vezes, a raiva que eu sinto é tão grande que dá vontade de sair arrastando os caras no asfalto até esfolá-los”.

Era inevitável associar o ato evocado como uma fantasia sádica (de arrastar o outro e esfolá-lo vivo) à morte do menino de seis anos chamado João Hélio ocorrida poucos dias antes dessa fala, e que continuava comovendo os cariocas. Por mais absurdo que possa parecer a alguém, Leonardo ousava dizer que gostaria de repetir ato tão cruel e desumano, que suscitou tanta indignação e

pena, sendo execrado pela sociedade, deixando a analista chocada. O paciente fazia alusão, desta maneira, a um dos crimes mais bárbaros já vistos nos últimos tempos, do menino preso pela barriga ao cinto de segurança, que foi arrastado fora do carro por mais de sete quilômetros pelas ruas da Zona Norte, em fevereiro de 2007, após o roubo do veículo em que estava com sua mãe, uma amiga dela e sua irmã mais velha (as três se salvaram, pois saíram imediatamente do veículo). Como Leonardo podia revelar possuir em seu pensamento tamanha animosidade?

Esta fala revelava a face mais violenta de seu desejo, e indicava o quanto estava tomado por um ódio profundo. Queria causar em seu semelhante a dor que ele próprio sentia. Leonardo havia tido coragem e força para buscar ajuda de um psicólogo no batalhão e para que este entendesse a fúria que o habitava, não podia esconder seus sentimentos. Ele precisava mostrar seu desejo perverso e insano em sua natureza mais verdadeira. Somente desta maneira, podia fazer o outro compreender todo o mal-estar em que se encontrava mergulhado. De uma coisa podemos ter certeza, sua afirmação serviu para revelar o elevado grau de sadismo do supereu em relação ao eu, que queria fazer dele seu fetiche negro, um mero instrumento de seu gozo.

A presença de uma destrutividade consistente dirigida ora para si e ora para os outros era evidente, não só para o analista, mas também para o analisando. A constatação de que algo que devia ter sido mantido oculto tinha sido explicitado angustiava-o. Em uma das sessões em que falava sobre o acidente, comentou:

- “Eu não morri, mas sinto um vazio por dentro que me corrói; por dentro eu estou oco! É como se estivesse morto desde então”.

Portanto, estava identificado com o morto, sobre seu eu pairava uma sombra que escurecia seu pensamento e o contaminava com excessiva agressividade. Logo se tornou evidente o massacre que o supereu estava impondo ao eu desde o trauma, humilhando-o e diminuindo-o. Leonardo sentia-se culpado e seu eu estava sendo punido por essa instância, alimentada pela pulsão de morte em sua vertente mais sádica. Foi essa explicação que a analista encontrou para justificar a seguinte indagação feita pelo paciente:

- “Por que eu não morri como muitos de meus colegas que passaram até por situações menos graves que a minha?”.

Em realidade, os ataques criminosos cometidos contra policiais militares em serviço na cidade do Rio de Janeiro entre o final de 2006 e o início de 2007

provocaram a morte de dezenas deles e deixaram outros tantos feridos. Diante desta realidade cruel, como Leonardo podia acreditar num feliz acaso que evitara sua morte? Por que a sorte havia lhe sorrido? Logo para ele? Até quando seria assim? Como não havia ocorrido o pior, ele acabou ficando num estado de expectativa angustiada, como se tivesse ganhado apenas poucos dias de vida, certo de que no futuro não poderia escapar do seu destino por uma segunda vez.

Com esses questionamentos, Leonardo demonstrava seu sentimento de inferioridade³³ latente, comprovando assim a tese de Freud de que este complexo é formado através da combinação da falta de amor com um forte sentimento de culpa – por estar aquém do seu ideal. O seu eu frágil massacrado pelo supereu criava uma barreira quase intransponível à superação do trauma.

Leonardo não sofrera nenhum dano físico significativo, e uma neurose traumática havia se constituído após o ataque violento pelo qual passara, o que corrobora a tese de Freud (1920) de que a ocorrência de um dano físico não é condição para um adoecimento deste tipo.

O policial havia ido ao ambulatório de psicologia de seu batalhão buscar um controle externo que lhe oferecesse amor e proteção, para fazer oposição ao supereu sádico que havia tomado conta de sua vida mental. Assim, poderia vir a organizar o caos instaurado com as demandas incessantes da pulsão de morte.

Ele não sabia explicar por que havia começado a beber todos os dias, como nunca fizera até então. Ia para o bar na saída do serviço e de lá só voltava bêbado, fato que ocasionava muitas brigas com sua namorada, que inclusive muitas vezes tinha ido buscá-lo de lá.

Leonardo não conseguia se controlar frente ao impulso de beber; bastava que desse o primeiro gole e, então, não sabia mais quando era hora de parar. Estava sendo, pois, obediente, aos ditames de gozo do supereu, cujo imperativo categórico levava-o à destruição. Via-se impotente para driblar as demandas da pulsão de morte.

³³ Aqui cabe fazermos uma pequena apreciação acerca deste complexo. Freud não se preocupou em empregá-lo de forma sistemática, embora tenha o feito em algumas passagens de sua obra, como indicativo da percepção de não ser amado. Segundo Laplanche & Pontalis (1998), ainda que este conceito tenha tido grande importância para Adler, seu uso imoderado e fortuito foi duramente criticado por Freud. Isto porque o sentimento de inferioridade foi utilizado para justificar uma série de comportamentos diferentes entre si como a necrofilia e a homossexualidade.

Como lembrou Kupermann (2007)³⁴, a bebida tem um efeito anestésico, livrando o sujeito da angústia. Sob o efeito da droga, o homem torna-se menos capaz de ser afetado por si e pelos outros. Era isso que Leonardo estava procurando. Buscava uma fuga para a encruzilhada em que se encontrava. Depois do acidente, tudo havia desandado em sua vida. Passou a detestar ir ao quartel para trabalhar, afinal tinha que se adaptar a um serviço desinteressante e desvalorizado em seu meio – de faxina – e ainda tinha de aguentar as provocações de seus colegas quanto à sua alteração de humor, já que se encontrava muito impaciente e explosivo.

