

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Silvia Lira Staccioli Castro

**Focalizando o trauma sob as lentes da
clínica com policiais militares**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Rio como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Ana Maria Rudge

Rio de Janeiro

Janeiro 2009



Silvia Lira Staccioli Castro

**Focalizando o trauma sob as lentes da
clínica com policiais militares**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Ana Maria Rudge
Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Betty Bernardo Fuks

Universidade Veiga de Almeida - UVA

Profa. Anna Carolina Lo Bianco Clementino

Centro de Filosofia e Ciências Humanas - UFRJ

Prof. Francisco Moacir de Melo Catunda Martins

Departamento de Psicologia Clínica - UNB

Profa. Heloísa Fernandes Caldas Ribeiro

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade

Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia e
Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / / 200_.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Silvia Lira Staccioli Castro

Psicanalista. Gradou-se em Psicologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (URFJ) em janeiro de 2001. Trabalhou como psicóloga clínica no Núcleo de Atenção à Violência – ONG, situada no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), que prestava atendimento psicanalítico gratuito a vítimas de violência doméstica e aos autores da agressão, de 1999 a 2002. Em janeiro de 2002, ingressou como psicóloga na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, na qual presta atendimento psicanalítico aos policiais militares e a seus dependentes desde então. Concluiu o mestrado em psicologia clínica na PUC- Rio em dezembro de 2003.

Ficha Catalográfica

Castro, Silvia Lira Staccioli

Focalizando o trauma sob as lentes da clínica com policiais militares / Silvia Lira S. Castro ; orientadora: Ana Maria Rudge. – 2009.
170 f. ; 30 cm

Tese (Doutorado em Psicologia)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Trauma. 3. Angústia. 4. Supereu. 5. Clínica psicanalítica. 6. Polícia militar – Rio de Janeiro. I. Rudge, Ana Maria. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD:150

Agradecimentos

À minha querida família, sempre tão presente em minha vida, por todo o amor que me deu, pelos valores em mim inculcados, pela força transmitida que me fez avançar neste trabalho e vir a realizar mais um sonho em minha vida.

Ao meu querido esposo Marcelo por todos os momentos felizes passados juntos e por todo o suporte físico, material e emocional que permitiu dedicar-me a esta tese. Obrigada por ter compreendido minha ausência em tantos momentos dedicados ao estudo. Sem a sua presença em minha vida seria impossível ter a tranquilidade necessária para a finalização deste projeto.

Ao meu precioso e amado filho Daniel por ser essa pessoa tão especial, que ilumina minha vida e me dá forças para seguir vencendo desafios.

Aos meus queridos pais por terem me ensinado a não desistir do que acreditamos, apesar de todos os obstáculos que possam surgir no caminho.

Aos meus grandes amigos por todo o apoio dado em tantas ocasiões difíceis vividas nestes quatro anos de pesquisa.

À minha querida orientadora por todos os seus ensinamentos, pelo seu carinho e dedicação, que me permitiram concluir este estudo. A amizade que construímos durante esses sete anos dedicados à pesquisa na PUC-Rio é para mim um bem muito valioso.

À PUC-Rio pelo incentivo dado, que permitiu a realização deste trabalho.

Às dedicadas secretárias da Pós-Graduação e do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, Marcelina e Verinha, pela seriedade e compromisso com que conduzem seus trabalhos.

Aos queridos professores da Pós-Graduação de Psicologia da PUC-Rio, que colaboraram para a produção deste trabalho.

Aos queridos e inesquecíveis colegas de grupo de pesquisa pela amizade e pelos benvindos momentos de discussão que inspiraram a realização desta pesquisa.

Resumo

Castro, Silvia Lira Staccioli; Rudge, Ana Maria (Orientadora). **Focalizando o trauma sob as lentes da clínica com policiais militares.** Rio de Janeiro, 2009. 170p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A tese tem o objetivo de desenvolver um estudo acerca do trauma e de seus efeitos sob uma perspectiva dinâmica e não meramente econômica, como tem sido o caso de muitos estudos no campo da psicanálise até os dias de hoje, tendo como referência a observação clínica de atendimentos psicanalíticos prestados a policiais militares na cidade do Rio de Janeiro. Assim, além das noções de *Schreck* (susto) e de excesso de estímulo pulsional apresentados por Freud em 1920 para explicar o trauma a partir de uma invasão energética do aparato psíquico, incluiremos nesta pesquisa o papel do supereu, cuja imposição de gozo – masoquista – a serviço da pulsão de morte pode levar à compulsão à repetição do trauma. O trauma, que deve ser entendido como um esfacelamento das fantasias sexuais, faz com que as referências subjetivas estruturantes caiam por terra, processo que leva à sensação de aniquilamento psíquico, daí a idéia de que resta um corpo estranho no psiquismo. Identificado com o morto, o que gera um estado depressivo que ameaça a sobrevivência do sujeito traumatizado, ele pode se encontrar num estado melancólico ou até num estado paranóico, sem que seja um psicótico; visto que a ação superegógica de castigar e espezinhar o eu, que pode inclusive levá-lo a completar a ação não finalizada (morte), pode ser atribuída a um Outro (perseguidor), quando em realidade, esta ameaça é interna, como será mostrado em alguns casos clínicos.

Palavras-chaves

Trauma, angústia, supereu, clínica psicanalítica, Polícia Militar – Rio de Janeiro.

Abstract

Castro, Silvia Lira Staccioli; Rudge, Ana Maria (Advisor). **Focus on trauma through the lens of the clinical with military policemen.** Rio de Janeiro, 2009. 170p. Thesis – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The thesis has the objective of developing a study concerning trauma and its effects under a dynamic perspective and not merely economical, as it has been the case of many studies in the field of the psychoanalysis since now, taking as reference the clinical observation in psychoanalytic services rendered to the Military Policemen in the city of Rio de Janeiro. Besides the notions of *Schreck* (fright) and of an excess of energy invasion presented by Freud in 1920 to explain the trauma, we will include in this research the role of the superego, whose imposition of a masochist enjoyment at the service of the death drive can lead to the compulsion to repetition of the trauma. If we understand trauma as the shattering of the sexual fantasies, it causes the subjective references to dismount, a process that leads to the sensation of psychic annihilation. That is the reason of the idea that a strange body remains in the psyche. Identified with the dead, a position that generates a depressive state that endangers the subject's survival, he can fall in a melancholic state or even in a paranoid state, without being a psychotic; because the action of the superego of punishing and trampling on the ego, taking him to complete the inconcluded action (death), can be attributed to a pursuing Other, when, in reality, this threat is internal, as it will be shown in some clinical cases.

Keywords

Trauma, anxiety, superego, psychoanalytic clinic, Military Police – Rio de Janeiro.

Sumário

1. Introdução	8
2. Apropriação física e subjetiva do policial pelo Outro – Corporação	19
2.1. Fabricando corpos dóceis e úteis	25
2.2. Sequestro do eu	32
2.3. Vivências selvagens no mundo cão	42
3. Faces do trauma	53
3.1. Trauma sexual – experiência infantil de sedução	53
3.2. Neurose traumática e trauma de guerra	59
3.3. Papel do supereu na neurose traumática	70
3.3.1. Do pai da horda à crueldade do supereu	81
3.3.2. Melancolia e paranóia	91
4. Teoria da angústia: de Freud a Lacan	95
4.1. Primeira teoria da angústia: afeto transformado pelo recalque	95
4.2. Segunda teoria: angústia sinal e angústia traumática	100
4.3. Lacan: angústia, desejo do Outro e objeto <i>a</i>	104
5. Clínica do trauma	114
5.1. Estudos clínicos sobre a neurose de guerra	114
5.2. Função da fala na clínica	123
5.3. Vinhetas clínicas	125
6. Conclusão	157
7. Referências bibliográficas	163

1. Introdução

O trauma corta a vida em duas partes: antes e depois. Só que aquele que respira depois não é o mesmo de antes. Um morreu; outro ficou em seu lugar (...). Aquele que “voltou a nascer” é um lesado, um sonâmbulo que carrega os restos mortais daquele que não voltará mais.

Nestor Braustein, *Sobrevivendo ao trauma*

Nesta tese pretendemos discutir através da análise de casos clínicos algumas hipóteses a respeito do trauma e de seus efeitos para o psiquismo. Primeiramente, procuraremos mostrar que o trauma é uma ferida narcísica muito grave que, apesar de poder ser curada, deixa atrás de si uma marca indelével. Ele faz um corte na narrativa que o eu vinha construindo sobre si mesmo, causando uma brusca interrupção na história libidinal e identificatória do sujeito, fazendo com que muitas das referências subjetivas, que o estruturavam, caiam por terra. Sendo assim, ele não se reconhece mais. De fato, resta um corpo estranho no psiquismo, daí a semelhança do quadro clínico da neurose traumática com o da melancolia. Contudo, não somente essas duas enfermidades podem ser aproximadas. Além da comparação feita pelo próprio Freud (1920) entre a neurose traumática e a histeria, devido às abundantes perturbações motoras encontradas nas duas, a escuta clínica indica-nos que é possível o aparecimento de um estado paranóide num paciente neurótico traumatizado.

A neurose traumática é um adoecimento psíquico ocasionado pela vivência de uma experiência avassaladora que evoca o desamparo, e cujos sintomas não podem ser tomados como mera reatualização de uma neurose infantil. Deste modo, os pacientes que vêm a nós, psicanalistas, buscando ajuda para se livrarem de uma lembrança dolorosa e desorganizadora, que não pode ser esquecida e que se impõe involuntariamente no seu dia-a-dia, não podem ser olhados como pessoas que não tiveram uma infância feliz ou uma mãe suficientemente boa. Não podemos desprezar os efeitos de um trauma contingencial.

O trauma é uma espécie de morte em vida que pode trazer um estado de angústia crônico como se o fim não pudesse ser adiado. Assim, ele pode pôr em

funcionamento um supereu tirânico que impõe o gozo ao sujeito, aprisionando-o numa compulsão à repetição que leva à experiência de sucessivas perdas, agravando o seu mal-estar. Comumente o sujeito traumatizado, nestas circunstâncias, passa a adotar um comportamento suicida que, em última instância, busca completar a ação que não aconteceu.

Para cuidar de todo esse sofrimento psíquico, a análise é o lugar primordial; afinal de contas, é a via por excelência de acesso aos fragmentos de real da experiência traumática, que não pode ser apreendida por inteiro. É importante lembrarmos que o que se transmite ao outro nunca é a realidade como ela de fato ocorreu. A fantasia é constitutiva da realidade. Como resultado, chegamos à conclusão de que a literalidade da memória do trauma tem de ser relativizada, ao contrário do que pretendem alguns. Apesar de as lembranças do evento traumático serem tão vivas, não podemos tomá-las como uma cópia fiel da realidade.

O trabalho psicanalítico propiciará a construção de um novo tecido fantasmático que foi esgarçado pelo encontro com o real, a partir da montagem de outras referências subjetivas que obedeçam à nova condição do sujeito, e que estejam em consonância com seu eu transformado, incluída nele a falta advinda dos objetos que foram perdidos.

Além disso, o amor de transferência poderá se tornar um poderoso antídoto contra os mandamentos de um supereu perverso – gozador. A intervenção do analista, nesta perspectiva, é fundamental por ser capaz de fazer um corte nesse círculo vicioso da compulsão à repetição que alimenta a pulsão de morte.

A idéia de desenvolver uma pesquisa sobre o trauma nasceu dos impasses que se colocaram na clínica com policiais militares. Deparamo-nos com situações de violência indescritivelmente absurdas, só esperadas em ocasiões extremas, como numa guerra de grandes proporções, como não ocorreu na história brasileira. No entanto, conforme muitas reportagens e levantamentos estatísticos vêm mostrando, ultimamente, na cidade do Rio de Janeiro, estão sendo travadas verdadeiras batalhas urbanas, que já causaram milhares de vítimas. Muitos policiais militares que passaram por essa situação procuraram atendimento estando desesperados para saírem do estado de sofrimento psíquico agudo em que se encontravam. Precisavam de ajuda para se localizarem em meio ao caos a que havia se reduzido suas vidas desde o trauma. Sentiam-se à deriva, desgovernados,

para sermos mais exatos, tendo já perdido o controle da situação de estresse, pânico, angústia e/ou depressão em que se viam. O primeiro passo a ser dado por nós, psicanalistas, tem de ser o de oferecer um espaço para que seu drama seja ouvido, o que parece ser simples. Entretanto não é o caso, pois há de se suportar o horror de uma tragédia e para isso é preciso estar preparado.

Certamente, a clínica com esses pacientes também provocará em nós efeitos de angústia, e as narrativas do que viveram nos remeterá ao nosso desamparo. Não é fácil encarar as injustiças e mazelas da vida do outro, pois elas nos remetem às nossas próprias feridas narcísicas. É uma tarefa que custa caro ao psicanalista, porém como Freud já nos advertiu, psicanalisar é uma das funções impossíveis.

Ao servirmos como testemunhas para sobreviventes do trauma, atestamos a pequenez do homem frente às catástrofes naturais, assim como em relação à capacidade de destruição humana. Por isso mesmo, provavelmente, algum material relativo ao trauma permanecerá com o analista à espera de uma elaboração.

A partir da escuta dos pacientes que se encontravam excessivamente angustiados e mobilizados pela experiência traumática, a ponto de não mais conseguirem trabalhar ou dormir normalmente, o que era extremamente preocupante por serem comportamentos cotidianos essenciais para a sua sobrevivência, fomos impelidos a investigar mais profundamente o trauma. Era impressionante notar a repetição de um mesmo discurso de insatisfação generalizada, em maior ou menor grau. Sentiam-se oprimidos, em uma situação de aprisionamento angustiante.

Em alguns casos mais graves, era como se houvesse uma necessidade urgente de se libertarem, nem que para isso tivessem que abandonar a sua própria mulher ou família. A frequência com que encontramos essas idéias trouxe-nos indagações quanto ao paradoxo nelas envolvido. Por que escolher uma separação, que seria experimentar mais uma perda, depois de uma primeira já por si só tão dificilmente elaborável? Por que a escolha por caminhos que só poderiam agravar o estado emocional de quem já se encontrava sob o impacto de um trauma?

Em resumo, a motivação para a realização deste estudo surgiu do enigma trazido pelo “não saber” do paciente traumatizado sobre quem teria se tornado, suas atitudes inadequadas e incompreensíveis, sobre seu novo eu. Tinham

estranhas sensações corpóreas oriundas de uma descarga violenta de angústia que os desestabilizava. A irrupção involuntária de angústia desconcertava-os por ferir a suposta autonomia do eu, ela era a mais patente prova de não ser mais possível controlarem suas reações emocionais. Eles haviam passado a adotar comportamentos destrutivos; padeciam de recorrentes pensamentos ruminantes de morte, que se notabilizavam pela presença de idéias suicidas. Sofriam de graves sintomas como insônia, isolamento social, retração da libido, insegurança para sair à rua, ataques de pânico e, o que nos chamava a atenção, em alguns casos mais graves, os pacientes sofriam de um transtorno delirante do tipo persecutório, isto é, tinham uma estranha sensação de estar sendo seguido por um inimigo interessado em destruí-los.

Para realizar esta pesquisa, recorreremos às observações clínicas colhidas dos atendimentos de policiais militares realizados em dois ambulatórios de Psicologia da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ), a citar, em uma clínica médica de reabilitação e em um batalhão da cidade do Rio. Optamos por não incluir neste estudo os familiares dos policiais (dependentes), mas apenas os policiais militares da ativa. Fizemos esta escolha porque apostamos na possibilidade de apreender interessantes relações entre os efeitos do trauma para o psiquismo do sujeito e sua alienação ao Outro – Polícia Militar.

O trauma é um assunto de grande importância na contemporaneidade, tendo em vista que passamos por muitas catástrofes no século passado, como duas grandes guerras mundiais, a guerra na Bósnia, disputas étnicas sangrentas na África, conflitos violentos no Oriente Médio, a derrubada das Torres Gêmeas nos EUA, entre outros acontecimentos marcantes.

O fato de haver uma significativa aceleração da velocidade da transmissão de informações faz com que o horror gerado por situações apavorantes se dissemine mundo afora em questões de minutos. Compartilhamos de uma realidade que nos chega através da mídia, e que, portanto, está para além do limite geográfico. Assistimos atualmente de nossa casa a circos romanos pós-modernos, isto porque a mídia nos tornou co-espectadores involuntários das atrocidades que são apresentadas plasticamente a cada hora (Hartman, 2000, p. 208).

Podemos afirmar que, devido a esses fatores, estamos possivelmente muito mais sujeitos a sermos afetados psiquicamente pelos eventos traumáticos hoje em dia do que antigamente. Sendo assim, quanto mais perigoso parece ser o mundo,

mais vulneráveis nos encontramos. De certo modo, a ignorância protege-nos do medo. Ora, defrontamo-nos habitualmente com uma crueza de realidade antes apenas imaginada. Talvez a sensação de insegurança nos tempos atuais tenha aumentado por isso. “O fato é que o homem contemporâneo vive submerso em experiências de excesso feitas de choque que provocam susto e esgarçam a ordem simbólica” (Fuks, 2006, p. 33-34).

Dentro deste panorama, um estudo voltado para a questão do trauma e dos aspectos subjetivos a ele relacionados na atualidade pode ser considerado de grande relevância. Afinal, cotidianamente, nós analistas somos convocados a escutar algo desta natureza na clínica. Do que mais se trata no estresse pós-traumático senão de ataques de angústia engendrados pela vivência de um trauma?

Embora as condições de trabalho dos policiais permitam supor que eles estão especialmente expostos a experiências violentas de risco de vida, devemos esclarecer que, obviamente, não acreditamos que a incidência do trauma psíquico deva ser particularizada para esse grupo, nem que o trauma, entre os policiais, deva ser tomado como um fenômeno de massa. Levaremos em conta, naturalmente, que cada policial interpreta suas vivências de modo peculiar, a partir de sua história de vida e da forma como se relaciona com os objetos e com o mundo ao seu redor, visto que a reação diante de um acontecimento violento é subjetiva e que a realidade material não equivale à realidade psíquica – fantasia. A forma como o acidente é significado, o modo como os resultados do acidente são sentidos, assim como o grau de desamparo em que o sujeito se encontra após sentir sua morte tão próxima, são conjuntamente determinantes para a configuração ou não de um trauma, e não podem ser pensados no campo da psicanálise sem que se leve em conta que, entre o acontecimento e a neurose que se estabelece, há o inconsciente.

