

6. Conclusão

Na clínica não é raro encontrarmos um paciente totalmente desorganizado psiquicamente após ter passado por um trauma, numa espécie de paralisia que o impede de seguir a vida adiante. Encontra-se, pois, fixado ao evento traumático, preso numa armadilha imaginária que tem a morte como perspectiva.

O trauma desfere um golpe que afeta seriamente o narcisismo, a partir do confronto com a castração, com nossa fragilidade ante o imprevisível. Braustein é preciso em sua consideração sobre o trauma, diz que aquele que passa por uma situação desse tipo é um sobrevivente, “um morto potencial que (...) continua vivendo” (Braustein, 2003, p. 94). Situa-se entre uma morte que passou e outra que está por vir. Daí a sensação de perigo constante e iminente relatada por aqueles que sofreram o revés de um trauma.

O trauma é um real que assalta o sujeito, impossível de se antecipar ou de se evitar, um real que exclui o sujeito (Soller, 1998/2004). Desse encontro inesperado e destruturante, advém uma neurose traumática, que não é de forma alguma a mera atualização de uma neurose de cunho infantil, mas sim resultado da regressão narcísica produzida por um fato contingente. Não se trata tampouco de resquícios de uma análise incompleta. Ninguém pode estar imune em relação à eventualidade de um trauma.

O trauma introduz uma nova realidade que provoca o sentimento de descontinuidade do eu. Nessas situações, verificamos que o acidente criou uma ruptura poderosa na vida do sujeito, deixando uma ferida narcísica, que pode vir a cicatrizar, mas deixará para sempre uma marca irreparável, conforme indica a própria etimologia da palavra trauma, que se origina do grego e significa corte/ferida (Laplanche, 1998).

A análise deve permitir a construção de novas referências subjetivas que respeitem a atual condição do sujeito. Se houve grandes perdas, elas terão de ser elaboradas. Em se tratando da imagem corporal, havendo mutilação, uma nova imagem terá de ser formada e o reconhecimento nela construído.

Ao nos depararmos com o conteúdo dos relatos dos combatentes da 1ª. Guerra Mundial colhidos por Simmel no hospital psiquiátrico militar, não pudemos deixar de constatar pontos de semelhança com a fala dos policiais

militares atendidos na PMERJ. Ouvimos histórias comoventes que chamavam a atenção para o extremo desamparo em que se encontrava o PM devido à dor e ao sofrimento infligidos por circunstâncias vividas em seu dia-a-dia. Elas evocavam uma realidade típica de um campo de batalha, com tiros, sangue, granadas, ferimentos, mutilação e morte... Ocupar o cargo de psicólogo de um Batalhão da Polícia Militar é bastante difícil e desafiador em muitos momentos, devido à crueza com que se é defrontado na clínica.

Os casos clínicos apresentados neste trabalho demonstram que geralmente os policiais militares após passarem por um evento, em que tiveram a vida sob ameaça, e que se revelou a posteriori traumático, ficam ainda mais fragilizados pelo fato de que, com a saída da atividade laborativa, perdem a sustentação do eu que a Polícia Militar lhes proporcionava. Ao entrarem em licença médica, são excluídos do grupo de operação, devido à inaptidão física, ainda que temporária. Como não fazem mais parte do grupo de trabalho, não dispõem mais da prótese imaginária do eu que esta Instituição se prestava a ser para eles.

Trouxemos para a discussão relatos de pacientes que após terem passado por vivências muito desestruturantes, haviam tido suas vidas viradas de ponta à cabeça. Como o caso de Sérgio, que era um homem feliz no casamento, mas após ter tomado um tiro na mão que tirou seu movimento, viu a relação com sua esposa entrar em crise, chegando a um ponto em que a separação se tornou inevitável. Já no caso de Júlio, que tinha um bom relacionamento com a mulher e o filho pequeno, após um violento trauma, viu sua vida transformar-se num verdadeiro inferno. Na impossibilidade de integrar a memória traumática, trazendo a experiência vivida para junto das demais, eles se viram destinados a repetir o destino trágico que parecia persegui-los, que é o de ter suas relações destruídas e por fim, sua vida mortificada. Nestes dois exemplos acima citados, não foi possível que a análise colaborasse para que o luto dos objetos perdidos com o trauma ocorresse, pois os pacientes interromperam o tratamento, assolados pelo mal-estar que a memória do trauma propiciava. Entretanto no caso de Adriano, foi possível que o aparato da análise promovesse a saída do paciente de uma posição masoquista e passiva, o que lhe permitiu retomar o leme de sua vida, vindo a fazer planos para o futuro.