De vez em quando, a angústia era tão avassaladora, que Leonardo pensava em “escapar, sumir, desaparecer, ir para um lugar tranquilo”, por isso chegou a cogitar pedir transferência para outra unidade policial, do interior, região onde a violência é menor. Achava que desta forma não seria mais molestado. Então, foi preciso indagar-lhe: “Como poderia escapar de um problema que não era externo?”. A falta de tranquilidade que o tirava do sério tinha origem em seu mundo interior. Este problema iria acompanhá-lo onde quer que fosse, por mais pacata que fosse a área na qual viesse a servir.

Tendo em vista este panorama de desamparo e sofrimento, a analista optou por encaminhá-lo à psiquiatria, ao médico responsável pelo serviço de recuperação de drogadicotos no hospital central, que também prestava assistência ambulatorial. Era necessário oferecer a ele um atendimento médico também.

Leonardo era de novo uma vítima, desta vez, de si mesmo, um objeto de gozo do supereu. O vício da bebida já vinha causando estragos em seu corpo magro e franzino. Sofria de enjoos matutinos após as noites de bebedeira, que o impediam de se alimentar direito, o que só fazia piorar suas frequentes dores de estômago.

O excesso de bebida afrouxava seu compromisso com o trabalho, com a namorada e com sua família. Como estava no caminho da auto-destruição, vinha perdendo o respeito e a confiança da namorada, que não queria vê-lo levando aquela “vida largada”, passando horas a fio em um botequim bebendo.

³⁴ Em comunicação intitulada *Reflexões acerca da progressão traumática e suas consequências clínicas* proferida no Encontro Nacional - *Trauma e Memória* em 15 de junho de 2007, no auditório RDC da PUC-Rio.

Apesar de estar sofrendo física e mentalmente, o sofrimento não era suficiente para barrar o gozo. Por causa do alcoolismo estava perdendo sua “mina”, como chamava curiosamente a namorada, uma mulher mais velha, independente, mãe de dois filhos “já criados”. A ambiguidade dos sentimentos de Leonardo em relação a ela estava explicitada no significante “mina”. Tanto ela representava uma fortuna, quanto um perigo, seria uma mina de ouro ou de dinamite? Apesar de passar todas as noites na casa dela, não moravam juntos. Até porque ele não estava pronto para deixar sua mãe, a despeito do péssimo relacionamento que tinha com ela.

Leonardo dizia que sua mãe o destratava como sempre o fizera, desde muito cedo, preferindo o filho mais velho – “o queridinho da mamãe”. Ele não havia convivido com o pai, que se separara de sua mãe quando era bem pequeno, tendo saído de casa “sem olhar para trás”. Em todos aqueles anos de afastamento da família, nunca mais havia procurado ter notícia dos filhos. Leonardo criticava muito seu pai por essa atitude leviana e irresponsável, que interpretava como desinteresse e falta de amor. Como não queria repetir os erros dele, arcava com os custos da família (de sua mãe e de seu sobrinho de 17 anos, filho de seu irmão mais velho, que era tratado como se fosse seu próprio filho). Apesar de dizer que havia perdido toda a paciência com a mãe porque não era respeitado como devia naquela casa, ele continuava a formar o casal incestuoso e permitir que sua mãe o desautorizasse na frente do adolescente. Temia pelo futuro dele, pois a avó permitia tudo e acobertava todas as coisas que ele fazia de errado. Assim, todas as tentativas de Leonardo de educá-lo, de ser um pai presente e atuante, eram infrutíferas. A mãe continuava a querer deixar o lugar do pai vazio.

Quanto ao arranjo familiar, ainda que o irmão mais velho tenha constituído uma nova família, nela não incluía seu filho primogênito, não se responsabilizando por nada dele. Deste modo, repetia o destino do pai. Ele também havia abandonado seu filho. Talvez no intuito de compensar a falta que sentira do próprio pai, Leonardo tenha se sensibilizado com a situação do sobrinho. Queria evitar que ele tivesse o mesmo sentimento de mágoa e revolta que sentia quando era criança por ter que crescer sem o amor e a presença do pai. Faltava carinho, atenção e respeito na relação de Leonardo com seus familiares. Ele queixava-se de não ser reconhecido em todo seu esforço de prover sua família como um pai deve fazê-lo. Nada do que fazia para sua mãe era elogiado. As

relações de Leonardo com a mãe, com o pai, o irmão mais velho e o filho adotivo eram marcadas pelo desencontro amoroso, o que o deixava muito inseguro e fragilizado. Sabemos que a ausência de investimento narcísico na infância traz consequências nefastas para o psiquismo na fase adulta, conforme indica o seguinte comentário abaixo:

A fragilidade narcísica abre as portas para a entrada triunfal da pulsão de morte, que ora ataca o eu (supereu sádico), culpando o sujeito, ou propala a desvitalização, tornando-o apático, desinteressado, entediado ou, ainda, mostra sua eficácia das duas formas (Mendlowicz, 2006, p. 56).

Quando a falta de afeto e de proteção ganhou contornos nítidos no ambiente profissional de Leonardo, o sofrimento psíquico foi inevitável. Afinal de contas, conforme nos indica Simmel (1918), o supereu do soldado é depositado nos seus chefes, e não somente o ideal de eu, conforme acreditara Freud (1921). Então, uma vez que a relação entre Leonardo e seus superiores foi posta em xeque, ele ficou sem seu suporte externo, ficando a mercê de seu supereu sadicamente insano.

O trauma ocorreu não apenas por Leonardo ter sido surpreendido por um atentado que podia ter lhe tirado a vida, mas também por não ter encontrado na instituição policial militar uma rede de amparo que assumisse os cuidados de seu bem-estar físico e psicológico. Logo após o atentado, teve que retornar ao trabalho, ainda com escoriações e dores. Consequentemente, Leonardo ficou desorientado, e decidiu procurar sozinho por ajuda, batendo à porta da psicóloga no Batalhão.

De fato, não existe até hoje na PMERJ fora do hospital central um tratamento orquestrado envolvendo médicos e psicólogos para oferecer um cuidado específico para os que passam por uma situação traumática. O policial só recebe atendimento se procurar o especialista voluntariamente.

A analista era chamada para dar sentido ao que era *nonsense*. Alguém tinha que ouvir seu relato, alguém tinha que acreditar na experiência surreal que fora vencer a morte, saindo ileso daquele ataque mortal, para que a impressão de que tudo não tinha passado de um mero embuste se desfizesse. Afinal de contas, apesar de tudo aquilo parecer ter sido uma grande mentira, tinha provocado efeitos profundamente verdadeiros.