Conseqüentemente, não podemos precisar o que seja de ordem traumática de antemão. De fato, há algo de muito particular na constituição de um trauma psíquico. O evento só pode ser qualificado como tal *a posteriori*, pelos efeitos que produz no sujeito. Entretanto, podemos, em contrapartida, dimensionar a potência traumática de uma situação, a partir do nível de ameaça à integridade física e psíquica que ela ofereceria a qualquer ser humano. As levadas de soldados que caíram vítimas de neuroses traumáticas durante as grandes guerras assim o demonstra.

A escuta clínica dos policiais militares permitiu conhecer mais profundamente o cotidiano no qual estão imersos. Estão de certa maneira inseridos em uma instituição total. Eles cumprem uma elevada carga de trabalho, aumentada devido ao déficit de policiais. Ademais, eles costumam dizer que uma vez policial sempre policial (“somos policiais vinte e quatro horas por dia”). Os policiais têm o dever de portarem a identificação profissional, e, uma vez podendo ser identificados em caso de assalto, andam armados para se protegerem. Geralmente, eles moram em área de risco, o que os expõe ainda mais. Sobre isso, muitos deles repetiam a seguinte frase: “Não podemos deixar de reagir, pois facilmente o bandido descobriria nossa arma ou acharia nossa identidade, então temos de atirar primeiro, pois assim tentamos pelo menos nos defender”.

Devido à baixa de pessoal, estima-se que existam menos de seis mil policiais militares nas ruas do Estado (Jornal O Globo, 27/01/2008), quando deveria haver mais que o dobro¹. Daí a dificuldade de gozarem das férias e das licenças especiais previstas por lei. Sem o descanso anual de pelo menos 30 dias há um agravamento no estresse.

Na prática de seu ofício, que é de “servir e proteger”, eles têm uma rotina diária em que o tédio se alterna com o risco de fazer um flagrante ou de efetuar uma prisão. Oferecer-se ao perigo habitualmente pode vir a comprometer a saúde mental destes policiais, sem falar no caso de serem atingidos numa troca de tiros ou de terem colegas baleados em seus braços, como já foi o caso na vida de tantos deles. Não à toa, de maneira geral, eles se queixam de não serem protegidos pelos direitos humanos². Um dos indicativos de que esse discurso é prevalente, é a formação em 2005 de uma Organização Não-Governamental (ONG), criada por parentes de policiais militares assassinados, que buscam o reconhecimento de que o policial precisa ser melhor equipado em sua atividade diária, e preparado material e psicologicamente para exercer seu ofício com dignidade, para que não mais se exponha tanto ao risco de morte, conforme verificamos nos dias de hoje³.

¹ Este foi um dado colhido na mídia impressa como vários outros, já que não foi possível ter acesso à estatística oficial.

² Ver Bicalho, 2005.

³ Segundo pesquisa científica (Bicalho, 2005), 2/3 dos policiais militares afirmam que necessitam de melhor preparo para que a abordagem seja feita de maneira eficaz, sendo que para eles, mais importante do que o material que possuem para fazê-la, é o estado mental em que se encontram no momento.

De acordo com policiais militares, os coletes à prova de bala muitas vezes estão vencidos e não protegem todo o corpo do policial; além disso, a munição a que os criminosos têm acesso é em muitos casos superior a da polícia. É impossível negar tamanha vulnerabilidade diante das alarmantes estatísticas de falecimento na Corporação, que vêm aumentando vertiginosamente, e mobilizando a classe em busca de mudanças que possam vir a reduzir este índice.

Segundo reportagem do jornal O Globo (17/06/06), um grupo de policiais do Rio enviou uma carta de representação à Organização dos Estados Americanos (OEA) em 2006 solicitando investigação a respeito do número excessivo de baixas na PMERJ – 893 baixas no período de 2000 a 2005, ou seja, uma média de quase 180 mortes por ano. Esse movimento contestador foi legitimado pelo grupo Tortura Nunca Mais, que alertou também para o elevado número de óbitos de civis ocorridos em consequência de confronto com PMs – 1095 somente no ano de 2005.

Exige-se que os policiais militares paguem com o corpo e até com a própria vida pelos emblemas que carregam. É chocante constatar que muitos deles foram executados em atentados de terrorismo com ameaça ao Estado. Por tudo isso, muito raramente uma família apóia a escolha dessa profissão. Assim, apesar de não ignorarmos as inúmeras denúncias que surgem e são levadas pela imprensa ao conhecimento de toda a população sobre um sem número de policiais que se corrompem, enriquecendo ilicitamente, podemos indagar em referência aos policiais comprometidos com a ética e, portanto, dignos de sua farda: Quem é esse sujeito que oferece sua vida para proteger a sociedade? Quem é esse que se arrisca cotidianamente em nome de um ideal coletivo?

Encontraremos então um contexto, que nos é relatado em análise, de um cotidiano estressante, que em certo aspecto beira o desumano, típico de policiais militares de atividade-fim⁴. Isto porque, devido à natureza de sua função, estão em contato direto e praticamente diário com situações-limite, violentas e perigosas.

É verdade que muitas vezes respondem a essa situação com mais violência, o que resulta na truculência e abuso de poder por parte do policial, de que tanto temos ouvido falar. No entanto, a responsabilidade em relação à

⁴ São os responsáveis pelo policiamento ostensivo (de rua), que se distinguem dos policiais que fazem serviço interno – administrativo – “de expediente”.

atividade policial indesejada não é apenas dos policiais, eles se queixam de ter pouco tempo na carreira dedicado a aperfeiçoamento.

Para auxiliar-nos na construção do tecido simbólico e imaginário no qual o policial militar está inserido, recorreremos aos seguintes autores: um representante da corrente filosófica francesa que discorreu sobre a microfísica do poder, Foucault, e outro da corrente americana, que conseguiu grande destaque no campo da psicologia social, Goffman. Nesta pesquisa em que buscamos conhecer a filosofia que rege as práticas de uma instituição policial militar, procurando compreender os seus princípios e os mecanismos sobre os quais se pautam as relações de poder, privilegiaremos duas noções fundamentais: a foucaultiana de genealogia do poder, e a de instituição total, introduzida por Goffman.

Foucault (1975) mostrou a prevalência, na modernidade, da prática de um poder capilar e difuso exercido com o intuito de dominar os indivíduos, e que é muito mais eficaz que o poder praticado nos séculos anteriores, que fazia uso da coerção física, justamente por ser mais sutil. Esse tipo de poder visa treinar o homem, sobretudo a adestrá-lo desde sua infância, para fabricar um sujeito obediente; e nesta medida, fazer com que ele seja útil à sociedade, promovendo a manutenção do *status quo*. E nada mais eficiente do que uma instituição total para a prática dessa espécie de poder.

Embora saibamos que toda generalização sobre um sujeito coletivo é simplificadora (Rudge, 2006), e que a psicanálise nos ensina que cada sujeito constrói sua própria visão de mundo, isto é, apreende a cultura de uma forma particular, não devemos desconsiderar que a Polícia Militar Fluminense possui um código de regras e linguagem próprio que se diferencia de outros tantos e que têm um valor simbólico para seus membros.

Pretendemos apresentar o modo como se constitui esta organização, com o propósito de analisar a relação que é estabelecida de forma geral entre o policial e o Outro, demonstrando que a Polícia Militar se presta a servir de prótese imaginária para o eu de muitos de seus membros, mantendo-os dessa forma organizados psiquicamente. Devido a esse caráter de mantenedor e mesmo de prótese do eu, que pode ser assumido pela PMERJ e sua chefia, funda-se uma relação de dependência e, em muitos casos, de simbiose, alienando o sujeito da forma a mais radical.

O policial que passa por um choque violento como o de ser atingido por balas de fogo, que são, em realidade, cada vez mais possantes e destruidoras, desafiando o próprio avanço da medicina, e que não recebe um socorro imediato, nem mesmo encontra uma assistência social e psicológica adequada logo após o acidente, pode vivenciar com isto um estado mais crítico de desamparo que o advindo da própria situação de enfrentamento da morte.

Não podemos desprezar a realidade sócio-econômica de grande parte dos policiais. Sem a contrapartida da Instituição que deveria ampará-los e se responsabilizar em promover o que fosse necessário para sua reabilitação, eles se vêem privados daquilo que os sustentava – uma ilusão de proteção. Assim, uma vez abalada a relação imaginária entre o policial e a PMERJ, a manutenção do eu torna-se precária e falha. Muitos dos pacientes traumatizados ficaram extremamente mobilizados com a falta de recursos da rede hospitalar e clínica do Estado, o que prejudicava e até comprometia sua recuperação. Sentiam-se abandonados, ou até mesmo renegados.

Ter de arcar com os custos de uma medicação onerosa para um soldado que recebe em média oitocentos reais mensais líquidos é uma missão quase impossível. Pelo que ouvimos na clínica, os policiais esperavam maiores cuidados, sobretudo devido à natureza da relação estabelecida entre eles e a Polícia, já que a têm na maioria das vezes como um ente fálico e poderoso. Queixavam-se, portanto, de terem sido esquecidos. Esta exclusão acarretava um sério comprometimento na elaboração do trauma, prejudicando demasiadamente o restabelecimento físico e psicológico do paciente.

Quanto à pesquisa na teoria psicanalítica que poderá garantir uma melhor abordagem dessas questões, acompanharemos todo o caminho trilhado por Freud no desenvolvimento das noções de trauma e de angústia. Ocupar-nos-emos do trauma no 3º capítulo, adotando como eixo central a teoria freudiana e lacaniana. Privilegiaremos as duas diferentes concepções de trauma encontradas na metapsicologia freudiana: o primeiro, sexual, visto como universal e estruturante, que foi um dos balizadores da teoria psicanalítica desde o início de sua construção; e o segundo, não sexual, de guerra, tomado como contingencial e particular, longamente estudado na década de 20 do século XX por Freud e os psicanalistas de seu grupo a partir das impressões deixadas como enigmas pela sintomatologia da neurose de guerra. O estado físico e mental dos soldados que

retornavam da 1ª. Grande Guerra para seus países atestava o sofrimento agudo advindo da exposição ao horror de um campo de batalha, um cenário assolador, denunciante de uma involução da sociedade moderna que regredira à barbárie.

Imbuído da necessidade de reaver seu dualismo pulsional, quando a conceituação do narcisismo significava que não era mais possível manter o conflito entre pulsões sexuais e pulsões do eu (de auto-conservação), visto que as últimas também são de ordem sexual, Freud dividiu desta maneira as duas novas classes: de um lado pulsão de vida, e do outro, pulsão de morte.

Era preciso incluir na teoria psicanalítica o que se apresentava na clínica como estando além do princípio de prazer, e que mostrou ser um mecanismo mais arcaico e mais poderoso do que o de prazer, e que parecia regular o aparelho psíquico. Assim, voltou-se à análise do funcionamento do aparato psíquico frente às demandas da pulsão de morte.

Houve, portanto, uma grande virada na teoria freudiana em 1920, e que não pode deixar de ser considerada como uma consequência da atenção que os analistas passaram a prestar ao trauma de guerra e à neurose traumática, articulados ao fenômeno da compulsão à repetição manifestada, sobretudo, nos sonhos de angústia. Quanto à obra lacaniana, nela também será ressaltada, no âmbito da neurose traumática, uma noção de repetição que está além do *autômaton*, ou seja, da repetição dos signos: a *tiquê*.

À angústia, dedicar-nos-emos exclusivamente no 4º capítulo, no qual apresentaremos as suas múltiplas faces e sua relação com o trauma. A neurose traumática tornou necessária a retomada da noção de angústia automática, conceito encontrado nos primeiros trabalhos de Freud, em que o autor abordava a problemática das neuroses atuais. A angústia, portanto, foi apresentada inicialmente sob um viés econômico na metapsicologia freudiana. Ela era compreendida como descarga de afeto represado. Depois, passou-se a considerar a angústia como afeto transformado após a incidência do recalque. Esta posição teórica foi mantida por Freud até 1926, quando ocorreu uma mudança de paradigma. A angústia não advinha do recalque, mas pelo contrário, o recalque é que suscitava a angústia, apreendida como um sinal que indica perigo; nesta perspectiva, a angústia tem uma função protetora. Daí a afirmação de Freud (1920) de que, diante de um grave acidente, a presença da angústia contribui para que uma neurose traumática não se constitua.

No 5º capítulo, abordaremos mais especificamente a clínica psicanalítica, mostrando que com o trauma o supereu pode tornar-se mais sádico em relação ao eu, impondo uma satisfação masoquista compulsiva, que incita a ocorrência de sucessivas perdas que reatualizam o primeiro trauma. Esta repetição pode levar o sujeito à morte. Por isso, a análise tem uma importância primordial, ela possibilita a elaboração do trauma a partir da realização do luto sobre o(s) objeto(s) perdido(s). Podendo contar ao analista como foi pensar que não sobreviveria, o paciente pode vir integrar esta experiência, o que não foi possível no passado, tornando a situação traumática menos irreal. Tendo a quem endereçar seu sofrimento, o sujeito pode retomar a construção de sua história pessoal e libidinal, vindo a desintegrar o corpo estranho que ficou como resultado do trauma e, principalmente, conseguindo romper com a repetição destrutiva que esta memória evoca.

Ainda sobre o 5º capítulo, incluiremos nesta discussão a pesquisa clínica realizada por Ferenczi, Simmel e Hardcastle, autores que estudaram a neurose traumática e/ou neurose de guerra, para que sejam estabelecidas aproximações e distinções entre suas idéias e as contribuições trazidas pela teoria freudiana.

No 6º capítulo, teceremos as considerações finais sobre as questões desenvolvidas neste estudo.

2. Apropriação física e subjetiva do policial pelo Outro – Corporação

A polícia é o termômetro do grau de civilização de um povo (Sgt PM com 19 anos de serviços prestados a PMERJ segundo Muniz⁵, 1999).

A farda não é uma veste que se despe com facilidade e até com indiferença, mas uma outra pele que adere à própria alma, irreversivelmente para sempre (Inscrição na parede de um batalhão da Polícia Militar).

Pretendemos apresentar neste capítulo o contexto histórico e social em que o policial militar fluminense está inserido, levando em conta a natureza da relação que é estabelecida entre o PM e a instituição policial militar, e entre ele e seus pares. São impressões tidas por uma psicanalista que é membro da PMERJ e que, conseqüentemente, tem o discurso atravessado por essa experiência.

Formamos uma turma de cinquenta psicólogos que ingressaram através de concurso público na Corporação em janeiro de 2002, inaugurando o quadro antes inexistente. Anteriormente à nossa entrada, só havia civis realizando atendimento nos setores de psicologia nas clínicas médicas e nos hospitais. O serviço não era oferecido nas unidades operacionais, o que dificultava muito o atendimento, até porque havia longa fila de espera.

Justamente por ser uma especialidade tida como tabu pela Corporação, por “mexer com a mente das pessoas”, muitas dificuldades foram encontradas inicialmente pelo grupo.

Fomos a única classe de profissionais de saúde, no universo de aproximadamente 500 oficiais formados em 2002, que teve que preparar um planejamento de trabalho sob orientação de um Capitão Médico Psiquiatra a ser aprovado pela diretoria de saúde. Esta tarefa foi muita árdua e levou alguns meses

⁵ A autora será citada em inúmeras ocasiões deste trabalho, tendo em vista que sua tese de Ciência Política, orientada pelo Prof. Luiz Eduardo Soares, foi escrita a partir de um trabalho de pesquisa de campo realizado no 19ºBPM, durante o qual participou das rondas, circulando pela área de patrulhamento desta unidade nas viaturas ao lado dos policiais. O que significa dizer que ela conseguiu colher interessante material que pode auxiliar na construção deste trabalho.

para ser concluída. Havia muita preocupação por parte do Comando da Tropa⁶, e até hoje ela existe, em relação a nossa presença nos batalhões, quanto a uma possível interferência na administração considerada nefasta.

Somos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, policiais militares. Inclusive, a designação militar vem antes do cargo. Desse modo sou a 1ª Tenente PM PSI Silvia. Temos orgulho de nunca termos nos esquivado de discutir questões de nosso campo de saber relacionadas ao militarismo⁷, dentre elas o fato do profissional que presta assistência psicológica no quartel ser um militar, já que o trabalho analítico, em princípio, caminha na contramão da alienação, da hierarquização e da homogeneização do sujeito. Seria essa situação sustentável e produtiva?

A análise suscita a reflexão a respeito da particularidade subjetiva que se contrapõe ao coletivo, criando um espaço para que se manifeste a singularidade que é apagada em toda coletividade. Aquele que já iniciou um trabalho psicanalítico sabe que este processo leva à desconstrução do saber alienado vindo do Outro, inicialmente ocupado pela mãe, pelo pai, e, durante a vida, pelas demais figuras de autoridade e respeito. Deste modo, a análise suscita uma separação do Outro. O sujeito chega, assim, a questionar sua posição de sujeição, e a mudar de posição, a partir da escuta de seu desejo inconsciente em análise. Nesse sentido, o tratamento psicanalítico pode ser mal-visto no meio militar. Todavia, tratar com correção militar as transgressões disciplinares fruto do adoecimento psíquico, da dependência química, ou do vício do jogo, não dá resultado, isto é, o policial não volta a ter comportamento bom por causa disso. Isso leva os comandantes a admitirem que há algo que escapa ao seu rígido controle e que deve ser cuidado pelos psicólogos.

A partir do ponto de vista das mudanças subjetivas que um trabalho analítico pode provocar, refletiremos a respeito das palavras de um Major de tropa da Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG), cujo relato autobiográfico revela os efeitos da alienação ao Outro. Chama a nossa atenção o quanto esta oficial teve sua vida sacrificada em nome dos ideais da Corporação. Após iniciar uma terapia, ela reviu uma série de questões que estavam relacionadas à carreira militar.