Com o trauma, ocorre uma regressão narcísica. O sujeito se vê numa situação de extremo desamparo, pois se defronta com a fragilidade e a impotência

humanas. Como ele mesmo, o Outro é barrado, e lidar com a insuficiência e inconsistência desse Outro em certos momentos é insuportável.

Observamos que para os PMs vítimas de acidente que retornaram quase imediatamente ao serviço, ainda em frágil condição psicológica, era um verdadeiro martírio ter de se transmutar em policiais novamente, afinal, não tinham mais como recobrir o real com a fantasia. Não podiam mais encarnar o “super-herói”, pois não dispunham mais de confiança e onipotência para tanto. Se não podiam mais proteger a si mesmos, como defenderiam os outros? Muitos deles relatavam como era apavorante chegar ao quartel. As cores e os símbolos da PM suscitavam pânico. Alguns ficavam sem ar, com palpitações, tonteira, dor de barriga . . . Tinham crises agudas de angústia.

A auto-suficiência que o militar deve demonstrar possuir, sua coragem e força, casa muito bem com o encobrimento da castração, mas isto ocorre em parte, já que ele geralmente sabe de seus limites. Este fato fica patente quando analisamos as respostas dadas pelos policiais militares ao serem questionados se tinham medo quando partiam para um confronto. Sempre ouvíamos algo semelhante a:

- “Claro que tenho! Quem não tem? O medo é muito importante! Quem diz que não tem, ou está mentindo, ou vai ser logo, logo, pego desprevenido. Precisamos dele para nos protegemos. Sem ele, corremos risco”.

Os outros podem até vê-los como destemidos, no entanto, esta é uma ficção, na qual acreditam apenas parcialmente.

O caso de Leonardo mostrou que o fato dele ter sido pego desprevenido num ataque terrorista, fora das circunstâncias normais de incursão à favela, foi crucial para o advento da neurose traumática. Somaram-se a esse fator, as lamentáveis situações vividas logo após o incidente. Como não recebeu nenhum socorro de seus colegas, mesmo tendo solicitado auxílio por duas vezes no meio do tiroteio e da explosão de granadas, e nem ficou de licença médica apesar das escoriações e do dano psicológico, seu sentimento de desamparo ficou ainda mais acirrado.

Os pacientes mostraram que o desamparo evocado pela vivência traumática pode ser radicalizado dependendo dos acontecimentos que sucedem o trauma em si, aumentando a sensação de perda e desilusão provocada pela situação inicial.

Quando não há uma resposta da Instituição Policial Militar a seu membro para refazer o laço que os une, ou seja, quando a realidade precária da rede de saúde e assistência social do Estado fica aparente, os danos são maiores. E como faltam recursos financeiros, humanos, e materiais na área de saúde pública, normalmente não é prestada uma assistência adequada para os enfermos. Junto com o esfacelamento da confiança em si, desmantela-se nesse caso a confiança no Outro, que tem sua falta escancarada, o que é extremamente angustiante.

Por haver uma mortificação do eu a partir do trauma, na neurose traumática, instala-se uma verdadeira sombra sobre o eu. Por esse motivo, o seu quadro clínico é muito próximo do da melancolia. Daí o estado de tristeza profunda, a falta de vontade de viver. Por fim, o sujeito abandona a si próprio. Verificamos, nesses pacientes, a perda da capacidade produtiva; isolamento social; baixa libido; humor depressivo; e retirada de investimento do mundo exterior.

A escuta clínica mostrou que a neurose traumática pode se estabelecer em estruturas clínicas diversas, o que lhe permite exibir traços bastante diversos. Em alguns casos, há traços semelhantes aos da paranóia, e não apenas aos da melancolia e aos da histeria.

Inicialmente, Freud (1895a e 1896a) acreditou ser a paranóia uma neurose de defesa, cujo mecanismo principal era a projeção. No rascunho H (1895a[1950b]), situou a paranóia junto da “loucura obsessiva”, pela ruminação de pensamentos de censura que são atribuídos aos outros apesar de partirem do mundo interior; era tida como uma psicose intelectual pelo autor. No rascunho K (1896a[1950b]), o autor destacou os seguintes aspectos característicos comuns à paranóia: a importância das vozes, do tom da fala e dos gestos, interpretados como confirmação dos delírios de perseguição pelo doente.