A analista observava que grande parte do sofrimento desse paciente devia-se à necessidade dele se manter como um bom militar, um “praça padrão”, como era antes do acidente, obediente e disciplinado. Contudo, esta havia se tornado uma tarefa impossível, tamanha a revolta que o devastava. Como poderia camuflar seu ressentimento para com sua “família” Polícia Militar? Não queria mais fazer parte dela, pois se sentia renegado e abandonado.

Leonardo tinha a sensação de inadequação no quartel, em primeiro lugar, porque tinha sido colocado no serviço de faxina, já que estava na condição de IFP, que significa *incapacidade física parcial* e, assim, não estava mais apto para o trabalho de rua. Em segundo lugar, devido ao fato de não ter mais permissão para portar arma de fogo. Ele encontrava-se, como eles chamam internamente, “de SINA”, referindo-se à categoria de Serviço Interno Não Armado, situação atribuída pela psiquiatria a todos que não apresentam capacidade mental para o porte de arma, seja em função de seu estado de perturbação/confusão mental, seja pelo excesso de agressividade ou de impulsividade, que tenha sido demonstrado em alguma ação em serviço, ou que tenha sido relatada como queixa pelo próprio paciente ao médico.

Podemos deduzir que desfrutar da condição de SINA gera um efeito danoso para a figura do policial. Quem carrega este estigma tem sua imagem maculada. Como o PM não tem mais habilitação para o porte de arma, ele passa a ser o “diferente” no quartel. Portanto, esta sigla tem para os combatentes uma conotação pejorativa, trata-se de um “atestado de insanidade mental”. Além disso, é preciso estar na condição de apto para ser promovido na carreira militar.

Leonardo encontrava-se deprimido. Sua auto-estima estava muito baixa. As dificuldades pelas quais passara após o acidente, a falta de apoio da Corporação, de socorro dos colegas naqueles momentos de agonia, foram lidas como desamor. Ademais, não tinha nenhum apoio da família. O fato ocorrido havia acarretado uma quebra de ilusões que lhe haviam permitido até então manter uma certa “homeostase” psíquica, apesar da fragilidade de base.

A ilusão de estar protegido por pertencer a um grupo de combatentes da Polícia Militar, unido, coeso e poderoso, havia sido destruída, e isso fez com que sua saúde mental ficasse bastante prejudicada.

Quando ouviu de vizinhos de sua namorada, com quem estava no momento, a notícia de que dois policiais militares haviam acabado de morrer

tendo sido alvejados em plena viatura, coincidentemente em local muito próximo daquele onde o corpo do menino Hélio fora abandonado, Leonardo dirigiu-se até lá. No momento em que avistou os colegas de farda, entre os quais um que havia sido seu colega na academia militar, ficou em estado de choque, muito impressionado ao ver os corpos feridos e deformados. Enquanto os observava, via o seu rosto no lugar do deles. Esta sensação foi muito palpável, teve o cunho de uma alucinação visual, o que deixou Leonardo muito assustado. Era evidente sua identificação com um morto.

Em uma das sessões, contou à analista que, na última consulta com o psiquiatra, fora-lhe prescrito um remédio que causaria sintomas físicos desagradáveis quando bebesse. Aumentar seu mal-estar físico seria a única maneira de fazê-lo parar com o vício; teria que ele pagar um alto preço para mantê-lo: enjoos e dores de estômago que persistiriam por dias após a bebedeira. Desse modo, o psiquiatra encarnava a posição ambígua de um protetor sádico. Por um lado o médico representava uma figura apaziguadora da angústia, pela qual buscava o paciente, que havia perdido esta referência na Instituição Policial-Militar. Por outro, tornava muito caro para Leonardo manter o vício, o que podia reforçar seu gozo masoquista. Depois de algumas outras sessões, Leonardo não retornou mais aos atendimentos clínicos na psicologia.

Um dia, ao passar pela guarda na qual ele estava tirando o serviço, a psicóloga o cumprimentou, indagando-o em seguida: “E aí, tudo bem?”. Então, veio o desabafo:

- “Não estou nada bem! Eles estão me jogando de um lado para o outro, a cada dia estou em um lugar, é de dia, é de noite, me tratam como um boneco e ainda estou tendo que estar armado. Eles sabem que eu não posso. Se eu fizer uma besteira, der um tiro em alguém, quero ver quem vai responder por isso. Aí eu quero ver como vai ser!”.

No meio de sua queixa, a analista não podia deixar de ouvir aquele significativo – boneco. Desta maneira, Leonardo denunciava o lugar que estava ocupando. Ele se sentia manipulado como um fantoche pelo Outro, via-se sem voz, vontade, ou vida.

Diante da ameaça de passagem ao ato, foi preciso tomar providências. Assim, pela primeira vez a analista foi ao chefe do setor responsável pelas escalas de serviço (seção da P1), certificar-se de que a condição de não portar arma do

PM seria respeitada. Era necessário fazer uma mediação simbólica, afinal o paciente corria risco de se desestabilizar novamente. Como não havia tido nenhuma alteração na condição médica do paciente, ele continuava proibido de andar armado. Foi explicada ao Capitão – encarregado da P1 – a importância de serem respeitadas as condições médicas e psicológicas de cada policial. Todavia, o oficial insistiu na necessidade de escalá-lo para aquele serviço. O Comandante da unidade foi então consultado e decidiu reverter a situação. Por fim, a avaliação médica e a psicológica prevaleceram.

O oficial decidiu colocar Leonardo trabalhando em expediente na sua seção para que pudesse monitorá-lo de perto, tendo assumido a preocupação quanto ao estado psicológico do policial, que estava muito perturbado. Tendo tomado conhecimento do caso, o oficial tirou a seguinte conclusão: “Se ele estava de SINA, era um sujeito imprevisível, devia ser mesmo perigoso, então devia ficar de olho nele”. Não à toa, o chefe decidiu instalar uma *web cam* na mesa de Leonardo para poder acompanhar, da sala ao lado, sua movimentação. Apesar de ficar um pouco constrangido com o excesso de zelo do oficial e achar tudo “muito gozado”, essa atitude teve um efeito positivo e tranquilizador para Leonardo. Tudo que ele queria era ser olhado! Finalmente tinha novamente um olho que pairava sobre ele, como um supereu encarnado na figura do Capitão, o que abrandou o seu supereu interno. Ele estava contente com a nova atenção recebida, embora se sentisse um pouco envergonhado por estar naquela situação infantilizada.