⁶ O corpo da tropa distingue-se do corpo da saúde por ser constituído por combatentes. Os maiores cargos da administração da PM são compostos por policiais do primeiro grupo.

⁷ Para conhecer outras visões a respeito da experiência obtida no exercício da psicologia na PMERJ sugerimos consultar Bicalho (2005) e Guimarães (2007).

Retiramos um trecho de sua fala em que revela a surpresa pela constatação do quão irracional pode ser a cobrança que o militar faz em relação a si mesmo a partir da lavagem cerebral praticada em sua formação:

Os treinamentos para a formatura foram exaustivos, mas hoje é cômico relembrar (...). A todo momento, era-nos lembrada a nossa responsabilidade, em razão dos ilustres convidados que nos prestigiariam. Assim, não podíamos errar . . . Não podíamos errar . . . Não podíamos errar . . . Aliás, policiais não podem errar, mas, interessante, há um ditado de caserna que diz: ‘você calado já está errado’. Eu ainda não havia pensado na profundidade desse paradoxo. Caso tivesse, teria aceitado os meus erros, torturando-me menos. (Lima, 2002, p. 18).

Essas palavras fizeram com que rememorássemos a nossa própria história na PMERJ, vindo à mente todos os percalços pelos quais passamos na formação militar “relâmpago”, que durou menos de três meses. Podemos afirmar que aprendemos “na pele” a sabedoria dos ditados militares, como o que vivíamos repetindo no nosso Curso de Formação de Oficiais (CFO) de 2001: “Nada é tão ruim que não possa piorar”. Aprendemos cedo a nos resignar diante do que representa ser servil no militarismo; essa foi a nossa primeira lição! Toda vez que alguém reclamava de algo, um de nós repetia a profecia que se confirmava, ensinando-nos que éramos capazes de agüentar as adversidades cada vez maiores do treinamento.

Como pessoas críticas à influência a que uma instituição total exerce sobre o pensamento e as escolhas do indivíduo, nós psicólogos militares antecipamos algumas das dificuldades em que poderíamos esbarrar, antes mesmo de iniciarmos nossa prática clínica. Uma delas era a possibilidade de o policial sentir-se desconfortável diante de um superior⁸, o que poderia obstruir a criação de um vínculo de confiança necessário para o início do tratamento. Isso sem mencionar a preocupação comum no PM de que sua reputação diante de seus colegas poderia ficar maculada por procurar ajuda de “alguém que cuida de loucos”. Ante a notória resistência da classe policial a admitir a necessidade de um acompanhamento psicológico, considerado “coisa de maluco”, como os policiais lidariam com o fato de ter de esperar do lado de fora da sala de consulta enquanto não fossem chamados a entrar? Todas estas questões foram sendo respondidas na medida em que os atendimentos ocorriam. Quando um policial percebia que o

⁸ O oficial (2º tenente, 1º tenente, capitão, major, tenente-coronel e coronel, em ordem crescente) ocupa um círculo hierárquico distinto e superior ao círculo dos praças, composto por soldados, cabos, sargentos (3º, 2º e 1º), e sub-tenentes, em ordem crescente.

outro havia buscado atendimento, encorajava-se para procurar auxílio também. Hoje, os próprios PMs indicam para seus colegas o tratamento psicológico. Para os praças, parece ser mais fácil fazer esse movimento. Até hoje a quase unanimidade dos policiais atendidos por mim eram deste círculo. Isto porque para os oficiais admitirem que necessitam de ajuda é muito mais complicado. Como são idealizados, ocupando posição de liderança e autoridade, não querem ser vistos como falhos ou desprovidos de auto-suficiência. Então, eles nos procuram muitas vezes informalmente – no alojamento, no rancho, na seção em que prestam serviço – não em nossas salas, como o fazem aqueles que não dividem conosco o mesmo ambiente no quartel.

Apesar da relutância a aderir ao trabalho do psicólogo ter sido reduzida de maneira gradativa entre os policiais, os pacientes ainda escutam piadinhas maldosas de seus colegas de farda por estarem em atendimento. Basta o psicólogo entrar numa seção, seja na secretaria, na P4 (setor de obras e manutenção) ou na P1 (encarregada das escalas), para que haja um policial tentando constranger outro, sugerindo que ele precisa muito ser tratado, e, nesses momentos, a risada é geral.

Observamos que, na medida em que os pacientes atendidos notam a melhora de seu mal-estar, passam a ignorar as provocações. Até porque eles percebem que a cada dia mais colegas estão se cuidando da mesma forma, fato que auxilia na desmistificação do atendimento psicanalítico na caserna.

Sabemos que a vestimenta e seus acessórios servem como suporte de projeções de ordem imaginária as mais diversas possíveis; por esse motivo, realizar os atendimentos estando uniformizado pode surtir efeitos negativos para o estabelecimento da transferência e até para o bom andamento do tratamento. Isto porque o paciente pode enxergar no analista a figura do chefe, se ver tendo que tratá-lo de senhor(a) como manda o regulamento, ou achar que deve medir as palavras para que não venha a ser acusado futuramente de ter desrespeitado um oficial. Além disso, o paciente pode hesitar em confiar no psicólogo por temer futuras perseguições quanto ao conteúdo do que for ali falado durante o processo de análise. Enfim, não podemos ignorar algumas prováveis e indesejadas reações adversas que podem vir a atrapalhar o estabelecimento da transferência no *setting* analítico, geradas pelo fato do profissional ser um militar e não um civil. Desta maneira, o psicólogo militar deve estar atento quanto à possibilidade dessas

situações ocorrerem e se preparar para lidar com isso. É certo que durante a sessão de análise, deve-se buscar excluir o militarismo para que seja possível ocupar o lugar de analista.

Portanto, o princípio da hierarquia deve ser rompido de antemão para que se constitua um trabalho analítico. O código de conduta do psicólogo que indica a necessidade de preservação do sigilo pode ser uma poderosa ferramenta para inibir a influência e o poder dos superiores sobre o psicólogo militar, permitindo a liberdade necessária para o exercício da clínica.

No início da atuação do grupo de psicólogos militares, havia muita desconfiança dos policiais em relação à sua capacidade técnica e às verdadeiras intenções por trás das propostas de formação de grupos terapêuticos e de atendimento individual. Suspeitavam de que não seríamos capazes de preservar o sigilo. Assim, temiam ser prejudicados no âmbito pessoal e militar caso alguma coisa dita ao analista vazasse para outra pessoa do batalhão. Além disso, alegavam correrem risco de iniciar um atendimento e depois ele ser interrompido, “pois as coisas boas na Polícia sempre acabam”. Receavam que nossa atividade nos quartéis fosse temporária. Deste modo, como poderiam aderir ao projeto se, muito em breve, eles poderiam ser surpreendidos com o fim dos trabalhos? Havia ainda aqueles que especulavam sobre a possibilidade de termos sido infiltrados pela chefia do quartel com o objetivo escuso de colher informações sigilosas a respeito deles, a fim de realizar uma pesquisa psicológica sobre a tropa.

Contudo, passados mais de seis anos de serviços prestados na PMERJ, tudo indica que as suspeitas que recaíam sobre nossa competência e ética profissional diminuíram consideravelmente. Antes, era comum ouvirmos alguma piadinha sobre um suposto vínculo com o serviço secreto – P2 (setor reservado da PMERJ responsável pela inteligência e investigação); nos dias de hoje já não ocorre mais uma provocação desta índole.

Depois de colocadas todas essas dificuldades que poderiam advir do fato do analista ser um militar, centrar-nos-emos em outro assunto, a saber, a investigação e a análise da cultura policial militar, que está fundada, pelo menos em princípio, sobre um ideal altruísta, ainda que este seja subvertido por parte do grupo.

O policial militar é responsável pelo policiamento ostensivo; sendo assim, deve proteger a sociedade do crime, nem que seja preciso morrer em nome disso.

Alguns milhares deles já o fizeram, deixando órfãs suas famílias. Poderíamos nos perguntar: que tipo de profissão é essa que necessita de heróis? E mais ainda, quem são esses mártires? Cabe observar que, enquanto muitos deles estão apoiados em um ideal de vida, imbuídos da missão de defender e amparar a sociedade, outros se aproveitam de sua posição para se corromperem e deste modo, acabam contribuindo para denegrir a imagem já desgastada da PMERJ. Existe ainda outra classe, que é numerosa, formada por policiais que entraram para a Corporação em busca de estabilidade, sem que tivessem algum interesse na vida militar, tendo feito uma espécie de escolha forçada. Muitos deles não estavam preparados para pagar o alto preço de ocupar este lugar. Quando um desses PMs é atingido num confronto e perde parte de suas funções mentais ou de sua capacidade física, o impacto do choque é ainda maior.

Grandes são os obstáculos encontrados no dia-a-dia de serviço, o que acaba contribuindo para a degradação do estado psicológico dos policiais. Certamente, a natureza deste tipo de profissão provoca um estado de angústia quase permanente, decorrente da vivência de situações limites, isto é, experiências de elevado estresse físico e mental que ultrapassam a tolerância de um sujeito comum.

Verificamos no universo policial militar a prática de uniformização dos sujeitos, tanto em relação à sua aparência no quartel (com a proibição do uso de adereços chamativos ou de tatuagens), como também quanto às suas atitudes e seus comportamentos fora dele.

Busca-se um coletivo harmônico e para isso as diferenças individuais têm que ser minimizadas. No lugar do sujeito, tem-se o grupo. Daí a utilização do uniforme e de uma carteira de identidade própria à vida militar, na qual consta o número de identificação – registro policial (RG), o nome de guerra e o posto do policial.

Todos esses recursos visam a desapropriação do corpo, e, em última instância, da alma do indivíduo. Para o fortalecimento do grupo é preciso enfraquecer a individualidade. A formação militar apóia-se sobre esse princípio, conduzindo a um processo de apagamento da subjetividade em prol do coletivo. A ideologia que vigora no meio militar, onde predomina um tipo de poder que tem por finalidade adestrar homens que possam garantir a manutenção da ordem

pública e do estado de coisas, é objeto de interesse, pois tem efeitos de produção de subjetividade.

2.1. Fabricando corpos dóceis e úteis

Foucault (1975) demonstrou que no século XX, na Europa, houve a predominância de uma prática social chamada de “economia política do corpo”, surgida dois séculos antes, que pode ser entendida como o exercício de relações de poder e de dominação, pautado sobre a disciplina e que busca controlar o corpo, suas forças e seus movimentos. Houve um momento da história da repressão em que se percebeu que seria mais eficaz e rentável vigiar do que punir. Devemos lembrar que com o advento da revolução industrial, na segunda metade do século XIX, o corpo veio a se tornar uma força de produção, e, portanto, uma fonte de riqueza.

O saber e o controle do indivíduo constituíam a chamada “tecnologia política do corpo”, que é difusa e raramente explícita, composta muitas vezes de peças ou de pedaços, e que utiliza material e processos sem relação entre si. Foucault referiu-se a uma *microfísica do poder* posta em jogo pelos aparelhos e instituições. Este poder exercido no nível microscópico constitui um dispositivo que visa fabricar o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista.

Os ensinamentos de Foucault a respeito desse tipo de dominação e de poder que é exercido de forma capilar indicam o objetivo que predominou no século XX de se produzir corpos dóceis e obedientes. Conforme definição do autor: “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (Foucault, 1987[1975], p. 118).

Através da leitura de sua obra, podemos localizar na segunda metade do século XVIII a origem do modelo de disciplina que se encontra operante nos dias de hoje nas instituições militares. Ele é baseado num tipo de dominação eficaz, porém não fundado sobre a violência física, mas sim em regras de confinamento e hipervigilância. Trata-se do exercício de uma apropriação, não apenas das qualidades profissionais do homem, mas do seu corpo e, em último grau, da sua própria alma – sede de hábitos.

Foucault (1975) identificou três diferentes tipos de “tecnologia de poder” utilizadas ao longo dos quatro últimos séculos na Europa, a citar:

- Do **corpo supliciado** – Até o século XVIII na Europa, era comum a prática de supliciar publicamente o corpo dos criminosos. O corpo, portanto, servia como instrumento de punição para os delitos que eram interpretados como uma agressão direta à figura do rei. O condenado podia vir a ser açoitado, queimado, mutilado, destroçado, enfim, ser objeto do ato mais brutal e cruel possível, já que esta era a forma encontrada para restituir a sua imagem que fora maculada com o crime. Quanto maior o horror infligido ao criminoso, mais grandioso era o espetáculo que devia ser assistido por todos, e assim, mais vingado sentia-se o rei.

O suplício era uma técnica regulamentada juridicamente e legitimada que deveria permitir correlacionar o tipo de ferimento físico (qualidade, intensidade e duração do suplício) com a gravidade do crime cometido, a pessoa do criminoso e o nível social da vítima. Havia um código jurídico da dor e esta era calculada de acordo com algumas regras, a citar, o número de golpes de açoite, localização do ferro em brasa, tempo de agonia na fogueira, tipo de mutilação física, entre outras. Era um dispositivo que tinha por objetivo último deixar uma cicatriz (marca) no corpo do criminoso. Da mesma forma, restaria na memória dos homens que acompanhavam a ostentação do suplício, o horror da punição. Disso adviria o reconhecimento do poder ilimitado do rei e da violência de sua força, o que inibiria futuros crimes. Dentro desta perspectiva, o corpo pertencia ao rei. Por essa razão, dele podia ser feito o que bem lhe conviesse. Era no excesso de violência imputada ao criminoso e ostentada ao povo que se investia toda a economia do poder do rei;

- Do **corpo cujas representações são manipuladas** - nesse contexto, o corpo era um bem social e não mais uma coisa do rei. Desta maneira, ele havia se transformado em um objeto de apropriação coletiva e útil à sociedade, e por isso não podia mais servir para que a força do monarca fosse reafirmada e exibida. Seguindo esta linha de raciocínio, a aplicação da pena implicava num

retorno à sociedade, isto é, ela deveria servir também como uma compensação pelo dano causado ao grupo.

Esta nova tecnologia de poder surgiu no século XVIII a partir da instalação de uma crise que se deu principalmente no meio jurídico e no político, em virtude das críticas levantadas pelos magistrados e pelos legisladores quanto ao exibicionismo de um excesso de violência que fazia do criminoso uma vítima, do rei um carrasco, e do sistema jurídico um sistema perverso. Logo, o suplício deveria ser banido da sociedade. Seria preciso que o castigo tivesse a humanidade como medida. De acordo com esse pensamento, o menor crime representaria uma ameaça para toda a sociedade. O criminoso deveria sofrer uma sanção que não envolvesse nenhuma violência física direta, mas sim um sofrimento psicológico, no âmbito mental, daí a necessidade de enclausuramento dos indivíduos. Os criminosos deveriam ser separados do restante da população, mantidos excluídos e, deste modo, seriam controlados de perto. A intenção do encarceramento era de regenerá-los, transformando-os em indivíduos dóceis e obedientes. Assim, o direito de punir deslocava-se da vingança do soberano à defesa da sociedade. Seria preciso, pois, “punir exatamente o suficiente para impedir” (Foucault, 1987[1975], p. 79) a prática criminosa. Portanto, buscava-se maximizar a representação da pena e não sua realidade corpórea;

- Do **corpo treinado** – respeitando o princípio de que o corpo pode ser manipulado de forma a se transformar num corpo treinado, submetido à ordem pública, procurava-se disciplinar o indivíduo desde muito cedo para que fosse fabricado um sujeito amigável e pouco propenso ao crime. Sendo assim, investir-se-ia na prevenção do crime e não apenas na aplicação de penas como forma de inibi-lo. Este dispositivo surgiu também no século XVIII na Europa. Sobre este tipo de técnica funda-se a educação escolar nos moldes do que conhecemos ainda em voga atualmente. Do mesmo modo, essa modalidade de tecnologia de poder é utilizada nas academias militares, por isso ela nos interessa tanto. Segundo Foucault, dentro deste panorama, o corpo e o tempo, os gestos e as atividades diárias, são alvos de aplicação da dominação do sujeito. Trata-se de uma técnica que se aplica no plano do microcosmo, diríamos mesmo, no âmbito capilar, pois esse poder além de ser sutil, é muito

eficaz, justamente pelo fato da coerção ser feita de forma implícita. Uma dominação quase imperceptível é exercida devido à economia de gestos punitivos. Há nesta forma de microfísica do poder, a prática de uma coerção constante e ininterrupta que busca produzir um corpo submisso e exercitado. Esta tecnologia de poder envolve alguns esquemas de limitação repetitivos, portanto, trata-se de um método disciplinar que inclui os seguintes aspectos:

- A **cerimônia do exercício** – o exercício é o meio pelo qual se obtém o resultado esperado, que é o de produzir um corpo docilizado. Por isso, ele é tão cultuado, considerado fundamental em qualquer espaço de formação do indivíduo, seja nas escolas civis ou militares. O objetivo da cerimônia do exercício é de velar mais sobre os processos da atividade física do que sobre o próprio resultado;
- O **controle minucioso das operações do corpo** – para alcançar a meta de se produzir um indivíduo treinado e obediente é necessário que seja exercido sobre o corpo um controle muito detalhado em relação à sua função e capacidade. Este controle busca realizar a sujeição constante da força física a uma autoridade, que deve ser respeitada e temida.

Encontram-se ainda no século XXI exemplos de métodos suaves de trancar e corrigir que objetivam fabricar homens dóceis e obedientes, seja numa escola de ensino infantil, numa academia militar ou até num mosteiro ou convento. Uma das grandes contribuições de Foucault ao pensamento moderno foi a de colocar em evidência o princípio econômico e ideológico capitalista que jazia por trás desta prática de vigilância do homem. A coerção disciplinar, segundo o autor, estabelece no corpo o elo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada.