Alguns anos mais tarde, a paranóia foi explicada por Freud (1911) como uma formação defensiva em virtude da repulsa a uma fantasia de desejo homossexual, que levava à formação de delírios de perseguição.

O segundo caso trazido na seção das vinhetas foi paradigmático neste sentido, pois acompanhando o andamento do caso de Júlio, pudemos notar o surgimento de um estado paranóico num neurótico. Este não foi o primeiro paciente não psicótico com que nos deparamos na clínica, que desenvolveu um estado desta natureza após a vivência de um grande choque, que desencadeou uma

regressão. Esses casos atestam a manifestação de um supereu hipervigilante situado no real quando, na verdade, o ataque e a ameaça de morte é interna.

A análise é, na opinião de Lacan, o lugar por excelência para se tratar do trauma, pois incita o sujeito a elaborar o que ficou de fora da cadeia de significação e que insiste em retornar causando angústia. Assim: “Nenhuma práxis, mais do que a análise, é orientada para aquilo que, no coração da experiência, é o núcleo do real” (Lacan, 1998[1964], p. 55). Como não temos acesso ao real, só podemos alcançar alguns de seus pedaços, conforme ressaltou o autor:

Como eu disse faz um momento, só podemos alcançar uns pedaços de Real. O Real, aquele de que se trata naquilo que se chama ‘meu pensamento’, o Real é sempre um pedaço, um caroço, um caroço por certo ao redor do qual o pensamento faz borda, mas seu estigma, o desse Real como tal, é não se ligar a nada (tradução nossa do espanhol para o português, Lacan, 1976, p.11).

Segundo Soller (1998), o trauma tem estrutura de foraclusão porque há algo que não se inscreveu, portanto há um impossível de se esquecer relacionado a uma falha de memória. O papel da memória se esclarece com essa observação:

A memória, e especialmente a memória usada na narração, não é simplesmente um nascer póstumo da experiência, uma formação secundária; ela *possibilita* a experiência, permite que aquilo que chamamos de o real penetre na consciência e na apresentação das palavras, para tornar-se algo mais do que só o trauma seguido por um apagamento mental higiênico e, em última instância, ilusório (Hartman, 2000, p. 223).

O trabalho analítico tende a atenuar o impacto desestruturante do real, uma vez que o campo analítico e a transferência estabelecida podem se mostrar um terreno fértil para a construção de novas fantasias, já que muitas delas foram destruídas pelo trauma.

Por outro lado, o analista deve possibilitar que brotem as palavras que vão preencher as lacunas do que antes era indizível, pois ele está ali, emprestando sua voz, seu corpo, como testemunha da violência do trauma e, desta forma, tornando-o menos absurdo e menos irreal. O amor de transferência e a suposição do saber podem permitir o início de um trabalho de reconstrução do vazio deixado pela invasão do real.

O analista não deve perder de vista que o reviver do trauma reacende toda a carga de sofrimento e intensidade de afeto que acompanha a cena traumática: o

analisando, tal como se estivesse nela, toma o lugar de objeto e fica submetido ao gozo do Outro. Daí a intensidade da angústia. A apresentação do acontecimento não se dá pela via do pensamento, mas é dotada de um cunho perceptual quase alucinatório. Por isso, o analista não deve convocar o analisando a rememorar o evento traumático, mas limitar-se a ouvir, quando a referência a ele aparecer de forma espontânea nas associações do analisando.

Desde que o analista ocupe o lugar de objeto passível de investimento afetivo para o paciente, alguma mudança poderá ser operada, visto que uma nova aliança estabelecida entre o par analista-paciente servirá de suporte para o eu do sujeito, e para o trabalho de sua reconstrução em outras bases.

Quanto ao fenômeno da compulsão à repetição instaurado a partir do trauma, que incita o sujeito a perder cada vez mais, vindo a se desligar de suas relações, tendo sua vida mental orquestrada por um supereu sádico e mortífero, o amor pode servir como “instrumento de transgressão aos mandatos do supereu” (Fuks, 2006, p. 35). Sendo assim, o amor de transferência pode fazer barreira à incitação do gozo, impedindo que o sujeito prossiga em sua atuação masoquista.