Retornou mais uma vez ao atendimento psicológico para dizer que estava bem e já não precisava mais se tratar. Então, passadas algumas semanas, a analista foi procurada pelo Capitão P1 que queria contar como havia sido surpreendido pela competência de Leonardo, assim como pela responsabilidade com que este havia assumido o serviço. Ele estava desempenhando tão bem seu papel que fora promovido à condição de auxiliar do chefe. Como estava satisfeito com o seu rendimento, o Capitão havia mudado de opinião sobre Leonardo, tendo concluído que ele era na verdade um “bom rapaz”, inteligente e dedicado. Por essa razão, estava dando a ele um tratamento especial, com direito a determinadas concessões. Ora, tudo que Leonardo precisava era ter um lugar reconhecido, afinal de contas ele sempre havia se queixado da falta de investimento afetivo do Outro, que não o valorizava.

Do momento em que passou a ter uma função administrativa valorizada, atrelada a uma eficaz vigilância, Leonardo deixou de se sentir perturbado. Não ouvia mais os estrondos das bombas, nem dos tiros que atanzavam sua mente desde o dia em que vivera aquele pesadelo. Como a fantasia de proteção havia se restabelecido, isto é, como ele podia se sentir novamente amparado dentro do ambiente de trabalho, pôde se reorganizar psiquicamente, vendo-se livre de seus sintomas.

- Caso clínico de **Sérgio**:

Sérgio, um policial de cerca de 30 anos de idade e com cerca de dez anos de serviços prestados a PMERJ, havia levado um tiro na mão durante operação de combate ao crime organizado em um morro da cidade do Rio de Janeiro. Desde então, estava vivendo um grande drama. Chegou para atendimento psicológico no ambulatório da clínica de fisioterapia e reabilitação da Corporação logo após cirurgia para recomposição dos ligamentos da mão direita, que estava muito inchada. Durante as sessões, nas quais passava todo o tempo olhando para a mão e mexendo nela, mostrava estar em um estado de profunda tristeza, alternado com momentos de grande irritação. Não se conformava com o que lhe havia acontecido.

Qualquer outra pessoa poderia achar que ele tivera muita sorte, já que, dada a magnitude do confronto, poderiam ter ocorrido maiores danos, mas Sérgio acreditava estar vivendo um grande pesadelo.

Ainda era muito cedo para saber se haveria sequelas. Até mesmo porque ainda não havia chegado o momento de começar a fazer fisioterapia devido ao edema no local afetado. Todavia, ele já havia sentenciado o fim de muitas coisas, dizia:

- “Nunca mais poderei fazer o que mais gosto, que é trabalhar na rua, não vou poder mais praticar os esportes de que gosto tanto! Não sei o que será agora de minha vida. Não sei fazer mais nada a não ser meu trabalho como policial”.

Sérgio fazia parte da guarnição de confiança do coronel, comandante de um Batalhão da PMERJ, portanto ocupava uma posição de grande prestígio no quartel. Ter que abdicar desta satisfação era muito mais do que ele podia suportar. Desde que havia sido atingido, estava deprimido. Não sabia o que seria de sua vida se viesse a ser reformado, pois “não havia nascido para ser outra coisa senão

policial militar”. Não tinha conhecimento de mais nenhuma outra vocação, nem queria ser funcionário de algum serviço burocrático na polícia, se viesse a ficar de IFP³⁵. Assim, estava desesperado com a possibilidade de ser excluído do grupo de combatentes. Tentava se preparar para o pior, contudo não estava conseguindo lidar com a castração, ou seja, não conseguia se submeter às novas limitações impostas pelo dano físico sofrido. Se antes de ser atingido na mão, era uma pessoa feliz, que gostava muito do seu trabalho apesar do risco a que se prestava diariamente, depois do acidente, se tornou outra pessoa, triste e fechada. Sem perceber, de fato, estava buscando isolar-se, levando uma vida solitária. Havia um hiper-investimento no corpo afetado pelo acidente que impedia que se realizasse qualquer outro investimento afetivo.

Apesar do impedimento de jogar futebol, seu esporte favorito, podia ter se mantido no grupo de “pelada”, ao menos, assistindo às partidas ou indo ao final dos jogos ao local para fazer o que sempre fez – “bater um papo e tomar uma cerveja”. No entanto, não admitia mais a possibilidade disso ocorrer. Estava se sentindo tão mal consigo mesmo que não queria ficar perto de seus amigos. Evitava o contato social.

Sérgio tinha muito ressentimento em relação à mãe, com quem não possuía uma boa relação. Ela nunca havia sido próxima dele, era uma pessoa muito quieta e seca. Ele acreditava que a deficiência auditiva da mãe tenha contribuído para distanciá-la não somente dos filhos, mas também do mundo ao seu redor.

Justamente neste momento de tamanha vulnerabilidade e desamparo, deparar-se com a falta da mãe, de quem queria proteção, era muito doloroso. Ele nunca havia podido contar com ela e, nessa hora, lamentou o distanciamento que existia entre eles. Por outro lado, não conseguia receber atenção de quem sempre esteve do seu lado, de sua mulher, de quem surpreendentemente estava se separando.

Não tinha mais paciência para conviver com as diferenças que sempre havia existido entre os dois. Tudo que vinha dela o irritava demasiadamente. Parecia estar muito claro para a analista que essa separação era decorrência de uma atuação do paciente. A decisão de se separar parecia ser uma atitude insensata já que ele amava a companheira e o amor era recíproco, ainda mais

³⁵ Conforme já explicitamos, trata-se de uma restrição médica que impede a realização de serviço de rua.

porque ele estava se sentindo sozinho e fragilizado, precisando mais do que nunca dela. Embora aquele fosse o momento mais difícil de sua vida, parecia querer provar para o outro que não precisava dele. Ou será que lhe era insuportável pensar que sua mulher estava com problemas de saúde, precisando que o marido fosse forte o bastante para lhe dar apoio, tudo que ele não podia oferecer naquele momento.

Sérgio obedecia à lógica do inconsciente, segundo a qual não restava nenhuma outra saída para o relacionamento, senão o seu fim. Muitos são os casos de pacientes que após o trauma tomam decisões radicais que interrompem a vida anterior ao acidente. É comum ter desejo de se separar, abandonar a família, entre outras atuações possíveis. Com isso, a perda do movimento do membro vivida passivamente é acompanhada por outra ativamente procurada, a da família. É como se o sujeito preferisse substituir sua posição passiva por uma ativa em relação ao trauma.