Quanto à formação militar, que se sustenta sobre a necessidade de um treinamento exaustivo sobre o corpo e de um método rígido de imposição de hábitos, Foucault foi buscar na história européia as origens da ideologia que orienta e rege os princípios e as relações sociais neste universo particular. Conseguiu até localizar o momento da mudança de paradigma quanto à imagem do combatente. Segundo ele, no início do século XVII, a figura ideal do soldado

era a de alguém nascido para a batalha. Nesta medida, ele precisava trazer no corpo as insígnias que indicavam a sua aptidão inata para o exercício deste ofício. Precisava dispor de vigor físico invejável e de coragem incomparável.

Já na última metade do século XVIII, acreditava-se que o soldado podia ser fabricado. Desse modo, afirmou o autor, “de uma massa informe, de um corpo inapto, fez-se a máquina de que se precisa; corrigiram-se aos poucos as posturas; lentamente uma coação calculada percorre cada parte do corpo, se assenhoreia dele” (Foucault, 1987[1975], p. 117).

Foucault salientou que nesses esquemas de docilidade-utilidade, sobre os quais desde o século XVIII havia tanto interesse, são identificadas características que permite diferenciá-los de outras práticas de disciplinarização. Ora, seguramente, antes desta data, o corpo já era alvo de investimentos tão imperiosos e urgentes como os deles. Entre os novos elementos, destaca-se:

- a **escala do controle** – segundo a qual, o corpo deve ser trabalhado detalhadamente. Sobre ele, deve-se exercer uma coerção sem folga, para produzir uma verdadeira máquina. Desta forma, exerce-se um poder infinitesimal sobre o corpo ativo.

Verificamos deste modo o nascimento de uma “arte do corpo humano”, que tem o propósito não somente de aumentar suas habilidades, mas, sobretudo, de aprofundar sua sujeição e de formar uma relação que o torna mais obediente à mesma proporção com que o torna mais útil. Para isso, é preciso estabelecer uma política de coerções a serem impostas ao homem. Sobre seu corpo será exercida uma manipulação calculada em relação a seus gestos e comportamentos, uma verdadeira “mecânica do poder”. Não se trata de uma nova “anatomia política”, mas sim do resultado de uma variedade de processos de origens diferentes, de localizações esparsas, que compõem, no conjunto, um método geral. Encontramos nas organizações militares esse tipo de exercício de poder.

Sobre a “arte de distribuição dos indivíduos no espaço”, na qual também se sustenta este tipo de coerção disciplinar, podemos destacar dois princípios que têm relação com o cotidiano vivido em um quartel de polícia:

- 1) Para haver disciplina, é preciso dispor de um local fechado em si mesmo e, igualmente, heterogêneo em relação a todos os outros. Certamente este princípio é obedecido nos Batalhões, pois todos que ali trabalham, estão uniformizados (com exceção das pessoas do serviço reservado – P2) e são facilmente identificáveis pelas insígnias que portam;
- 2) Na disciplina, os elementos são intercambiáveis, eles se definem de acordo com a posição ocupada na série de elementos e pela distância que os separa dos demais. Este aspecto é verificado nos quartéis pelo código das patentes. Há uma divisão hierárquica que separa os policiais militares em círculos; o dos oficiais (no alto da pirâmide da organização) e o dos praças. Dentro do círculo dos oficiais, há outra divisão em classes: o 2º e o 1º Tenentes (em ordem crescente de antigüidade) são os oficiais subalternos. Já os capitães são oficiais intermediários; e, os majores, tenentes-coronéis e coronéis, são oficiais superiores. Essa divisão implica, inclusive, a separação do espaço ocupado pelos diferentes grupos: há alojamentos diferenciados e, no rancho dos oficiais, mesa em separado para os oficiais superiores.

Quanto ao “controle da atividade”, que faz parte do fundamento da disciplinarização, ressaltamos dois aspectos interessantes que se relacionam ao regime militar:

- 1) O **horário** – deve haver um rígido controle sobre o horário;
- 2) A **utilização exaustiva** – “importa extrair do tempo sempre mais instantes disponíveis e de cada instante sempre mais forças úteis” (Foucault, 1987[1975], p. 131). Este princípio permite compreender a noção amplamente difundida na Corporação de que o policial tem de estar sempre à disposição em caso de necessidade, pois presta serviço de extrema urgência. Existe uma máxima no quartel que diz: “O soldado tem hora para sair de casa, mas não tem hora para voltar”.

Foucault também apontou recursos que garantem o chamado “bom adestramento”, como a “vigilância hierárquica”, que tem como premissa a noção de uma vigilância integral, que é vista desta forma pelos indivíduos que estão a ela expostos. Portanto, ela deve ser contínua, perpétua, permanente, isto é, não deve

ter limites, e assim deve penetrar nos lugares mais recônditos, estar presente em toda a extensão do espaço.

Além de encontrarmos o princípio da vigilância constante na disposição espacial dos quartéis, a prática cotidiana da supervisão, na qual, o oficial deve verificar a execução das tarefas realizadas pelos seus subordinados fora do quartel, funciona dentro deste mesmo mecanismo.

Quanto à prática da hipervigilância exercida sobre o sujeito, Foucault deu destaque em sua obra ao dispositivo que permite o jogo do olhar, cujo protótipo é o Panóptico de Bentham, um anel de celas construído na periferia, com uma torre no centro, vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel. Essa arquitetura não representa um mero artifício para ser visto de fora (como o fausto dos palácios) ou recurso para vigiar o exterior (como as fortalezas), mas caracteriza-se por possibilitar o controle bem detalhado do interior do estabelecimento.

Com um vigia na torre e outro na cela, tem-se o princípio da masmorra invertido. “Daí o efeito mais importante do Panóptico: induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder” (Foucault, 1987[1975], p. 166).

Trata-se do chamado “olhar invisível”, que tudo consegue ver sem ser visto. Essa invenção, que foi aplicada pela primeira vez na construção de um zoológico na Europa, alastrou-se, tendo sido utilizada em diversos espaços como escolas, casernas e hospitais, justamente por ser tão eficaz e econômica, conforme indica o seguinte comentário:

O esquema panóptico é um intensificador para qualquer aparelho de poder: assegura sua economia (em material, em pessoal, em tempo); assegura sua eficácia por seu caráter preventivo, seu funcionamento contínuo e seus mecanismos automáticos (Foucault, 1987[1975] p. 170).

Este esquema de poder é eficiente principalmente por evitar a prática da violência. Os efeitos da vigilância contínua são constantes e profundos, adquiridos em caráter definitivo. Assim, alcança-se uma vitória que é perpétua, já que não é preciso fazer nenhuma intervenção física direta para garantir o efeito desejado.

2.2. Sequestro do eu

Prosseguiremos a discussão sobre o processo de formação subjetiva que tem início com a entrada no universo militar, efetuando uma análise da ideologia que norteia a prática social nas instituições militares. Demonstraremos, fundamentados na obra de Goffman, que o fato do quartel ser uma instituição total tem como consequência a produção de um sujeito subserviente, e de certo modo, alienado, que vai perdendo progressivamente o controle sobre suas próprias atitudes e escolhas. Entretanto, não seria correto afirmarmos que o “sequestro do eu”, para utilizarmos expressão do autor, seja feito apenas pelas instituições seculares e tradicionais, haja vista que outras tantas organizações privadas e até globalizadas, controlam de forma rígida o corpo e os hábitos de seus empregados.

Jaz sob a lógica militar, a intenção de exercer um poder ilimitado sobre o sujeito, que tem de ser obediente aos ditames que lhes são impostos por seus superiores, e leal aos princípios que orientam as relações entre os membros da organização. Assim, o militar tem de tratar o superior com respeito e servilismo e o subalterno com urbanidade, e não pode, em hipótese nenhuma, negar-se a cumprir ordem recebida, a não ser que esta implique em uma ação ilegal ou criminosa. Deste modo, deve estar sempre disponível a colaborar com o que for preciso para atender aos objetivos determinados pela Corporação, nem que para isso, tenha que renunciar a seus interesses e desejos individuais, como revela o seguinte depoimento:

Perguntaram-me se eu estava preparada para ser policial militar, visto que teria que abdicar de muitas coisas que fazia. Respondi com um sonoro “sim”. Lembro-me que já fiz essa mesma pergunta entrevistando outras candidatas e que levei um bom tempo para perceber o quanto ela é tola. Uma coisa é estar preparado para escalar o Everest ou participar do rali Paris Dakar, outra coisa, bem diferente, é estar preparado para ser policial militar. Eu nunca imaginei que para entrar em uma instituição total teria que abrir mão de minha identidade e de meus valores, e que outros me seriam impostos sob uma nova ordem. Quando respondi meu sonoro sim, eu estava preparada para ser feliz e sorrir do mesmo modo que a moça do cartaz do recrutamento. Eu desconhecia indigência, bandido, tortura, sadismo, vingança, e não estava preparada para me defrontar com isso (Lima, 2002, p. 7).

Toda instituição militar é total porque, em conformidade com as características descritas por Goffman (1961), nela todos os aspectos da vida, como

atividade profissional, lazer e alimentação, para citar os principais, são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade, e cada atividade cotidiana é feita na companhia imediata de um mesmo grupo de pessoas. Além disso, essas atividades seguem um horário rígido e previamente estabelecido. Portanto, nos espaços militares pretende-se criar um universo peculiar e fechado; de certo modo isolado do restante da sociedade. Sendo assim, a descrição de instituição total dada pelo autor em seu livro *Manicômios, prisões e conventos* e acima apresentada no parágrafo anterior, coincide quase que inteiramente com a realidade da caserna, salvo algumas exceções.

A partir da leitura do livro *O espírito militar: um estudo de antropologia social na Academia Militar das agulhas negras* (Castro, 1990), identificamos as seguintes ressalvas que devem ser assinaladas ao aproximarmos as duas realidades: primeiramente, na instituição militar não existe uma divisão rígida entre a *equipe dirigente* e os *internados*; em segundo lugar, na academia militar busca-se conquistar o que Castro chama de “vitória cultural”, que é alcançada com a conclusão do curso, momento no qual o aluno formado deixa de ser um simples “paisano” para se tornar um militar. Podemos acrescentar ainda outro fator não mencionado pelo autor que é a escolha pela vocação. Quanto à PMERJ, o ingresso na academia militar é feito mediante a aprovação de concurso público. Para os candidatos a soldados, exige-se o segundo grau completo; já os que pretendem ser oficiais precisam ser aprovados no vestibular da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) para a Academia de Polícia Militar D.João VI.

Através da estratégia de dispor do espaço da instituição para outros fins que não administrativos, procura-se estabelecer com o militar uma relação de proximidade, geralmente encontrada no seio familiar. Efetivamente, tem-se no militarismo um ambiente de familiaridade e intimidade que lhe é próprio.

Os batalhões são locais que se prestam tanto ao trabalho como para moradia de um grande número de pessoas. Os militares formam um grupo fechado, trabalham uniformizados, cumprimentam-se de forma específica (os mais modernos prestam continência aos mais antigos que retribuem o cumprimento), comunicam-se num determinado jargão e adotam uma série de comportamentos padronizados, entre os quais ficar em posição de sentido ao se apresentar ao superior, estar com o uniforme impecável, não usar barba ou bigode a não ser que se tenha ingressado assim na organização, usar bibico (chapéu) para

circular em ambientes descobertos, fumar em local pré-determinado, etc. Levam, portanto, uma vida fechada e formalmente administrada.

Nas unidades operacionais da Polícia Militar, há uma divisão quanto à laboração. Enquanto um pequeno grupo de policiais presta serviço burocrático durante expediente e por isso não precisa pernoitar no quartel a não ser que queira, o que acontece frequentemente devido a problemas familiares; o outro grupo – mais populoso – realiza atividade de policiamento ostensivo em escalas diurnas e noturnas. Mas todos, inclusive os que pertencem ao primeiro grupo, têm um espaço para repouso e troca de uniforme – o alojamento. Além disso, é comum que o policial chegue ao serviço em jejum e tome seu café-da-manhã no rancho; nele podem ser feitas todas as refeições do dia, desde que respeitado o horário pré-determinado pelo comandante. Também são realizadas, nos batalhões e nas clínicas, festas para comemorar datas importantes como Natal, Dia das Crianças, e outras mais.

Como bem marcou Goffman (1961), a entrada numa instituição fechada implica num processo de lavagem cerebral. Através da imposição ostensiva de novos valores e conceitos, almeja-se despistar o indivíduo da antiga concepção de si mesmo, dessa forma, espera-se que ele se transforme num novo homem. Assim, uma série de rituais é criada para marcar esta passagem. Através de certas práticas, algumas até violentas, busca-se degradar, profanar e humilhar o eu, objetivando mortificá-lo, fazendo nascer um outro que, ao contrário do primeiro, seja obediente e subjugado. Nos treinamentos militares, como resultado, ocorrem excessos e abusos de poder, pois a fronteira entre aviltamento e violência é tênue.

Devemos estar atentos para a significação simbólica das “boas-vindas” presentes nos processos de admissão e nos testes de obediência, pelos quais passam aqueles que são inseridos numa instituição total. Estes ritos de passagem batizam o indivíduo, que ganha até um novo nome. Não sem propósito, esta nomeação é pejorativa. No caso da Polícia Militar, por herança da cultura do Exército⁹, os alunos candidatos a oficiais que ingressam na academia militar (cadetes) são chamados pelos veteranos – alunos do 2º ano – por uma expressão que já diz tudo, “bicho”. São inúmeras as provações pelas quais eles têm de

⁹ Devemos lembrar que em quase 200 anos de existência da PMERJ, por 160 deles a instituição foi comandada por oficiais do Exército. Isto porque a Polícia Militar derivou desta organização, criada como um braço das Forças Armadas.

passar, desde exercícios extenuantes à obediência escrava, como passar frio e ingerir determinadas misturas repugnantes de comida.

Desta forma, parece que o objetivo maior desta prática perversa é o de dessingularizar o policial, fazê-lo passar por uma grande transformação subjetiva, vindo no futuro a se tornar parte de uma massa unívoca. Para se alcançar este resultado, é preciso que se construa a imagem de um outro de fora que represente a alteridade que deve ser expurgada para que não ameace a desintegração do grupo.

A necessidade de subserviência está vinculada à exigência de que todos renunciem aos desejos individuais que poderiam vir a dividir o coletivo. Procura-se estabelecer um comportamento padrão, ditado de cima para baixo.

Durante os anos passados na academia, o cadete¹⁰ permanece internado durante toda a semana, podendo retornar às suas casas nos finais de semana, a menos que esteja cumprindo alguma punição disciplinar. Pois, é bom lembrar, que o menor deslize, como uma cama mal feita, por exemplo, pode ser motivo para a suspensão do direito de saída. Desta forma, no processo de formação militar leva-se o aluno ao que Goffman (1961) chamou de “estado de angústia crônica”, em virtude da minuciosa e incessante vigilância exercida sobre ele na instituição, que objetiva notar qualquer mínimo desvio do cumprimento das normas.

Podemos dizer que o princípio régio do militarismo é o de manter um grupo organizado, uniforme e coeso. Certamente, o entrosamento do grupo tem grande relevância para a eficácia das ações e táticas policiais. O seu movimento tem que ser sincronizado e articulado, sob pena de se mostrar ineficiente ou desastroso. Para que se chegue a esse resultado, é fundamental propiciar um estreitamento dos laços afetivos entre os pares. A intimidade atenua as diferenças individuais, aumentando a identificação entre os colegas. Almeja-se formar uma verdadeira família, como ouvimos dizer lá dentro, cujo pai é o comandante, figura que encarna o ideal do eu para os sujeitos dirigidos, fazendo vigorar a lei.

O policial tem responsabilidade sobre suas atitudes individuais, mas também sobre as do grupo. Se ocorrer alguma falha, como a perda de um rádio

¹⁰ Enquanto os alunos candidatos a oficiais têm uma formação longa de três anos de treinamento na academia de polícia, os candidatos a soldados têm apenas um ano. Isto é justificado pelo fato dos oficiais terem uma maior responsabilidade nas atividades de policiamento e de administração. Eles são encarregados das atividades de execução, de administração, de comando e de planejamento das políticas de policiamento ostensivo, o que implica na necessidade de um curso mais amplo e duradouro.

transmissor ou de uma arma, todos da guarnição (grupo de trabalho na rua) respondem por ela. Daí a necessidade de se trabalhar somente com “parceiros”. Como a carga horária é elevada, a convivência torna-se muito intensa, estimulando a cumplicidade entre eles. Assim, é comum que a amizade entre os policiais ultrapasse os muros do quartel, levando-os a se encontrarem habitualmente fora do ambiente profissional.

Ao amor do pai e à sua proteção, o filho deve retribuir com gratidão e obediência. É como diz o famoso ditado repetido exaustivamente em inúmeras situações vividas no quartel: “Manda quem pode, obedece quem tem juízo”. Alguns comportamentos padronizados ilustram o quão relevantes são a hierarquia e a disciplina para um grupamento militar, como a prática de se esperar que o comandante ou o oficial mais antigo se sirva no rancho antes de se iniciar a refeição, ou de ficar em sentido quando o superior adentra a repartição.

Conforme Freud (1921) enunciou: no Exército¹¹, os soldados são unidos por uma corrente libidinal que garante a força do grupo. O fator que os mantém integrados é a relação amorosa que liga uns aos outros. Vem de Eros, portanto, a motivação para manter essa estreita união. Quando o sujeito faz parte de um grupo, ele tende a abandonar a sua individualidade, permitindo que os outros o influenciem por sugestão.

A formação militar visa dotar o sujeito de uma inabalável confiança em si mesmo, que é fundada na onipotência narcísica. A partir desta premissa, podemos estabelecer um elo entre a prática de exercícios extenuantes e a passagem por testes de resistência, não só física, mas também psicológica, com a intenção de eliminar os fracos e inadequados do grupo. É preciso produzir um combatente que se veja como imortal. Só restarão no curso, isto é, só se formarão, aqueles que provarem estarem preparados para superar desconfortos como calor, frio, fome e dor. Pretende-se formar deste modo verdadeiros super-heróis, que uma vez docilizados, sirvam integralmente ao serviço.

O discurso empregado e sustentado pela Polícia Militar e demais Corporações vinculadas às Forças Armadas é o de que o militar tem que ser “vibrador”, extremamente corajoso e destemido. Afinal, esse discurso é calcado na necessidade de se garantir que ele venha a ocupar um lugar especialmente

¹¹ Acreditamos que esse pressuposto possa ser estendido às Polícias Militares estaduais, que afinal de contas são forças reservas e auxiliares do Exército.

desconfortável e difícil, no qual, com relativa frequência, ele terá que entregar a própria vida ao risco para que outras vidas, de pessoas anônimas, sejam salvas.

Presente neste processo há uma tentativa de negar a morte. Em pânico não seria possível a ninguém enfrentar situações de risco, e a capacidade de controlar o medo é um item indispensável para a boa prática policial militar.

A probabilidade de acontecerem acidentes aumenta devido ao excesso de trabalho – normalmente de 12 horas diurnas ou noturnas, intercaladas com um descanso que varia em número de horas, 24, 48 ou 72h, dependendo do serviço. Contudo, este repouso não ocorre na prática, já que além da carga horária normal de serviço, somam-se a ela o tempo despendido no “bico” de segurança e os “extras”¹² a serem cumpridos. Isso sem contar com as inúmeras convocações do Poder Judiciário para depoimentos, marcados quase que exclusivamente em horário de folga. A classe policial militar, em sua maioria, condena as condições de trabalho a que está submetido cotidianamente. Há uma sensação generalizada entre os policiais de que para eles não existem direitos humanos. É comum ouvi-los dizer que “até o bandido tem mais direitos humanos que o PM”¹³. Esse sentimento, além do caráter árduo do trabalho, é gerado pela predominância do cunho opressivo do regime militar pautado na punição.

Na Polícia Militar, o regulamento disciplinar (RDPM), ao qual estão submetidos os membros da ativa e da inativa, classifica como insubordinações atitudes como a de “não cumprir ordem recebida”, a de “retardar a execução de qualquer ordem” e a de “deixar de comunicar ao superior a execução da ordem recebida tão logo seja possível”. Assim qualquer ordenação recebida, ainda que esdrúxula, é tomada como uma missão que não pode ser questionada. Afinal, encontra-se neste código como norma a necessidade de se colaborar espontaneamente para garantir a manutenção da disciplina coletiva e da eficiência da Instituição. Vale lembrar que, em muitos momentos, a ordem dada não diz respeito à atividade policial em si, mas a funções tais como:

Ser escalado como motorista para um oficial superior, uma autoridade civil ou um visitante; servir como ajudante de ordens; organizar uma partida de futebol; doar sangue quando solicitado; pintar as instalações do Batalhão; realizar pequenos consertos de mecânica e eletricidade(...); realizar tarefas de jardinagem;

¹² Exigência de serviço fora da escala normal, que é de praxe.

¹³ Para saber mais a respeito, ver Bicalho (2000) e Muniz (1999).

atuar como garçom; representar a Corporação em algum evento, etc. (Muniz, 1999, p. 105).

São previstas advertências, repreensões, detenções, prisões e prisões em separado, licenciamento e exclusão a bem da disciplina. O fato de o comandante ter o poder de prender qualquer policial por até 72 horas se assim julgar necessário, antes de instalar um processo administrativo, ou até por 30 dias após averiguação, é prova irrefutável do poder que ele exerce sobre seus comandados. Portanto, este é um dado precioso que permite compreender a profunda apropriação do sujeito feita por uma instituição total deste porte. Com a possibilidade cotidiana de receber alguma punição que cerceie o direito de ir e vir, o que soaria surrealista em outros ambientes de trabalho, cria-se um estado de apreensão difuso que pode prejudicar o bom andamento do serviço. Mas a pressão psicológica é parte precípua do militarismo. Os superiores corriqueiramente fazem uso da hierarquia como forma de coerção para conseguirem que as tarefas venham a ser cumpridas com eficiência.

Esta estratégia funciona devido à premissa de que um superior pode solicitar a prisão de um subalterno ao comandante se este agir de forma descortês, o que acontece muitas vezes na prática. A prisão faz parte da realidade do quartel, seja por transgressão à disciplina ou por descumprimento do serviço. Desta maneira:

Mesmo que as punições disciplinares não ocorram com a frequência com que são veiculadas internamente, e que a suposta arbitrariedade de suas aplicações não possua uma devida correspondência na prática, a sua constante invocação, assim como a possibilidade sempre iminente de sua utilização, parecem suficientes para configurar uma gramática pedagógica por demais opressiva (Muniz, 1999, p. 143).

A ideologia repressiva que orienta o regime militar parece não dar lugar à fraqueza e à insuficiência humanas. Desta forma, o adoecimento físico não é encarado de forma natural pelos policiais, muito menos o psíquico. Por isso, muitas vezes, o policial que se encontra em licença médica é escalado para exercer uma função para a qual está impossibilitado por limitações físicas e/ou mentais. Não é sempre que a opinião do profissional prevalece.

Observamos que nos quartéis as pessoas licenciadas são vistas com preconceito. Na prática, o policial que recorre ao auxílio médico passa a ser visto com desdém, “ou é um fraco ou está armando”, conforme costumam comentar os

próprios colegas. E, na esmagadora maioria das vezes, prevalece a segunda impressão. Ele passa a ser visto como um mal intencionado – o próprio “171”, expressão que alude ao artigo nº 171 do código penal brasileiro que versa sobre estelionato, a citar: “É crime obter vantagem ilícita em prejuízo alheio induzindo ou mantendo alguém em erro”. É melhor fingir que não somos seres vulneráveis ao adocimento.

A transformação subjetiva que sofre um civil quando se insere no universo militar é muito grande e até mesmo violenta para alguns. A substituição do nome pelo número neste ambiente, ou seja, o predomínio da prática de impessoalização e de desumanização é uma das queixas mais comuns feitas por parte da classe policial militar. Sempre que os policiais fazem referência a alguma situação desumana que tiveram que enfrentar em sua vida profissional, justificam a sua existência alegando que a instituição não tem interesse em promover melhorias, que ela não cuida como acham que deveria de seu capital humano.

À instituição militar deve-se prestar satisfação de quase tudo de sua vida, criando uma dependência artificial da Corporação, cujo poder extrapola os limites do ambiente profissional. Qualquer locomoção para fora do Estado do Rio de Janeiro deve ser autorizada por escrito e publicada em boletim; este é o meio de comunicação que registra todos os alardes relacionados ao militar – mudança de estado civil, de nome, promoção, conclusão de curso, elogio, punição, movimentação – e os acontecimentos relativos aos órgãos vinculados à PMERJ – eventos administrativos, comemorativos, esportivos; cursos, etc.

A Polícia Militar, como as demais instituições totais, promove uma espécie de “sequestro do eu”. Em que outro tipo de trabalho, o funcionário deve prestar informação sobre seu aparelho de celular, ou sobre sua declaração de imposto de renda? Certamente existem bons motivos para justificar essas exigências, o que não anula seus efeitos subjetivos.

Para exercer um controle maior sobre o indivíduo, existe a necessidade de o RDPM¹⁴ reger não somente sobre a prática do militar no cumprimento do serviço, como também sobre sua conduta fora deste universo particular. Por isso, encontra-se nele previsto o comportamento esperado da “família policial militar”:

¹⁴ Conforme mencionamos em páginas anteriores, trata-se do regulamento disciplinar dos policiais militares da ativa e da inatividade.

Um PM deve sempre se comportar como um espelho da PMERJ, zelando pelo “bom nome da classe”, quando abre um crediário, quando escolhe os seus locais de lazer, quando faz amigos, quando se vê como qualquer cidadão envolvido em um conflito no trânsito ou em uma querela interpessoal, quando se relaciona com seus familiares, etc. (Anexo I do RDPM atualizado pelo Decreto no. 6579 de 5 de março de 1983 *apud* Muniz, 1999, p. 103).

Portanto, a conduta do policial fora do quartel tem que ser ilibada, como se exige dos profissionais que representam uma autoridade. Enfim, o que se espera é que cada policial pertencente à Corporação zelee por sua própria imagem perante a sociedade, pois, desta forma, ele também preservará uma boa imagem da Polícia, afinal é um representante da lei e precisa se comportar de acordo com este preceito.

Para alguns sujeitos, o rígido controle externo de suas vidas ajuda a organizá-las. Sabemos que existem aqueles que precisam de uma espartana rotina que garanta a sua própria saúde mental. Para os obsessivos, as exigências feitas no quartel se casam muito bem com o que ele espera que o Outro demande dele. Já em relação aos psicóticos, sabemos o quanto é tranquilizador fazer parte de um grupo, ou seja, estar inserido em uma coletividade organizada. Eles buscam o regime militar, muitas vezes inconscientemente, para que este funcione como uma espécie de prótese paterna, já que nesse ambiente singular há aparatos que uniformizam não somente a vestimenta, mas também os gestos e interesses de todos a ele vinculados. Assim, a filiação ao grupo pode garantir um suporte para mantê-los organizados psicologicamente. A chamada Maria Batalhão, apelido dada a uma senhora com problemas psiquiátricos que reside há mais de quinze anos num Batalhão da cidade do Rio de Janeiro, que já se tornou uma personagem conhecida fora do meio militar, tendo aparecido em alguns programas de TV que abordam a realidade e o cotidiano dos policiais militares, é prova viva disso.

Portanto, enquanto para alguns o sistema militar pode ser opressor e restritivo, para outros pode significar um apaziguamento de suas próprias inquietações. Fazendo parte desta família, desfruta-se de um emprego estável, com um salário que independe de produtividade, incluindo gratificações, com direito a serviço médico, odontológico e psicológico, entre outros, e, principalmente o que hoje se tornou raro, com direito à aposentadoria integral, desde que se cumpra o tempo de serviço previsto ou se obtenha reforma por invalidez. Além disso, outro aspecto igualmente positivo é o de poder recorrer ao

comando da mesma forma com que o sujeito se dirige ao pai quando precisa de ajuda. Tivemos a oportunidade de acompanhar certa vez uma situação em que o PM atolado em dívidas que comprometiam sua própria subsistência, e dependente do álcool, foi ajudado pelo comando com uma cesta básica mensal e com um controle rigoroso sobre sua vida fora do quartel.

É bom lembrarmos que cada caso é estudado separadamente. Quando existe algum policial taxado de “problemático”, que carrega este estigma por apresentar um grave desvio de conduta, geralmente o subcomandante chama-o em seu gabinete para terem uma conversa a sós. Existe um interesse sincero em entender por que o indivíduo está transgredindo as regras, isto é, por que tem chegado atrasado ou faltado aos serviços. Afinal, há um forte espírito de corpo entre os policiais e, conseqüentemente, uma filosofia de união e preservação do grupo. Via de regra, o comando busca detectar por que aquele policial que vinha tendo um bom comportamento passou a ter em sua ficha anotações que levaram a um mau comportamento. Com frequência, as inúmeras faltas ao serviço ou transgressões cometidas são sinais de que há um grave problema pessoal motivando a conduta desviante, como o uso abusivo de drogas, uma crise conjugal, ou até uma grave crise financeira. Comumente, o policial contrai diversos empréstimos que terminam por comprometer quase que inteiramente sua folha de pagamento. Normalmente, nessas ocasiões em que o chefe está sozinho diante do soldado com problemas, a prática da impessoalização desaparece e o oficial adota um comportamento mais humano. Ele sabe que não adianta agir com rigor, pois as punições não estão tendo mais efeitos. É sinal de que o problema passou a ser de outra alçada, tem-se a necessidade muitas vezes de encaminhá-lo para o serviço de saúde da PMERJ. A chegada dos psicólogos aos batalhões foi de extrema utilidade no atendimento a esses casos.

Gostaríamos de concluir esse capítulo fazendo a ressalva de que, embora tenhamos destacado a apropriação do corpo e da alma pretendida pela Polícia Militar, há uma parte do eu que resiste a essa disciplinarização; não à toa os serviços de Psicologia em alguns batalhões estão lotados. O inconsciente insiste em se manifestar a despeito da tentativa de controle do eu, e a pulsão não cessa de demandar satisfação; por isso é tão fundamental que os psicólogos militares estejam “a postos”.

2.3. Vivências selvagens no mundo cão

Buscaremos analisar os seguintes aspectos do trabalho policial militar nesta seção: a natureza de seu trabalho, já que se trata de uma função de risco. Se bem que, enquanto o perigo pode parecer ameaçador para uns, pode soar extremamente excitante para outros. Assim, encontramos a seguinte divisão na classe policial militar: de um lado um grupo temeroso do que pode lhe ocorrer em virtude da periculosidade de seu ofício; e de outro, um que enxerga o perigo como um desafio a ser vencido. Não fortuitamente, estes últimos descrevem o prazer que sentem diante de uma situação que lhes causa medo, momento no qual “corre a adrenalina pelo corpo”. Esta sensação que mobiliza a angústia parece viciar. Por esse motivo, muitos acabam se envolvendo em situações cada vez mais perigosas e excitantes. Nesse movimento, está implícita a tentativa de desafiar a própria morte e de sair vencedor. Os atos heróicos realizados pelos policiais deram margem à seguinte afirmação: “a profissão policial adquire uma roupagem mística e um certo *glamour* que contagia e, em boa medida, contribui para a adesão apaixonada dos seus integrantes” (Muniz, 1999, p. 187).

Também pretendemos refletir a respeito das condições de trabalho dos policiais militares. Observamos que a falta de capital humano prejudica às vezes a prática de seu ofício. É notório o déficit de policiais que prejudica a realização de um policiamento ostensivo mais adequado à realidade de nosso Estado, cujo índice de criminalidade vem alcançado altos patamares. Além disso, o policial queixa-se da falta de preparo técnico e de material adequado para trabalhar satisfatoriamente.

Gostaríamos de seguir a discussão discorrendo sobre mais um item, além dos dois anteriores, a saber, a influência que a dura realidade vivida na rua exerce sobre a subjetividade do policial. Notamos que o hábito de lidar com um cotidiano violento, estando o PM inserido num ambiente inóspito, gera modificações subjetivas relevantes nos policiais. É muito comum relatarmos que, à medida que vão acumulando mais tempo de serviço na rua, eles se sentem mais intolerantes e irritadiços; além disso, agem com uma impulsividade antes desconhecida. Como são expostos ocasionalmente a um cenário brutal, acabam perdendo parte significativa de sua sensibilidade e empatia, tão necessárias para a realização de

um bom trabalho policial. Devemos alertar para o fato de que tanto a perda da humanidade como a da sensibilidade pelo policial são alterações descritas em trabalhos de pesquisa de outros países (Muniz, 1999). Como resultado tem-se a banalização da violência.

A fim de ilustrar esta situação, ou seja, para exemplificar possíveis transformações de ordem psíquica provocadas nos policiais por sua imersão no mundo do crime, trazemos a fala de uma policial militar feminina que foi ao Instituto Médico-Legal (IML) reconhecer o corpo de dois colegas. Eles haviam falecido em serviço após confronto entre a polícia e traficantes numa favela do Rio de Janeiro, na véspera do dia das mães de 2006, data de aniversário da filha de 8 anos de um deles. Enquanto a oficial aguardava a liberação dos corpos para a realização do enterro dos dois policiais, deparou-se com uma cena inesperada. Havia uma mãe que fora reconhecer o corpo do filho de 15 anos, apontado pela polícia como traficante, baleado naquela mesma ocorrência, que chorava copiosamente junto ao corpo dele. Essa imagem ao invés de emocionar a oficial, provocou-lhe uma mescla de asco e revolta. Ela ficou muito abalada por ter visto brotar uma frieza e ódio antes desconhecidos. Afinal de contas, considerava-se uma pessoa sensível e humana. Havia até tido dúvidas quanto a escolha de ser uma policial. Achava que não servia para aquela função, já que era “uma manteiga”, e, assim, não conseguia fazer o que devia, em certas ocasiões que envolviam pessoas que considerava de bem. Sofria nas operações de trânsito quando tinha que apreender um veículo em situação irregular e o motorista era um simples trabalhador que tinha o transporte como ganha-pão. Então fez a seguinte constatação enquanto narrava sua experiência:

Eu vi a mãe de um deles (dos traficantes) chorar dizendo: “Meu filho! Meu bebê!”, e não senti nada! Pela primeira vez na Polícia eu fiquei fria, não senti absolutamente nada! Eu sempre sentia pena, mas desta vez enquanto olhava para ela, eu pensava “Bem feito! Deviam ter morrido muitos outros. Deviam ser eles e não nós!”. Olhei o corpo daqueles dois policiais na maca, todo costurado de cima abaixo e senti raiva, muita raiva!

Esta fala particular, na verdade, reflete um sentimento que não é incomum na tropa. Ouvimos deles um discurso que denuncia a estranheza em relação a si por notarem novos e indesejados hábitos. De alguma maneira, eles se vêm contaminados por toda a violência dessa guerra contra o crime, presente nos embates cada vez mais constantes e perigosos, que já fez tantas vítimas inocentes.

Para sobreviver no mundo cão, uma série de artifícios é criada pelos policiais; talvez a mais significativa delas seja a construção de uma couraça que cobre a humanidade do policial, servindo de escudo para lidar com a crueza da realidade deste submundo. Isto por que:

Os “mundos” que os PMs visitam e que constituem o seu próprio mundo policial são difíceis de descrever, são duros de explicar e, em boa medida, são desagradáveis de assistir e de frequentar por muito tempo. É preciso “ter estômago” para socorrer um homem anônimo caído na calçada sufocando-se em seu próprio vômito. É preciso segurar a sensação de náusea diante de cenas nas quais se encontram indivíduos mutilados, corpos baleados feito peneiras e cadáveres em decomposição (Muniz, 1999, p. 158).

À medida que o tempo passa e que os policiais vivenciam novas situações de conflito nas ruas, eles vão mudando de comportamento. Muitos percebem uma alteração em seu linguajar através da incorporação das mesmas gírias usadas pelos bandidos. Isto porque o convívio com a comunidade é muito intenso. Estas transformações parecem ser originadas de uma identificação com o outro (criminoso). Não existe apenas um aspecto negativo nesta mutação, visto ser benéfico para o policial não ser um “estranho no ninho”. Mas é notável que no universo policial predomine o registro do imaginário. Tem-se em voga um jogo especular de “mocinho e bandido”, com a alternância desses dois lugares, e a pregnância do mimetismo.