Ainda que sentisse muito a falta da esposa, Sérgio havia saído de casa e não pretendia voltar. Tudo havia desandado em sua vida após o acidente, que havia virado de ponta-cabeça. E qual era a sua parcela de responsabilidade? Afinal de contas, intrigava-se com as transformações subjetivas sofridas após o trauma. Seus efeitos eram assustadores. Ele não se reconhecia mais, havia se tornado um “cara chato, desanimado e sem paciência para nada”. Então, era natural que tudo que sua ex-mulher falasse com ele fosse motivo para chateá-lo, embora não percebesse o quanto estava impaciente e intolerante com qualquer um.

Sérgio chegou a dizer que abandonava sua companheira para poupá-la do sofrimento de estar ao seu lado, já que não se sentia nada bem, física e mentalmente. Na verdade, parecia desistir do relacionamento antes que ela o fizesse. Trocando em miúdos, antes que ela se desse conta de que o companheiro não era mais o mesmo ou que, uma vez cansada de acompanhar seu sofrimento, (afinal “ela não agüentaria passar por tantas coisas ruins” ao seu lado) ela decidisse deixá-lo, ele o faria. Embora parecesse agir de forma nobre, evitando que sua amada estivesse ao lado de um homem doente e com um prognóstico sombrio, na verdade temia perdê-la e se antecipava em relação a isso.

A analista tentava alertá-lo para o fato de que estava agindo impulsivamente, por essa razão deveria repensar a decisão de pôr um fim em seu casamento, mas a intervenção não parecia surtir efeito. O analisando não

conseguia perceber que estava impondo a si próprio um castigo penoso demais. Ele era vítima de uma situação criada por ele mesmo inconscientemente, e da qual obtinha uma satisfação masoquista.

Sérgio não quis continuar com as entrevistas no setor de psicologia, que não foram muitas, o que revela o paradoxo da resistência, pois apesar de o paciente ter se queixado do quanto estava doente, ao mesmo tempo descartava qualquer possibilidade de melhora em seu estado psíquico.

De fato, o supereu estava sendo extremamente cruel com seu eu, impondo uma compulsão à repetição do trauma, que o levava a vivenciar novas perdas, vindo a perder muito mais do que a mobilidade de sua mão, incluindo nessa série, a esposa, os amigos e a esperança de melhora.

Sérgio saía da posição de passividade engendrada pelo trauma, mas ao invés de se tornar um agente capaz de elaborar o acontecimento traumático e seus danosos efeitos, estava agindo a serviço do supereu obediente à demanda da pulsão de morte. Infelizmente, nesse caso particular, a análise não permitiu que o gozo perdesse parte de sua consistência e nem que o paciente rompesse com o círculo vicioso de destruição evocado pelo trauma.

- Caso clínico de **Júlio**:

Júlio procurou tratamento no ambulatório de psicologia após ter sofrido um grave acidente, cuja lembrança ecoava em sua mente impedindo que pudesse seguir com sua vida normalmente. Não conseguia pensar em mais nada que não fosse o acontecimento traumático, retomando cada cena vivida, sem conseguir entender como havia passado por tudo aquilo e ainda estava vivo.

Veio à primeira entrevista disposto a contar tudo o que havia lhe acontecido, de como havia sobrevivido àquele massacre. Tinha que “desabafar”, como chegou a dizer por muitas vezes, para que pudesse se acalmar. Em muitos momentos, de fato, tinha crises de angústia bastante agudas. Chegava a ficar sem ar, sufocado, por isso, apavorava-se. O descontrole advinha da impossibilidade de encontrar uma saída para escapar do aprisionamento efetuado pelo pensamento ruminante de morte que lhe atormentava o juízo.

Seu relato foi bastante emocionado e pareceu transportá-lo para a situação traumática, caótica e desesperadora, vivida subitamente num dia comum de trabalho, quando retornava de uma missão num ônibus da Polícia Militar.

Subitamente, o veículo que passava próximo a uma favela da cidade do Rio foi atacado por muitas balas de fuzil que atingiram um a um do grupo. Júlio ainda pensou em saltar do ônibus em movimento, mas quando se aproximava da porta de entrada foi atingido na barriga. O motorista também foi baleado, vindo a desmaiar sobre o volante, perdendo o controle do ônibus, que caiu numa vala de esgoto. Neste meio tempo, Júlio foi projetado para fora do veículo e uma de suas pernas ficou presa embaixo do ônibus, quebrando-se. O peso do veículo impedia que seu resgate fosse realizado. Assim, Júlio ficou por horas a fio aguardando socorro naquela água fétida, sentindo uma dor dilacerante que chegou a fazê-lo perder a consciência. Perdia tanto sangue pelo buraco feito em sua barriga que suspeitava não poder sair vivo dali. No entanto, ele lutou corajosamente por sua vida, salva pela chegada do Caveirão³⁶ do Batalhão de Operações Especiais (BOPE), que trouxe os homens de elite para socorrer os policiais encurralados no canal da favela. O ônibus foi preso ao blindado, que funcionou como guincho, puxando o veículo para fora da água, libertando Júlio.

No hospital deram sua morte como certa. Para sua esposa, disseram que era melhor que se preparasse para o pior. Tiraram-lhe todas as esperanças, pois o estado de saúde do marido era muito grave. Quando acordou, muitas horas depois do acidente, Júlio descobriu que todos os seus objetos pessoais, que estavam numa bolsa presa ao seu corpo no momento do acidente, haviam desaparecido. Este fato lhe causou grande comoção, desgosto e ódio profundo. Afinal como poderia ter sido furtado estando sob proteção dos colegas policiais? A única razão encontrada para justificar tal atitude era a de que os responsáveis pelo roubo suspeitavam que ele viesse logo a morrer.

Desde que sofrera o severo acidente, vinha tendo muitos pesadelos que retratavam aqueles dolorosos momentos de angústia vividos após o ataque feito à sua vida. Eram tão reais e intensos que o levavam ao desespero. A angústia era tamanha que o mobilizava mesmo dormindo; de modo a, estando adormecido, socar o travesseiro e até chutar sua esposa, que dormia ao seu lado. Passado um tempo em análise, esses sonhos monocórdios cessaram. Então surgiram outros em que passava por situações tão penosas quanto as vividas nas circunstâncias do acidente. Invariavelmente, sempre estava sob ameaça de morte, trocando tiro ou

³⁶ Veículo blindado usado pela PMERJ em operações resistente a balas de fuzil e explosões de granada.

fugindo da perseguição de algum bandido. Acordava muito suado, nervoso, em pânico e com a sensação de que estava à beira da morte, tal qual aquela vez em que estivera no “valão” imobilizado e ferido. Seu sono ficou bastante perturbado, chegando ao ponto de ter medo de dormir. Passou a trocar o dia pela noite. Quando escurecia, ficava em alerta e não conseguia adormecer, até que chegasse a manhã.

Com o tempo, surgiu a sensação de estar sendo perseguido, a qual aos poucos foi se tornando mais consistente. Assim, Júlio passou a se queixar de estar sendo caçado por pessoas que queriam matá-lo. Ele tinha plena convicção de que havia alguém a segui-lo, que sabia onde ele morava e que pretendia destruir sua vida. Estava à beira de um ataque de nervos, tomado por um delírio paranóide, afinal era um histérico e não um psicótico.

Havia sido baleado e usurpado, como disse uma vez, ficado na “merda”, da qual nunca pareceu ter saído, e isto era impensável para um PM “vibrador” e destemido como ele. Trazia para a analista as reportagens guardadas que informavam sobre o seu bom desempenho na PMERJ. Júlio orgulhava-se de ter sido elogiado inúmeras vezes pela Corporação por bravura. Resgatar esses momentos valiosos de sua carreira era uma tentativa de reconstruir sua imagem que fora mutilada. Endereçava à analista um saber sobre como recuperar o que fora perdido, isto é, não somente a mobilidade e a saúde de seu corpo, como também parte do seu eu.

Júlio não suportava estar naquela condição de fragilidade. Tinha se “desiludido” com a Polícia Militar, por quem havia feito tanto e de quem recebia tão pouco em troca. Tendo sido descortinado o véu de proteção da Corporação, ele ficou se sentindo extremamente desamparado. Não sabia como lidar com a aparição da falência do Outro, que era não todo, incompleto. Ser policial era um sonho de infância e a instituição militar era muito idealizada. Ele havia conquistado o lugar almejado e subitamente este não representava mais nada de valor. O que mais lhe revoltava era a impotência da Corporação, chamada por ele de “mãe”. Mesmo sendo fálica e supostamente super-poderosa, não havia conseguido proteger adequadamente seu filho.

Quando chegou ao seu conhecimento a existência de uma denúncia anônima feita no dia do ataque avisando sobre a intenção do tráfico de fazer aquele ato de terrorismo, ficou perplexo com o descaso com que a instituição

agira, já que não procurara sequer investigar mais a respeito. Deste modo, a exposição da insuficiência e da inaptidão da organização policial militar causava-lhe um tremendo mal-estar, era como se suas referências subjetivas mais importantes estivessem ruindo.

Nem os cuidados médicos que lhe eram prestados pareciam ser suficientes para cobrir o buraco que ficara à mostra, da falta dele e do Outro, e esta realidade era extremamente angustiante. Nesse caso verificamos que Júlio não havia se preparado para enfrentar esta ruptura. De fato, ele não estava conseguindo lidar com a castração. A experiência traumática pela qual passara havia sido devastadora, vindo a provocar inúmeras perdas que pareciam irreparáveis, como sua confiança nos colegas de farda e sua coragem e onipotência narcísica. Não reconhecia mais o que havia sobrado de si mesmo após o acidente. Seu corpo havia sido cortado em dois e a costura na pele mostrada à analista na primeira sessão revelava como sua auto-estima havia sido seriamente afetada. Apoiava-se na muleta e andava puxando uma das pernas, bastante afetada pelo peso do ônibus que esmagou parte dela.

Quando um dos profissionais médicos que o atendeu sugeriu que ele voltasse em breve ao trabalho, sentiu-se ofendido, demonstrando muita irritação e desequilíbrio. Como alguém ousava fazer tão pouco da precariedade de seu estado físico e mental? Sentia-se um “inválido”, que havia sido traído pela instituição que tão honradamente havia representado. Uma vez em licença para tratamento de saúde, havia sido excluído do grupo de combatentes. Isto fez com que perdesse sua referência no coletivo e que a ligação afetiva com seus pares e com seu chefe se desfizesse. A relação libidinal que os unira por tantos anos havia sido rompida, fazendo com que a manutenção do eu sustentada pela instituição se tornasse falha e precária. Daí a desorganização psíquica vivida pelo paciente.

Júlio havia sido abandonado pela mãe e pelo pai, tendo sido criado pela avó materna. Não havia tido uma estrutura familiar que lhe garantisse proteção, então foi buscá-la na Polícia Militar. Após o acidente, tinha que lidar novamente com o abandono, desta vez da Corporação, o que era muito difícil de aceitar. Como consequência da rejeição sentida pelo descaso do Outro – pai, mãe e PMERJ – Júlio passou a se ver inferiorizado. Queixava-se de ter perdido também sua virilidade, atingida pelo trauma e por seus efeitos. Não conseguia ter mais a mesma relação de carinho e confiança que tinha antes com sua mulher. Fora isso,

o sexo estava abalado. Na verdade, Júlio não se sentia mais o mesmo, embora atribuísse a ela esse julgamento. Pensava que ela não se excitaria mais com ele da mesma forma. Sua revolta foi ganhando ares cada vez mais agressivos, chegando a ponto de imaginar que todos estavam contra ele, não havia quem escapasse do alvo de seu descontentamento e agressão verbal, inclusive a analista.

Não aceitava estar naquela situação, não admitia ter sequelas, exigia que algo lhe fosse restituído... Para a analista era claro que o paciente clamava por uma restituição de natureza narcísica. Tudo que havia sofrido representava um grande golpe, uma ferida impossível de cicatrizar. Desde então, sua vida havia se transformado em lama e ele não conseguia se desvencilhar das armadilhas do destino como uma presa fácil. Numa sessão, disse à analista que parecia carregar consigo uma espécie de ímã que atraía somente coisas ruins para si. Tudo estava saindo do eixo.