Alguns deles chegam a agir com agressividade diante de alguma situação corriqueira que anteriormente não causava essa reação; e o que é mais grave e preocupante, alguns se tornam impulsivos e nervosos em casa, devido ao forte estresse a que estão submetidos diariamente. Para melhor evidenciar esse fenômeno, escolhemos reproduzir a fala de um soldado com mais de sete anos de serviço na PMERJ:

A gente que trabalha na favela fica bruto. Eu estou cada vez mais calado. Hoje em dia, sou curto e grosso. E as pessoas mais próximas a mim reclamam comigo por causa disso. Acham que eu mudei, dizem que eu não era assim. Mas com o tempo trabalhando na comunidade a gente acaba ficando deste jeito.

Em virtude da natureza bélica dos confrontos policiais, existe um código de silêncio compartilhado por eles, o que faz com que haja uma rígida separação entre o ambiente familiar e o de trabalho. Assim, muitas coisas que se passam na rua não são comentadas em casa, permanecendo em segredo, criando uma

verdadeira muralha que os isola do convívio familiar. É como se os policiais fossem aos poucos mudando de identidade, criando outra nova que não pode ser revelada para a família. Só quando estes homens estiverem juntos, falarão, e aí sim, por horas a fio, sobre os últimos acontecimentos que mais os mobilizaram. No quartel, comumente observamos este tipo de comportamento.

Devido à necessidade de guardar para si aspectos chocantes e controversos de sua atividade, a procura por um atendimento psicológico pode tornar-se mais difícil. Quando o paciente conta ao analista algum detalhe de uma ocorrência de serviço, o que é raro, isso soa como uma revelação. Muitos se furtam a descrever experiências nas ruas, temendo o horror que certas vivências poderiam provocar no ouvinte.

O desejo do policial militar de proteger sua família é um fator que contribui para a manutenção do silêncio. Ele tem inúmeras razões para não dividir com ela suas preocupações e inquietações. A primeira delas diz respeito ao fato do policial temer que sua família possa ser usada para atingi-lo. Em segundo lugar, existe a preocupação de que sua mulher e seus filhos não se contaminem com a maldade que cerca o mundo do policial. Ademais, não podemos desconsiderar a hesitação do policial em causar um desconforto no lar, devido à imagem violenta que possa apresentar para ela.

Não descartaremos os indícios de que o bem-estar psicológico dos policiais possa estar sendo afetado pelas intempéries de seu serviço. Afinal de contas, encontram-se altos índices de dependência química entre os policiais. Existe inclusive na PMERJ um serviço de tratamento de dependência química no hospital central (HCPM). Isso nos torna propensos a concluir que existe uma relação de causa e efeito entre o tipo de serviço desenvolvido pela polícia e o adoecimento psíquico.

Esses problemas são também agravados pela elevada carga horária de trabalho do policial militar, que prejudica a convivência familiar. Devido aos baixos salários, conforme já comentamos anteriormente, o policial empenha-se em serviços fora do quartel e assim a sua carga horária normalmente excede o limite do aceitável. Nestes casos, a convivência com sua esposa e filhos fica bastante afetada, o que, algumas vezes, traz nefastas consequências. Sem o devido e esperado descanso, em muitas circunstâncias, de fato, ele não se encontra em condições psicológicas e físicas para exercer com êxito seu trabalho. Trazemos

um relato pungente de uma policial militar feminina a fim de esclarecer o grau de exigência que seu ofício impõe no dia-a-dia:

Dedicar-me integralmente, na Polícia Militar, significa disposição integral. Gostaria de poder elucidar para o leitor a amplitude desse conceito, mas creio não consegui-lo em sua inteireza, dado que ele é subliminar e perpassa sutilmente pela relação empregado-empregador, numa instituição total. Ele esteve presente no demonstrativo de pagamento e hoje permanece apenas no Estatuto de Pessoal da Polícia Militar de Minas Gerais, isto é, a sociedade paga para que haja disponibilidade durante as vinte e quatro horas, em tempo integral. E estar disponível todo o tempo implica que, mesmo retornando do trabalho após uma jornada de oito horas, no ônibus, fardada ou não, ao presenciar um assalto ou outro tipo de delito, eu tenho que agir. E sendo inserido de forma subliminar, faz com que, muitas vezes, ajamos por ímpeto, passionalmente, sem analisar a situação (...) Poderia descrever inúmeras atuações quando estava de folga, mas uma marcou-me em razão das circunstâncias. Chovia muito e o trânsito na Avenida Amazonas estava totalmente parado. Pudemos perceber que se tratava de um acidente. Meu marido, que servia no Batalhão de Trânsito, desceu do carro, retirou os veículos da pista e ficou ali por meia hora, debaixo de uma chuva torrencial, controlando o tráfego. Eu estava grávida, passando pelos desconfortos do estado, e fiquei esperando-o fazer o trânsito fluir (Lima, 2002, p. 20-21).

Em realidade, o policial vive muito mais tempo de sua vida em serviço, seja no quartel ou no “bico”, do que em seu meio familiar.

O exercício da atividade policial militar, entretanto, não tem apenas dificuldades. Há muita satisfação em ocupar o lugar de “salvador da pátria”. Fazer um parto a caminho do hospital, evitar um suicídio, dar fim a um seqüestro, são atos que engrandecem a carreira policial militar. Geralmente, a sua atividade é associada à virilidade, à força e até ao poder. Isto porque sair ileso de uma situação crítica de vida ou morte, e decidir-se entre matar e deixar viver, são situações que proporcionam uma vigorosa sensação de poder, conforme sugere a passagem abaixo:

Todo PM sabe que, na condição de agente da lei e da ordem pública, ele dispõe de uma infinidade de recursos que não estão disponíveis a todos os indivíduos, e que o faz mais qualificado e mais “poderoso” do que um cidadão comum (Muniz, 1999, p. 188).

A onipotência, que é uma fantasia comum entre os policiais, serve como apoio para a compensação das fragilidades. Afinal, um bom policial, sobretudo sendo um militar, deve saber superar seus limites. Essa é uma filosofia que se aplica na prática. Talvez por esse viés seja possível compreender a coragem que muitas vezes habita o PM nos momentos mais difíceis de seu trabalho.

A situação cômica que será relatada em seguida ilustra a preocupação do militar com a imagem fálca que representa e que deve preservar. Nos primeiros meses de trabalho na Corporação prestando atendimento clínico em um Batalhão, dirigíamo-nos numa manhã de chuva copiosa ao rancho para o café da manhã, quando o subcomandante nos chamou a atenção devido a uma transgressão disciplinar cometida. Portávamos um objeto inadequado ao serviço, um singelo guarda-chuva, que impedia que o uniforme branco ficasse encharcado. Desconhecíamos ser proibido portá-lo. Foi então que aprendemos mais uma lição da caserna: “o militar é superior ao tempo”. Este é apenas um pequeno exemplo de como são negados dados de realidade, desde um temporal, até a precária condição de alguns materiais de trabalho que colocam desnecessariamente em risco a vida dos PMs.

Muitas vezes o perigo a que o policial militar está sendo submetido é subdimensionado. Há pouco tempo, recebemos um paciente que se queixava do serviço para o qual estava sendo convocado ultimamente. Como se tratava de um recruta, era esperado que ficasse com os piores horários e serviços, já que os mais antigos – com posto superior ou até no mesmo posto - possuem preferência em relação aos recrutas na escolha pelo serviço. Entretanto, ele estava desesperado porque “a situação havia passado dos limites”. Tinha que permanecer baseado num posto de gasolina interditado pela Polícia Federal por doze horas, ora de dia e ora de noite, em um local próximo à favela, sem um banheiro por perto, cercado por becos, “de onde poderiam surgir traficantes prestes a atingi-lo”. Em sua visão, corria risco de vida ao trabalhar com apenas mais um policial.

No dia anterior, homens armados haviam passado dentro de um carro empunhando seus fuzis para fora do veículo, a menos de 20m de distância. Eles se encararam, mas nenhum deles atirou. Para o policial, tratava-se de um recado dos criminosos para não serem incomodados. A rua onde se localizava o posto era muito movimentada, e naquele exato momento quando aconteceu esse episódio, um ônibus lotado passava pela avenida. Então, pensou que poderia morrer a qualquer instante, e viu o filme de sua vida passar muito rapidamente por sua cabeça. Enquanto esperava a reação dos bandidos com sua arma já empunhada, imaginava que se um deles atirasse, teria que revidar, mas poderia atingir algum outro cidadão e então, antes que pudesse provar que agira por legítima defesa, já

teria perdido sua carteira e estaria preso no Batalhão, aguardando julgamento¹⁵. Em questão de segundos, sua vida acabaria, e ele se tornaria um deles, seria um bandido que havia cometido um crime. Sabia que ele e seu colega estavam ali servindo de “bucha”, como se diz no jargão de PM. A seu ver, a Polícia Militar pouco se importava com suas vidas, arriscando-as a tal ameaça. A contestação da ordem recebida, isto é, a recusa a esse tipo de serviço é impensável, pois pode levar o policial a ser punido ou submetido a uma perseguição futura. Dificilmente um PM não se queixará ao psicólogo do peso que carrega ao vestir uma farda que não pode mais ser retirada do corpo, aderindo a sua pele.

Sabemos que quando a angústia aparece, uma saída possível é a atuação. Talvez por isso tenha feito a seguinte pergunta à analista ao sair da última sessão: “Como devo agir quando dá vontade de fazer uma loucura?”. Ela lhe respondeu: “Vir aqui novamente”, procurando indicar-lhe outro meio de aplacar a angústia que não seja através da passagem ao ato.

Como temos visto, muitos são os conflitos a que estão sujeitos os policiais militares. Um deles, que merece destaque, é relativo ao desconforto de ocupar uma posição que, apesar de ser de autoridade, não lhes assegura respeito. Assim, sua função não é socialmente valorizada, e isto se reflete nos míseros salários pagos a eles. O policial é visto por muitos com desdém devido ao lugar que a esmagadora maioria deles ocupa na pirâmide social. Das polícias estaduais, a fluminense é a que paga o menor salário do país, apesar do produto interno bruto (PIB) do estado do Rio de Janeiro ser o segundo maior.

No entanto, a visão estigmatizada da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro não é recente, data do Golpe Militar imposto em 1964. A desvalorização da figura dos policiais militares, por parte principalmente da elite e da classe média¹⁶, é fruto da repressão militar infligida pela Corporação, naquela época, contra os opositores da ditadura.

Segundo análise de Muniz (1999), o uso das forças policiais militares no combate aos “inimigos do regime militar” levou à desvirtuação do trabalho destas

¹⁵ Quando há algum morto ou ferido em uma ação policial, abre-se um IPM (Inquérito Policial Militar) para averiguar internamente se a ação do policial é passível de punição, que vai da advertência à exclusão. Normalmente, ainda que perdure por alguns meses, o IPM é solucionado antes que o processo na justiça tenha chegado ao fim. Contudo, já houve casos em que os policiais expulsos da Corporação, uma vez inocentados na Justiça Comum, foram reintegrados.

¹⁶ Apesar de não termos encontrado nenhuma pesquisa a respeito, verificamos através da experiência na PMERJ, que no âmbito da classe menos favorecida, o policial ainda tem muito prestígio, é visto como poderoso e destemido, de uma forma geral.

instituições, o que veio a prejudicar o desenvolvimento do trabalho de policiamento ostensivo que não se adequou aos imperativos da complexa demanda contemporânea por ordem pública. Este desvio de função resultou na opinião da autora em uma espécie de “herança maldita” que os militares carregam desde aquele tempo. Hoje em dia, conforme noticia a imprensa, ocorrem abusos de poder por parte dos policiais, que justificam a revolta da população e que talvez decorram em parte da cultura instaurada pela ditadura militar.

Contudo, não cabe aqui discorrermos sobre as prováveis razões que motivaram esse distanciamento entre os policiais e a comunidade, mas sim ressaltar que os policiais militares que estavam em atividade na época anterior aos anos 80 comentam que, naquela ocasião, não era preciso esconder sua identidade profissional no deslocamento casa-quartel; muito pelo contrário, pois naquele tempo, o policial era digno de respeito e objeto de admiração. Inclusive, se compararmos o salário atual de um soldado com o de 40 anos atrás, perceberemos a desvalorização que vem sofrendo seu trabalho: naquela época ele recebia cerca de 10 salários mínimos mensais e atualmente ganha, como dissemos anteriormente, por volta de dois.

Hoje, o policial, para se proteger, costuma ocultar sua identidade profissional quando está de folga. Evita ser identificado como policial durante um assalto e, por essa razão, ser executado friamente. Além disso, muitos deles moram em locais de alta periculosidade, nos quais, se tiverem suas profissões reveladas, serão mortos.

Em realidade, há um perigo constante com o qual o policial tem que aprender a conviver; ele tornou-se alvo de combate. Antigamente os criminosos eram menos ousados, a violência era muito menor. Nos dias de hoje, não faltam notícias de policiais militares alvejados durante o serviço, quando estavam baseados em alguma unidade. Sendo assim, ao contrário de outras profissões, nas quais, a carteira de trabalho pode substituir a do Instituto Félix Pacheco, no caso dos policiais militares, o temor de usá-la é grande. Para se ter uma idéia de como a violência contra os policiais vem crescendo, até os anos 90 eles não tinham autorização para andarem armados. Em 1991, a Lei n.1890 facultou aos servidores militares estaduais o porte de arma para sua defesa fora do horário de serviço, independente de autorização prévia da organização a que pertençam.

Nos casos cada vez mais comuns de falecimento, a Corporação tem procurado amparar a família do policial. Com esse propósito, foi criado um serviço de assistência social e psicológica para os parentes dos PMs mortos. Quantos aos colegas de farda, eles comparecem em peso à cerimônia do funeral. Nos Batalhões onde há psicólogos, é de praxe que estes entrem em contato com os parentes mais próximos do policial falecido a fim de prestar-lhes atendimento. Nos casos em que há feridos em combate, há grande mobilização dos colegas para visitarem tanto o policial quanto sua família constantemente. Existe até mesmo uma comissão responsável pela visita de todos os enfermos do batalhão. Todavia, por falta de tempo, não é possível realizar uma visita semanal a cada um dos doentes, conforme seria desejado.

O sentimento da sociedade em relação à polícia é ambíguo. Apesar de a corrupção policial ser duramente criticada, grande parte da população beneficia-se de sua existência. De certo modo, a corrupção foi banalizada nesse país. A famosa frase: “Você sabe com quem está falando?”, mostra a tentativa de driblar a lei, operando um corte na universalização que uma norma determina. O uso desta autoritária expressão possibilita que o sujeito entre no registro da pessoalidade, usando o “jeitinho brasileiro”, definido da seguinte maneira pelo antropólogo:

Contra a lei universal, eu me defendo e faço valer minha vontade e minhas razões não utilizando outra lei universal, mas uma relação pessoal. Uma relação pessoal que permita dobrar ou romper a lei, concretizando a sua impessoalidade abstrata (...). Assim, não é que a lei esteja em princípio errada, mas é que ela não se aplica ao meu caso ou ao caso dos meus protegidos. Logo, a lei deve ser esquecida ou anestesiada, e o caso particular ressaltado por meio de um relacionamento específico (DaMatta, 1991, p. 91).

Portanto, interessa a uma parcela significativa da população que a lei não seja cumprida em certos casos. E o policial sabe que seu serviço é bem visto pela sociedade quando não incomoda a interesses particulares, como indica esta passagem:

Uma das sensações mais evidentes para o PM que inicia as suas tarefas de policiamento é a de que “as pessoas só gostam da autoridade policial quando precisam”, ou melhor, quando a resolução do problema que motivou a presença policial foi “vantajosa para o demandante”. O sentimento de que “ninguém quer a autoridade policial muito perto” é formalizada na constatação de que “as pessoas querem a polícia para os outros”, ou melhor, para aqueles que elas acham que “precisam da polícia” como os delinquentes, a população de rua, as minorias sociais, os “favelados”, etc. (Muniz, 1999, p. 199-200).

Atualmente, a quase unanimidade dos policiais militares queixa-se por não haver o reconhecimento do valor de seu trabalho nem por parte da sociedade e nem pela própria Corporação. Há uma insatisfação generalizada por se sentirem tratados como simples “peças de reposição”, elementos que entram na série de objetos descartáveis do mundo contemporâneo. Já ouvimos de um oficial enquanto almoçávamos no rancho:

As pessoas xingam a gente. As pessoas não têm respeito. É muito difícil trabalhar na rua. Outro dia tive que interditar um trecho de uma avenida por causa de um crime que ocorreu ali e uma mulher queria partir para cima de mim. Estava com ódio da gente.

Na opinião de Muniz (1999), ter uma “identidade social deteriorada” compromete a interação do policial com os cidadãos, o que contribui para reiterar o isolamento social desta classe tida à parte. De fato, tudo leva a crer que possuam atualmente uma imagem negativa aos olhos da sociedade, devido ao alto nível de corrupção envolvendo policiais militares amplamente divulgado pela mídia numa louvável tentativa de moralizar as instituições sociais.

A escuta psicanalítica dentro do quartel pode testemunhar a vulnerabilidade e a fragilidade do policial militar, traços que são habitualmente mal vistos na Corporação. Passamos a conhecer conflitos existenciais que habitam um sujeito que foi treinado para agir sem pensar, nem sentir, mas que quando está numa espécie de imersão no mundo do crime, sórdido e cruel, é acordado pela miséria em que vivem aqueles que no futuro serão os vendedores da boca-de-fumo, os aviõezinhos, vapores, etc. Como ouvimos de um policial militar com muitos anos de experiência no trabalho na favela:

A sociedade não sabe de nada! Não sabe como é lá dentro [da favela]. A gente sabe por que a gente está lá e vê como eles vivem, vê como há miséria... Uma vez eu vi uma mãe dando macarrão velho com bicho para seus filhos porque não havia mais nada para comer e pensei - um dia, esse menino vai crescer e vai ser bandido também, e aí estaremos lutando contra ele da mesma forma que agora estamos combatendo os traficantes.