Sem nunca ter verbalizado isso explicitamente, parecia procurar saber qual era sua parcela de culpa para que o destino tivesse sido tão cruel com ele, castigando-o daquele jeito. Acreditava estar sendo punido por tudo o que já havia feito de errado na vida. Era hora de pagar pelos seus excessos. Conforme ensinou Freud, a última figura na série de *imagos* que constituem o supereu, numa série iniciada pelos pais, é o próprio destino, cujo poder sombrio “apenas poucos dentre nós são capazes de encarar como impessoal” (Freud, 1996[1924], p. 185). Na verdade, para a grande maioria das pessoas, ele não passa de uma projeção tardia do pai feita pelos neuróticos (Freud, 1928[1927]).

Júlio segurava e empunhava a muleta como uma arma apontada na direção da analista, fazendo uma verdadeira dramatização. No lugar do fuzil, a muleta, que fazia dele um sujeito frágil, e extremamente revoltado. Alternava sessões em que se encontrava carente e contido, com outras, em que sua fala tinha um tom de ameaça. Parecia convocar a analista a lhe dar o que faltava, a cobrir seu buraco, chegando a pedir dinheiro para comprar remédio, afinal um “médico ganha bem na polícia”. Dizia palavrões horrorosos, palavras chulas e agressivas. Quando o paciente exagerava, despejando palavras muito grosseiras, chegando a constranger a analista, ela interrompia sua fala e lhe pedia que se acalmasse. Uma vez Júlio chegou a retornar à sala após o término de uma das sessões para desculpar-se pelo seu comportamento inapropriado.

Em uma das sessões chorou convulsivamente pela morte do sobrinho, tido como “filho de consideração”, desaparecido há meses. Fez uma verdadeira catarse, chegando a emitir vários xingamentos. Gritava pela dor que sentia, fazia sons guturais, era um choro estrondoso, doído, que incomodava pelo sofrimento e raiva que explicitava. Era impossível não se deixar contaminar pela tristeza. Segundo havia tomado conhecimento, seu sobrinho havia sido assassinado na Favela da Grota, de uma forma muito cruel, tendo sido torturado barbaramente no que já se tornou conhecido como “forno de microondas”.

Relatou todas as violências pelas quais imaginava que seu querido parente havia passado. Então exclamou, colocando parte de sua dor para fora:

- “Tiraram um pedaço de mim! Isso não entra na minha cabeça. Por que fizeram essa barbaridade? Ele era só um menino...”.

Tinha ouvido dizer que seu sobrinho havia sido sequestrado na saída de um baile *funk* realizado na favela. Desconfiava do motivo, já que ele era um “menino direito”. Chegou a suspeitar que os traficantes houvessem descoberto ser ele parente de policial militar. Sentia-se muito mal com tudo isso, atormentado pela culpa. Afinal, não havia podido fazer nada para impedir aquele horror. A situação dramática era agravada pelo fato do corpo de seu sobrinho nunca ter sido encontrado.

A clínica da PMERJ, em que Júlio era atendido, ficava localizada nos pés do Complexo do alemão, perto de onde teria ocorrido a tragédia com o adolescente. Assim, ir até lá era um tormento para ele. Certa vez chegou a falar de seu desconforto por estar em local tão perigoso. A sensação de desamparo atingia um nível alarmante. Para restabelecer esse Outro inteiro, completo, que não correspondia mais à imagem da Polícia Militar, Júlio construiu um delírio paranóide. Ele acreditava ter encontrado indícios de que estava jurado de morte. Entretanto, em certos momentos, questionava-se por estar pensando dessa maneira. Acreditava que, como havia dado fim a muitas vidas na condição de policial militar, tinha contas a pagar e seria perseguido por isso.

Este foi um caso muito difícil, pois o paciente se mostrava resistente ao tratamento, adotando uma postura muito agressiva. Ele testava os limites, queria provar o quanto a analista poderia suportar do que para ele era insuportável. Quebrava as regras da instituição, subvertia o contrato, enfim tentava fazer com que a analista o recebesse numa condição especial. Dizia obscenidades no intuito

de constrangê-la por ser uma mulher. Aliás, essa era uma questão central, pois o paciente não tolerava o fato de ser tratado por uma mulher que a seu ver não podia compreender certas questões “que só um homem pode entender”. A analista também era vista como um sujeito barrado, o que lhe trazia muita angústia.

Após alguns meses, a analista sentiu verdadeiro horror quando, folheando o jornal do dia em casa, leu a respeito de um crime cometido por um policial militar e se deu conta de que conhecia aquele nome, que era desse seu paciente. Ele havia matado outro PM em circunstâncias nada claras, numa suposta legítima defesa. Ainda restava a questão: Como Júlio poderia estar armado se estava de licença psiquiátrica? Foi temendo uma atitude impulsiva e desastrosa que a analista o havia encaminhado à psiquiatria. O médico que o assistia decidira colocá-lo na condição de SINA³⁷, suspendendo seu direito ao porte de arma.

Diante de um crime daquela natureza, a analista questionou o quanto havia falhado como função. Uma atuação de tal dimensão fazia colocar em dúvida a direção do tratamento, que parecia estar inadequada. Isto porque partimos da seguinte reflexão:

O *acting-out* é (...) um feito num lugar de um dito, de uma rememoração. Um feito num lugar vazio onde o analista se demitiu de seu a-fazer. Demissão involuntária é certo, determinada por injunções inconscientes (...), não isentando assim, de responsabilidade, o analista (Souza, 2001, p. 2).

Foi um grande choque para a analista perceber que ela não pudera impedir tamanho *acting-out* do paciente. Afinal:

O *acting-out* surge sempre quando o analista fenece no colapso de sua função. É a transferência sem análise, diz Lacan (1963), definição precisa onde se aponta a presença do analisando e a ausência do analista. Aqui é o analista quem abandona, quem se ausenta de seu lugar (Souza, 2001, p. 2-3).

Júlio procurou a analista no dia seguinte ao da notícia no ambulatório para comunicar-lhe que, diante daquela situação aterrorizante, ele passaria uns tempos fora da cidade e, assim, gostaria de justificar suas futuras faltas. Era hora de retomar o leme da direção do tratamento, embora a analista estivesse muito assustada e angustiada para tanto. Sentia que toda aquela violência que estivera voltada para ela e que parecia ser inofensiva, havia sido canalizada, tomado corpo

³⁷ Conforme esclarecemos anteriormente, trata-se da incapacidade de realizar serviço externo, pois não se pode portar arma.

e sido responsável por uma verdadeira tragédia que atingira não só a ele, mas à sua família em cheio.

A reportagem levou o paciente a fazer uma revelação, estava trabalhando havia algum tempo numa barraca vendendo lanches com sua esposa. Deste modo, embora se queixasse de que não podia fazer nada para reverter sua crítica situação financeira, havia procurado uma alternativa para se manter economicamente. Outra revelação surgida foi o fato de ter se mostrado bastante corajoso, afinal pôde se defender daquele que procurara assaltá-lo. Ele não mais se via tão frágil e desprotegido. Infelizmente, Júlio interrompeu o tratamento psicanalítico antes que fosse possível barrar os ditames superegóicos de seu gozo.

- Caso clínico de **Paulo**:

Paulo, de aproximadamente 20 anos de idade e com poucos anos de serviço militar na PMERJ, foi atingido por mais de dez tiros num morro do Rio. Olhando para ele não era possível acreditar que tinha sobrevivido àquele acidente sem sofrer maiores consequências.

Paulo estava com seu sistema cognitivo intacto, sem nenhuma alteração nos principais órgãos e sentidos. Havia perdido o movimento da cintura para baixo, mas com o passar dos meses em fisioterapia, havia recuperado a força das pernas e, após duas cirurgias, já estava prestes a deixar a cadeira de rodas. Dependia de uma terceira operação que já havia sido desmarcada por duas vezes; a primeira, por falta de material cirúrgico, e a segunda, porque havia um caso mais grave para ser operado.

Como o trabalho dos fisioterapeutas havia sido de muita competência, depois de quase um ano, ele já podia dar alguns passos desde que devidamente apoiado. Paulo mostrava-se de bom humor, apesar de toda dor e dificuldade pelas quais havia passado desde que se acidentara.

Inicialmente, havia ficado por mais de dois meses na UTI, e de lá havia saído muito magro e abatido. Uma das passagens mais dolorosas de seu relato foi quando contou emocionado como fora a reação de sua pequena filha ao vê-lo pela primeira vez após o acidente. Ele havia acabado de deixar o hospital e estava barbado, muito magro e pálido. Naquele momento, ela não conseguiu disfarçar sua triste surpresa por reencontrá-lo naquele estado lastimável. O susto que sua

filha tomou fez ecoar seu próprio sentimento de estranheza em relação à sua imagem após o acidente.

Paulo só podia locomover-se ao sair do hospital sobre a cadeira de rodas. Entretanto, em sua moradia não havia espaço suficiente para que pudesse usá-la. A alternativa foi arrumar uma grande almofada, sobre a qual se sentava, e se movia arrastando-a. Como a casa, onde vivia com a sua mãe e filha, tinha dois andares, tinha muito trabalho para deslocar-se de um cômodo ao outro. Mas seu drama não termina por aí. Em um dado momento, Paulo recebeu uma “visita” de homens que o ameaçaram de morte se não se mudasse dali. Eles sabiam que ele era um policial e não iriam permitir sua permanência naquele local. Tinha então que procurar outro lugar para morar, porém, não o podia fazer imediatamente, pois não dispunha de recursos financeiros para isso. Paulo sentiu-se muito humilhado pela afronta e por não poder reagir à ousadia deles; teria de se submeter aquela lei perversa, já que estava sentado sobre uma cadeira de rodas. Chegou a ser xingado de “verme” por estar “aleijado” e isto o deixou muito abalado, pois de fato sua incapacidade física o impedia de muitas coisas. Dizia que se não estivesse preso àquela cadeira, não teria sido desafiado, nem seria alvo de escárnio. Para piorar o seu estado de desamparo, embora tivesse recorrido à PMERJ para garantir sua segurança, não havia conseguido obter ajuda. Por fim, teve de ir para casa de seu pai, que morava com sua madrasta, num local muito distante de sua antiga residência. Paulo teve alguém da família para ajudá-lo a sair daquela enrascada e isso foi muito importante para ele. A rede de proteção e amparo que sua mãe e seu pai lhe davam era de grande valia. Talvez por esse motivo, ele não tenha adoecido seriamente após o acidente sofrido.

Embora tivesse passado por momentos muito difíceis, dolorosos e desesperadores, e ainda tivesse impossibilitado de andar, Paulo não demonstrava tristeza. Ele não lamentava estar naquela situação; muito pelo contrário, encontrava motivos para sorrir durante as sessões. Em realidade, o que mais lhe incomodava não era portar uma deficiência física ou estar com inúmeras cicatrizes pelo corpo, mas sim a solidão que sentia ultimamente. Ainda que tivesse uma namorada querida, sentia muita falta do convívio com seus amigos da caserna e de fora do quartel. Continuava a frequentar os churrascos e as festinhas, mas com menos assiduidade, já que dependia de alguém para levá-lo de carro. Também lhe pesava a falta que faziam as conversas que tinha com seus colegas de serviço, eles

havam formado um grupo muito unido. Então, como estava em casa, telefonava quase todos os dias para saber como eles estavam.

Pelo visto, Paulo tinha muita facilidade para superar as dificuldades. Apesar de ter ficado internado por mais de um mês, tendo passado pelo CTI, não havia ficado traumatizado com o acidente. Mantinha firme o seu namoro e cuidava com carinho de sua filha, com a ajuda de sua mãe. Comparecia com regularidade à fisioterapia e ao setor de psicologia e, assim, ia conquistando ganhos.

A capacidade de Paulo de se submeter à castração era grande, o que permitiu que lidasse muito bem com as limitações físicas decorridas do acidente. Ele nunca havia se queixado à analista das marcas em seu corpo, nem de nenhum ressentimento em relação à Polícia Militar. O seu excelente estado de espírito havia lhe permitido obter grande avanço na fisioterapia. Como ele não tinha nenhum problema em relação à auto-estima, nem uma grave carência afetiva, havia conseguido lidar com o destino de maneira impessoal. Com o passar do tempo, investido no trabalho de reabilitação, Paulo estava conseguindo superar as perdas e os obstáculos advindos do acidente. Ele estava prestes a andar de novo quando se desligou do atendimento por ocasião da transferência da psicóloga da clínica. Depois de longos meses, ele podia “caminhar” sozinho. Paulo estava muito bem, feliz e animado para recomeçar sua vida. A sua alegria de viver havia o levado para bem longe, para onde nem imaginaríamos poder chegar um dia alguém que foi tão gravemente alvejado.