Após trazermos um panorama do cotidiano de trabalho do policial militar e de sugerirmos uma série de efeitos que as vivências violentas de seu dia-a-dia podem causar ao psiquismo, iniciaremos o estudo sobre a teoria freudiana no que concerne à teoria do trauma e da angústia, para que seja possível compreender o que representam as falas colhidas na clínica relativas às experiências de guerra

vividas em suas carreiras. Acreditamos que a análise desses relatos muito pode contribuir para o entendimento da neurose traumática e do trauma não sexual.

3. Fases do trauma

O mistério do trauma remete à repetição do signo daquilo que não foi simbolizado e incluído num sistema de diferença de significantes.

Jacques Lacan, *A identificação*.

3.1. Trauma sexual – experiência infantil de sedução

Freud, que iniciou seus estudos sobre o trauma com Charcot em Paris após ganhar uma bolsa de estudos, aprendeu com o mestre que a hereditariedade era a principal causa da histeria e que o trauma era um de seus agentes provocadores, definido como um choque acompanhado de fortes emoções.

Enquanto Charcot aproximava a histeria da neurose traumática, tendo sido seguido por Freud em sua linha de pensamento, Oppenheim, pai do termo neurose traumática, utilizado para designar as perturbações nervosas provocadas em consequência de uma catástrofe, a citar, pesadelos recorrentes e distúrbios motores, considerava este adoecimento uma entidade nosológica independente, caracterizado pela presença de sentimentos depressivos.

Com Breuer, Freud deu início a uma nova prática clínica, seguindo o método catártico¹⁷, calcado na hipnose e cuja técnica consistia em levar o paciente a entrar num estado de transe no qual seria possível recordar o trauma.

O trauma era definido como uma memória que havia sido dissociada da consciência. A experiência traumática era de tal forma intensa que havia provocado intensas emoções como raiva, vergonha ou tristeza. Já que esses sentimentos não haviam sido extravasados, o afeto havia ficado estrangulado. Como a memória da impressão ficou dissociada, esses afetos a ela ligados se tornaram, a partir de então, incapazes de dissipar-se adequadamente por meio do pensamento associativo ou via motora. Através do método catártico seria possível recuperar a memória que havia sido dissociada. A partir daí, por meio da fala e da expressão de emoções, esta excitação encontraria uma saída, liberando a energia

¹⁷*Catharsis* é um termo grego que significa purificação ou purgação (Laplanche & Pontalis, 1998).

que ficara retida. Esperava-se criar uma condição propícia para que o paciente pudesse finalmente ter uma reação adequada ao trauma e assim o afeto estrangulado viesse a ser ab-reagido, eliminando a causa da formação dos sintomas, fossem eles uma paralisia motora, um bloqueio psicológico, a incapacidade de amamentar, ou até frequentes ataques histéricos.

Com o passar do tempo, Freud aderiu ao método da sugestão, seguindo os passos de Bernheim. Freud fazia uma leve pressão sobre a testa dos pacientes e dizia que, enquanto aquela força durasse, eles se recordariam de tudo e, conseqüentemente, as lembranças patogênicas surgiriam. Tinha ciência de que este se deixaria levar pela ligação afetiva com o médico, que estava ali para curá-lo e, assim, atenderia a seus apelos de evocar as representações que estavam adormecidas, mas que perturbavam a consciência, levando ao adoecimento psíquico. O poder da sugestão estava intimamente vinculado ao poder da libido. O que garantia o sucesso do tratamento, em que o paciente se deixava hipnotizar, driblando a censura e revelando as lembranças mais primitivas e íntimas de sua vida, era o laço amoroso – erótico – que o unia ao médico.

Sabemos que a psicanálise nasceu da importância dada à fala do paciente. Dando um lugar para a associação livre, Freud deparou-se com a força das representações inconscientes e com a dor de um sofrimento cujo conteúdo e origem são em parte intransponíveis para a linguagem.

Freud revolucionou o pensamento moderno porque se dispôs a escutar a ladainha queixosa de suas histéricas. Estava interessado em desvendar os enigmas criados pelos fenômenos inexplicáveis do ponto de vista anatômico e fisiológico, que até hoje nos surpreendem na clínica.

Ao contrário de outros profissionais que preferiram desprezar as evidências de que havia algo que escapava do conhecimento científico fazendo furo na onipotência do saber médico, Freud fez dessa descoberta a partida de um caminho grandioso, que o levou à inauguração de um novo campo de saber. O pai da psicanálise operou um corte epistemológico com a biologia e a medicina, pois se encarregou de cuidar de uma sintomatologia que expunha a verdade não-toda, que revelava a falta presente no campo das ciências. O seu grande mérito foi de ter criado um novo método de atendimento clínico, em que as palavras proferidas pelo paciente tinham uma relevância inédita. Elas revelavam o desejo inconsciente recalcado e era preciso escutar precisamente o que era dessa natureza.

Charcot havia ensinado a Freud que o elemento constante e essencial de um ataque histérico recorrente era o retorno de uma lembrança. Para Freud, não se tratava de qualquer uma, mas da recordação de um trauma psíquico que fora dissociado da consciência porque esta idéia era extremamente desagradável para o sujeito. A histeria era uma formação defensiva, que poderia ser chamada de histeria de defesa, pois através dela se buscava evitar o conflito surgido a partir do encontro entre uma representação desagradável e os ideais e princípios do sujeito.

A partir da escuta psicanalítica, Freud observou que jazia por trás dos sintomas histéricos um trauma sexual infantil, que apesar de ter deixado marcas profundas no psiquismo, não podia ser lembrado voluntariamente. Baseado na premissa de que a etiologia da neurose era sexual e de que a histeria tinha como origem uma experiência passiva de sedução, Freud afirmou inicialmente que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (Freud, 1996[1893a], p. 43).

Como a experiência traumática havia ocorrido numa fase tenra da infância, em que a criança não tinha capacidade para compreender o que representava a violência que havia sofrido, os traços deixados por essa vivência eram re-significados com a chegada da adolescência, ocasião na qual a lembrança do evento traumático adquiria uma força que estava ausente do próprio acontecimento, ocorrendo assim uma espécie de ação posterior do trauma sexual. Isto porque certos traços mnêmicos só podem ser compreendidos quando no adolescente se manifestam suas próprias sensações sexuais (Freud,1950e[1895]]).

A lembrança do trauma não havia sido esquecida, permanecera no inconsciente na qualidade de um corpo estranho. Na terapia da hipnose, em transe, o paciente teria acesso às representações traumáticas. Uma vez num estado próximo ao de sonambulismo, as recordações da infância seriam despertadas com a clareza de uma alucinação.

No início da história da psicanálise, Freud acreditava ser possível preencher todas as lacunas da memória infantil. A dificuldade de recordar alguma passagem da vida na infância indicaria que a lembrança não estava ao alcance da consciência. Através da hipnose, este material seria trazido à tona. Na medida em que o analista levasse o sujeito a se lembrar das cenas traumáticas, que não haviam sido de fato esquecidas, então o tratamento haveria alcançado êxito.

Verificamos que nesta época de início dos atendimentos clínicos, Freud ainda não havia tomado a transferência como instrumento clínico, apesar de já

colher seus efeitos. Através de seu relato sobre a clínica podemos deduzir que o fenômeno da resistência não lhe era estranho nem novo nesta fase, como indica seu comentário espirituoso: “A técnica da pressão nada mais é do que um truque para apanhar temporariamente desprevenido um eu¹⁸ ansioso por defender-se” (Freud, 1996[1893b], p. 292).

Mais tarde, decidido a explorar o caminho da *talking cure*, Freud desenvolveu o método da psicanálise fundado na associação livre de idéias, mediante a qual tinha pleno acesso à defesa, definida como uma forma de censura do eu diante de uma representação ameaçadora que em razão de seu conteúdo sexual deveria ser mantida afastada da consciência. Sem a hipnose ou a pressão sugestiva, identificou com clareza uma força psíquica impedindo que a recordação do trauma sexual infantil viesse à mente, a que chamou de resistência.

A idéia de defesa foi concebida por Freud a partir da premissa de que o eu exerce uma força de repulsão (recalque) contra uma representação que é inconciliável com o código moral que possui. No entanto, na visão freudiana, “a representação patogênica aparentemente esquecida está sempre ‘à mão’ e pode ser alcançada por associações facilmente acessíveis” (Freud, 1996[1893b], p. 285). Para isso, há de se driblar o recalque, força constante e grande obstáculo que dificulta a evocação das idéias recalçadas. Deste modo, “O ‘não saber’ histérico seria, de fato, um ‘não querer saber’” (*Ibid.*, p. 284). Retiramos de sua obra uma passagem que recorta este momento significativo da construção dos alicerces que permitiram o advento da psicanálise:

E visto que essa insistência [de fazer os pacientes se lembrarem dos eventos patogênicos] exigia esforços de minha parte, e assim sugeria a idéia de que eu tinha de superar uma resistência, a situação conduziu-me de imediato à teoria de que, *por meio de meu trabalho psíquico, eu tenho de superar uma força psíquica nos pacientes que se opunha a que as representações patogênicas se tornassem conscientes (fossem lembradas)*. (...) esta sem dúvida deveria ser a mesma força psíquica que desempenhara um papel na geração do sintoma histérico e que, na época, impedira que a representação patogênica se tornasse consciente (Freud, 1996[1893b], p. 283).

Algumas questões se colocaram para Freud, fazendo-o abandonar a hipnose e adotar a psicanálise como técnica, a primeira delas era sua dificuldade de hipnotizar certos pacientes, e a segunda, a vantagem que tinha o médico, no caso do paciente não estar hipnotizado, de poder deparar-se com a sua resistência

¹⁸ Optamos por substituir o termo *ego* por *eu* ao longo de toda esta tese.

frente ao retorno do recalçado. Ela indicava o caminho que deveria ser seguido na condução do caso, enfim, seria como uma bússola. Calcado na sinalização produzida pela resistência que indica o recalçado, Freud concluiu que quando o paciente diz “não” quer na verdade dizer “sim”, advertindo aos praticantes da psicanálise que eles não devem se orientar pelas respostas conscientes ou racionais dadas pelo paciente, mas estarem atentos às formações inconscientes que comparecem na clínica.

A terceira questão que motivou a mudança da prática freudiana com as histéricas foi que, em estado de *sã* consciência, o paciente podia participar de seu tratamento, em vez de ficar na posição de um mero boneco em transe obediente aos ordenamentos do médico. Se todo o processo de *ab*-reação ocorria quando o paciente estava com a consciência adulterada, então, quando ele acordava do estado de hipnose não era capaz de se lembrar de nada. Portanto, o trabalho de recordação havia sido parcialmente em vão, pois só o médico havia podido conhecer a história do trauma narrada pelo paciente.

Sem o recurso da hipnose, uma vez que o doente tinha que caminhar através da associação livre de idéias em busca da causalidade de seu sintoma, ele próprio podia esbarrar nas formações inconscientes e ir aos poucos tomando conhecimento das suas vivências traumáticas, vindo a compreender a natureza do conflito psíquico, advindo da oposição entre uma necessidade de satisfação sexual e as proibições impostas pela cultura.

Apesar de a teoria psicanalítica ter sido criada sobre os fundamentos da sedução sexual infantil, houve um momento crucial no qual Freud teve de rever sua posição, pois não era possível crer que toda histérica tinha um pai perverso. Foi então levado a concluir que a memória infantil do trauma sexual fora construída em análise, ela fazia parte da fantasia perversa histérica. Daí sua famosa frase, contida em carta (n.69) a Fliess: “Não acredito mais em minha *neurotica* (teoria das neuroses)” (Freud, 1996[1950d[1897]], p. 309). Encontramos, em textos freudianos mais tardios, interessantes observações a esse respeito, como a destacada abaixo:

Por meio da análise, conforme sabem, partindo dos sintomas chegamos ao conhecimento das experiências infantis, às quais a libido está fixada e das quais se formam os sintomas. Pois bem, a surpresa reside em que essas cenas da infância nem sempre são verdadeiras (...). Existe, contudo, mais alguma coisa singularmente desconcertante em tudo isso. (...) pode-se mostrar que se está

diante de uma situação em que as experiências da infância construídas ou recordadas na análise são, às vezes, indiscutivelmente falsas e, às vezes, por igual, certamente corretas, e na maior parte dos casos são situações compostas de verdade e de falsificação (Freud, 1996[1917d [1916-17]], p. 369).

Em realidade, na concepção freudiana, o fato de ter acontecido ou não uma situação de sedução da criança por um adulto não tem muita relevância em termos psíquicos, pois desde que o sujeito acredite ter passado por uma vivência desta ordem, ele sofrerá os efeitos da fantasia, conforme indica outro trecho retirado de suas conferências:

Subsiste o fato de que o paciente criou essas fantasias por si mesmo, e essa circunstância dificilmente terá, para a sua neurose, importância menor do que teria se tivesse realmente experimentado o que contêm suas fantasias. As fantasias possuem realidade *psíquica*, em contraste com a realidade *material*, e gradualmente aprendemos a entender que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva* (Freud, 1996[1917d [1916-17]], p. 370).

Sendo assim, a constituição da neurose está fundada numa experiência de sedução infantil de ordem fantasmática, fruto do investimento erótico dos pais nos filhos. Em todo cuidado da mãe com seu bebê, está presente uma prática de erotização do corpo da criança. Dentro desta perspectiva, Freud teorizou a respeito de um trauma estruturante que organiza o psiquismo do sujeito, deixando suas perturbadoras marcas, a que se tem acesso na análise. Disso decorre a tese freudiana (1914a) de que as fantasias infantis são recordadas como algo que nunca poderia ter sido esquecido porque, em realidade, elas nunca foram conscientes.

Em virtude da natureza fictícia destes abusos sexuais, devemos ter muito cuidado para não tomarmos a fala de um neurótico como tendo efeito jurídico. Relatos de violência sexual ocorrida até os primeiros anos de vida podem ser fruto de construções neuróticas, fantasia que teve como ingrediente a sexualidade infantil e a ligação amorosa da criança com seus pais e com as demais figuras que vieram a substituí-los.

Dessa forma, observamos que Freud construiu uma nova ciência sob o prisma do trauma sexual infantil. Mas essa não é a única forma de se conceber o trauma na teoria psicanalítica. As observações clínicas colhidas a partir do tratamento de vítimas de grandes acidentes ferroviários e dos soldados que voltaram muito doentes do *front* permitiram que ocorresse uma verdadeira reviravolta no pensamento freudiano, o que levou à ampliação do campo do

trauma na teoria psicanalítica, campo nunca abandonado. Na verdade, Freud manteve-se fiel ao papel do trauma até o final de sua obra, como parece indicar a seguinte afirmação encontrada em *Moisés e o Monoteísmo* (1939):

Nossas pesquisas demonstram que aquilo que chamamos de fenômenos (sintomas) de uma neurose são o resultado de certas experiências e impressões que, por essa mesma razão encaramos como traumas etiológicos (Freud, 1996[1939[1937-38]], p. 88).

De fato, com o início da 1ª. Guerra Mundial, não foi mais possível para Freud desprezar os efeitos de um trauma de guerra. Assim, além da concepção do trauma sexual, tomado como universal e apoiado na realidade material, que é correspondente às fantasias perversas infantis dos neuróticos, encontramos na metapsicologia freudiana outra noção de trauma, um trauma não sexual, contingencial, que evoca o desamparo e que escapa ao simbólico.

3.2. Neurose traumática e trauma de guerra

Durante a 1ª. Grande Guerra na Europa, milhares de soldados tiveram que deixar o campo de batalhas para trás, vindo a se internar em hospitais psiquiátricos devido ao precário estado físico e mental em que se encontravam e que impediam a sua permanência no serviço militar. Para tratar dos graves distúrbios que comprometiam o seu sistema cognitivo e motor, foram convocados os mais importantes psicanalistas da época, dentre eles o próprio Freud. A riqueza da escrita desses médicos permitiu que conhecêssemos de perto a manifestação de um quadro clínico muito peculiar, próprio àqueles que passam por acidentes envolvendo riscos fatais, que continua a acometer muitas vítimas de traumas violentos até os dias de hoje.

Freud, em especial, deu à neurose de guerra o nome de neurose traumática, tomando o termo emprestado do campo da psiquiatria (Laplanche & Pontalis, 1998). Em princípio, ele acreditava que sua origem se devia à existência de um conflito psíquico, fruto de uma radicalização da cisão do eu. De fato, vale lembrar que a divisão do eu é constitutiva e, portanto, está presente no psiquismo de qualquer um de nós. O adoecimento somente ocorre porque essa cisão exacerba-se significativamente devido às perturbações provocadas pelas

circunstâncias particularmente hostis atravessadas numa guerra de grandes proporções. Diante da realidade de um enfrentamento desta natureza, é comum haver a formação de um novo eu – bélico – que se opõe ao velho eu pacífico. Afinal, o sujeito depara-se com sua própria destrutividade, que desconhecia e, dessa maneira, percebe estar em perigo por causa da existência de um inimigo interno.

Devemos considerar na análise da neurose de guerra, o fato de que civis, de uma hora para a outra, eram convocados para representar e defender sua nação e, assim, viam-se obrigados a abandonar seus estudos, seu trabalho, enfim suas vidas e lutar em nome da pátria tendo a morte como possibilidade real. De forma geral, eram jovens que nunca haviam pensado em estar numa situação de combate na qual se tem que escolher entre matar e morrer. As expectativas sobre aqueles jovens, que até então tinham ideais bem diversos, de que se tornassem ferozes guerreiros, faziam da guerra mundial uma situação bastante ameaçadora do ponto de vista psíquico.

Freud não se limitou à tese da cisão do eu para caracterizar as neuroses de guerra, até porque tinha dúvidas acerca desta idéia desde que a postulara. Uma vez que as mesmas afecções psíquicas encontradas num soldado com neurose de guerra podiam ser identificadas num sujeito que sofresse um grande acidente envolvendo riscos fatais, o autor concluiu que as neuroses de guerra eram apenas neuroses traumáticas que também existiam em tempos de paz, sem que os doentes apresentassem qualquer conflito da ordem de uma divisão entre um eu que se opõe a outro.

Os soldados egressos do *front* costumavam apresentar acentuados distúrbios na vida mental e na atividade do sistema motor, como alteração auditiva, comprometimento da fala, perturbações motoras (tremores e paralisias), graves distúrbios de humor, etc. Também era muito comum o relato de frequentes pesadelos, que de tão angustiantes pareciam reais, nos quais o sujeito encontrava-se novamente na mesma situação de dor e de desespero que havia vivido quando estava servindo. Podemos observar que a lembrança do acidente retornava involuntariamente quando ele não estava em vigília, indicando a insistência do aparelho psíquico em evocar essas imagens e sensações que sinalizavam a vivência de um trauma, que parecia nunca ter se tornado parte do passado. Deste modo, tudo parecia fazer crer que o soldado ainda não havia

conseguido escapar da ameaça à sua vida, que permanecia real como uma possibilidade iminente.

Freud iniciou sua pesquisa sobre o trauma de guerra justamente a partir dos sonhos de angústia. Assim, em 1920, o autor publicou o resultado do estudo sobre a neurose traumática centrado na origem desses sonhos que reproduziam as cenas traumáticas passadas na guerra, sugerindo que eles não estavam cumprindo sua função de serem guardiões do sono. Isto porque curiosamente eles provocavam o efeito contrário, faziam despertar, tamanha era a angústia que causavam.

Desde 1917, Freud já se preocupava em interpretar os pesadelos de pessoas traumatizadas que reproduziam acidentes graves, causando muito sofrimento e levando à ocorrência de desagradáveis reações motoras, como verificamos na conferência intitulada *Fixação em traumas – o inconsciente* (Freud, 1996[1917a[1916-17]]). Neste trabalho, o psicanalista refere-se à manifestação de ataques histeriformes durante o sono que correspondem a um completo transporte do paciente para a situação traumática.

Freud identificava muitas semelhanças entre a histeria e a neurose traumática, incluindo neste conjunto a manifestação desses ataques. Em 1908, o autor estava convencido de que os ataques histéricos não passavam de fantasias inconscientes traduzidas para a esfera motora e representadas por meio de mímica. Ele acreditava que eles se destinavam a substituir uma satisfação auto-erótica, à qual o paciente havia renunciado. Em grande número de casos, o prazer sexual era obtido durante o ataque histérico através de uma masturbação por contato ou por pressão na coxa feita quando a consciência do indivíduo estava alterada, isto é, defletida. No caso dos sonhos de angústia, os ataques não obedeciam a esse princípio descrito no quadro histérico nos primórdios da psicanálise. Eles evocavam a vivência traumática, sendo que mesmo durante o sono o sistema motor era ativado. Não havia ali nenhuma satisfação sexual envolvida, mas sim um *quantum* de energia psíquica livre que inundava a vida mental levando a uma descarga motora. Todavia, a eliminação do afeto era apenas temporária, ela não impedia que surgissem novos pesadelos deste tipo, nem melhorava o seu estado psíquico e o físico, ou seja, não aliviava o mal-estar.

Freud observou que os pesadelos eram formados a partir de uma fixação causada no momento do acidente traumático, daí a revivência do acontecimento durante o sono.

Ainda na conferência acima citada, datada de 1917a, o autor admitiu que o termo traumático não teria outro sentido senão o econômico. Nessa perspectiva, a neurose traumática constituir-se-ia em virtude da incapacidade do sujeito de lidar com uma experiência cujo afeto por ela despertado fosse excessivamente intenso.

Um ponto fundamental era a observação de que a reprodução em sonho da experiência traumática causava grande angústia, levando Freud à conclusão de que seria preciso rever sua teoria de que todo sonho é a realização de um desejo infantil recalcado, obedecendo ao princípio de prazer.

Nas conferências de psicanálise publicadas entre 1916 e 1917, encontramos ainda presente a teoria de que nos sonhos de angústia vigora o princípio de prazer e, portanto, que eles são construídos tendo como motivação um desejo sexual, atendendo às demandas das pulsões sexuais. Esta tese é ainda mantida na conferência intitulada *Realização de desejo* (1916-17c[1915-17]), embora Freud tenha avançado em seu estudo a partir do levantamento de duas hipóteses que justificariam o desprazer intenso característico suscitado no sonho de angústia e que parecia contrariar o princípio de prazer: a de que alguns conteúdos ligados à satisfação sexual teriam escapado da censura, ou a de que o sujeito estaria punindo a si mesmo através desta formação inconsciente.

Embora tenha destacado o aspecto desagradável desses sonhos, até 1920, Freud ainda estava preso à noção de que todo sonho era satisfação de um desejo inconsciente, ainda que fosse de castigo. A partir de então, decidido a levar em conta o que a neurose traumática sugeria, o autor descartou a idéia de haver um conteúdo sexual latente na motivação dos sonhos de angústia. Assim, veio a identificar em sua formação a vigência de outro registro que não está ligado à pulsão sexual, mas sim à pulsão de morte, que vigora além do princípio de prazer, e, que é mais arcaico, mais primitivo e poderoso que o princípio de prazer. Concluiu então que no aparelho psíquico não havia dominância absoluta do princípio de prazer, pois muitos dos processos mentais não eram acompanhados pelo prazer e nem conduziam a ele. A tendência dominante na vida mental é a de reduzir a zero a tensão interna, através da descarga total da excitação, segundo o princípio de nirvana, movimento próprio à pulsão de morte. Há apenas uma forte

tendência ao princípio de prazer, muito embora ela seja contrariada frequentemente. Assim, Freud afirmou ser possível reconhecer no sistema inconsciente a predominância de uma compulsão à repetição com força suficiente para prevalecer sobre o princípio de prazer, emprestando a determinados funcionamentos da mente um caráter destrutivo. Qualquer elemento que lembre esta “íntima ‘compulsão à repetição’ é percebido como estranho” (Freud, 1996[1919b], p. 256).

A compulsão à repetição é derivada da natureza mais íntima das pulsões e poderosa o suficiente para desprezar o princípio de prazer. Prova disso é a existência de uma tendência masoquista no âmbito pulsional. Para compreender melhor este fenômeno, Freud fez a seguinte distinção para fins didáticos: quando a compulsão à repetição atua em conformidade com o princípio de prazer, estão em jogo as pulsões sexuais, mas quando ela se manifesta de forma a sobrepujá-lo, estamos no terreno da pulsão de morte.

Enquanto a pulsão de vida é barulhenta, a de morte atua silenciosamente, tendo por finalidade a destruição. Neste último caso, a compulsão à repetição tem a “aparência de uma força ‘demoníaca’ em ação” (Freud, 1996[1920], p. 46). Contudo, conforme o próprio Freud (1923 e 1924) ensinou, uma classe de pulsão nunca aparece sem a outra, elas se mesclam e se fundem regularmente. Trata-se de um complexo amálgama de proporções variáveis, de forma que jamais lidaremos com uma delas em sua forma pura.

Há um atributo universal das pulsões que é o de restaurar um estado anterior de coisas, ou seja, uma inércia inerente à vida orgânica. Daí a observação freudiana de que “o objetivo de toda vida é a morte” (Freud, 1996[1920], p. 49). Em sua visão, tanto Eros como Tânatos têm uma natureza conservadora. Enquanto as pulsões de vida procuram reconstituir uma situação prévia onde imperava o princípio de prazer, as de morte têm como objetivo retornar a um estado anterior à vida, a um estado inorgânico. Deste modo, enquanto as pulsões de vida buscam combinar substância viva em unidades cada vez maiores, as de morte visam desligá-las, reduzi-las em unidades cada vez menores tendendo a zero.

O estranho (*Unheimliche*), para Freud, é tanto da categoria do assustador, isto é, aquilo que provoca medo e horror, como remete a algo conhecido, há muito familiar. Em seu exame minucioso sobre a origem etimológica desta expressão, inclusive em outras línguas e culturas, o autor chegou à conclusão que o

Unheimliche sinalizava algo que deveria ter permanecido oculto, mas que ao contrário, fora desvendado. Derivava do retorno do recalçado, conforme indica esta passagem:

Pode ser verdade que o estranho [*unheimlich*] seja algo que é secretamente familiar [*heimlich-heimisch*], que foi submetido ao recalque e depois voltou, e que tudo aquilo que é estranho satisfaz essa condição (Freud, 1996[1919b], p. 262).

Os fenômenos ligados ao trauma, como os pesadelos e os *flashbacks*, que são lembranças agudas da situação traumática, foram tomados por Freud como indicativos de que a experiência traumática desencadeia um processo de compulsão à repetição orquestrado pelo que se situa além do princípio de prazer. Isto sugere uma tendência do aparelho psíquico a reproduzir, seja em estado de vigília ou de sono, experiências dolorosas anteriores com a mesma intensidade de sofrimento com que foram vividas na ocasião. Cabe retomarmos um trecho precioso de Freud a respeito:

(...) chegamos agora a um fato novo e digno de nota, a saber, que a compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para os impulsos pulsionais que desde então foram recalçados (Freud, 1996[1920], p. 31).

A vesícula protetora é uma metáfora de ordem fisiológica para abordar a ocorrência do trauma. Há uma barreira de pára-excitação constituída pela superfície mais externa dos órgãos de sentido, que funciona como uma espécie de envoltório resistente aos estímulos externos. Segundo este modelo, quaisquer excitações vindas de fora com força suficiente para atravessar o escudo protetor de estímulos são traumáticas. Aqui, cabe fazermos um pequeno lembrete, essas excitações vindas de fora não são necessariamente provenientes de algum estímulo externo, já que as excitações internas, quando produzem um aumento muito grande de desprazer, são tratadas como se atuassem de fora. Aliás, quanto ao estímulo interior não há proteção.

O trauma ocorre então quando a barreira protetora de estímulos é rompida; momento no qual o princípio de prazer, regulador do aparelho psíquico e promotor de sua “homeostase”, é posto fora de ação.

O princípio de prazer pode ser entendido de duas formas: como a tendência à redução de tensão a uma constante, que corresponde à busca por se

evitar o desprazer impedindo um aumento na quantidade da excitação (princípio de constância), ou como produção de prazer, alcançada através da descarga de energia. Todavia, devemos ressaltar que, em 1924, Freud passou a entender de modo diferente a relação entre as oscilações de tensão e as sensações de prazer e desprazer, questionando a correlação entre o princípio de prazer e o princípio econômico de constância. Verificou que nem todo desprazer coincide com a elevação da quantidade de energia no aparelho psíquico e que nem todo prazer, por sua vez, está ligado a um rebaixamento da tensão. Segundo ele:

Não se pode duvidar que há tensões prazerosas e relaxamentos desprazerosos de tensão. O estado de excitação sexual constitui o exemplo mais notável de um aumento prazeroso de estímulo desse tipo, mas certamente não o único (Freud, 1996[1924], p. 178).

Deste modo, Freud concluiu que não somente a quantidade de libido é um importante fator que determina a vivência de prazer ou desprazer, como também o é a qualidade da tensão a qual o sujeito está submetido. Da mesma forma, o desprazer não depende apenas da invasão do aparelho psíquico por um acúmulo de excitação, pode acontecer tanto em virtude da quantidade quanto da qualidade de excitação. Entendemos por essa afirmativa freudiana que, além da importância da magnitude do acidente para a ocorrência ou não do trauma, interessa também o que ele representará para o sujeito.

Abordaremos um caso clínico no 5º capítulo que ilustra esta teoria freudiana. Trata-se de um soldado de polícia que teve a mão direita ferida com um tiro após um enfrentamento com traficantes num morro da cidade do Rio. Sendo destro, isso o obrigou a tentar aprender a usar a mão esquerda para escrever, se alimentar, enfim, para seguir com seus hábitos diários. Apesar de não ter sofrido nenhum outro ferimento e estar iniciando sua recuperação, ainda não sendo possível ao médico e ao fisioterapeuta fazerem um prognóstico acertado, esse ferimento, vivido como algo insuportável, abalou sobremaneira sua vida, já que se viu precipitado em um estado melancólico em que não tinha ânimo para nada, nem para seguir com as entrevistas no setor de psicologia da clínica de reabilitação que estava frequentando. A PM era tudo na sua vida, orgulhava-se de pertencer a uma guarnição muito importante no quartel, de confiança do comandante. Ter de ficar afastado do trabalho, ainda que momentaneamente, era-

lhe excessivamente perturbador; situação que culminou num quadro de depressão severa.

Em sua clínica com vítimas de graves acidentes, Freud (1920) colheu uma observação muito interessante, a saber, a ocorrência de um dano físico operava, via de regra, contra a formação de uma neurose traumática. Este fenômeno parecia indicar que quando havia uma desproporção entre o acidente e o prejuízo físico, isto é, quando o sujeito saía ileso, havia mais chances de formação de uma neurose traumática. Estas impressões levaram o autor a concluir que a questão crucial para a formação da neurose traumática é o susto [*Schreck*] diante da potencialidade destrutiva que o evento traumático evoca e não o resultado material do acidente. Assim, a falta de antecipação do sujeito em relação ao choque é um fator que precipita o traumatismo.

A intensidade do trauma e sua elaboração dependem do quanto estava encoberta a castração. Isto é, quanto mais inesperada for a vivência de um risco fatal, quanto menos o sujeito estiver preparado para ele, mais traumático provavelmente será o acidente. Foi nesse sentido que Freud (1920) afirmou ter a angústia a função de proteger o sujeito da neurose traumática, já que o põe em alerta, ou seja, permite ao sujeito antecipar-se em relação ao acontecimento desagradável.

Para Reik (1925), a falta de angústia implicava numa diminuição, no aparelho psíquico, da resistência dos sistemas receptores das primeiras excitações. Sem este bloqueio, a ruptura da membrana de pára-excitação provocaria muito mais facilmente um efeito patogênico.

Na opinião de Dayan (1995), estudioso da teoria freudiana sobre o trauma, o que é propriamente traumático é menos a ausência de preparação psíquica e mais a constatação quase imediata da inutilidade de se fazer qualquer esforço para escapar da situação de ameaça e da impossibilidade vertiginosa de se adotar qualquer reação frente a ela. Sendo assim, para o autor, que está em consonância com a teoria freudiana, o trauma está diretamente ligado ao desamparo humano. Somos seres frágeis, que nascemos e crescemos na dependência do amor e do cuidado do Outro. Por esta razão, estamos suscetíveis ao sofrimento psíquico advindo de qualquer situação trágica em que sejamos vítimas da violência humana na sua mais primitiva face ou mero juguete nas mãos da superior Mãe Natureza.

Quanto à relação inversamente proporcional entre a neurose traumática e o dano físico, ela tem sido questionada (Laurent, 2002). De fato, na clínica com policiais militares que atuam na cidade do Rio, muitos ficaram traumatizados após terem vivido graves acidentes ainda que tivessem sido feridos gravemente na ocasião.

Apresentaremos um caso clínico, entretanto, em que o fator do susto parece ser importante para explicar a formação de uma neurose traumática, já que o sujeito, apesar de ter tido uma arma apontada para seu corpo, conseguiu sobreviver graças ao fato do criminoso ter ouvido um barulho e acreditado que a Polícia estava chegando e simplesmente ter desistido de matá-lo. Além desse, também serão apresentados outros casos em que, embora tenha havido danos físicos, eles não haviam sido tão graves como a violência do acidente faria supor. Alinhamo-nos, portanto, à idéia de Freud a respeito do papel do susto na formação da neurose traumática. Entretanto muitos outros fatores subjetivos estão envolvidos neste processo de adoecimento, e não se pode estabelecer uma relação inversa entre adoecimento psíquico e dano físico.

Reik (1925) discorreu acerca da importância do eu na configuração da neurose traumática. Para ele, quanto mais frágil for o eu, maior dificuldade terá o aparelho psíquico para fazer frente a um afluxo repentino de energia e, portanto, mais violento será o abalo provocado pela ruptura da membrana de pára-excitação. Enfim, levando-se em conta a configuração do eu e a pouca capacidade de ligação da energia em alguns sujeitos, é possível compreender por que uma pequena intensidade de excitação pode vir a desencadear uma neurose desta ordem em um sujeito, o que não aconteceria em outro. Seguindo esta linha de raciocínio, não podemos superestimar e nem minimizar a força patogênica do choque ou do estímulo exterior.

Por tudo isso, podemos entender que o desenvolvimento de uma neurose traumática depende da combinação de dois fatores: da intensidade da excitação que invade o aparelho psíquico e da capacidade relativa do eu de ligar a energia psíquica. No caso acima citado, em que o paciente sofreu tentativa de homicídio e saiu ileso, como ele havia perdido recentemente a mãe de forma repentina e o pai, vítima de complicações decorrentes de uma doença degenerativa, estava fragilizado, emocionalmente esgotado. Por tudo isso, adoecera.

A clínica nos ensina que nas situações envolvendo risco fatal, em que a morte era dada como líquida e certa e não ocorreu, sua ameaça fica pairando no ar como uma sombra, perseguindo o paciente sem lhe dar trégua.

Ter tido a percepção de que o fim da vida havia chegado, apesar do ledó engano de que ainda se tinha muito tempo pela frente, provoca nos pacientes um completo estado de desamparo. Eles não conseguem daí em diante se libertarem do fantasma da ameaça de perda. O fato de ter estado tão perto de uma aniquilação psíquica, de uma espécie de desagregação do eu, leva o sujeito a experimentar uma sensação de apagamento subjetivo, processo bem próximo à despersonalização, comum à psicose, como deixaremos mais claro no 5º capítulo.

Freud observou a partir da história de seus pacientes que, uma vez ocorrido o trauma, o sujeito é aprisionado por ele. Diante do excesso que o invadiu, é impelido pelo aparelho psíquico a dar um destino a este *quantum* de afeto livre. Assim, os sonhos de angústia que se repetem num tom monocórdio são em realidade uma tentativa do aparelho de se livrar da soma intensa de afeto que não foi vinculada psiquicamente, mas permaneceu desligada. Eles surgem em um esforço para dominar as excitações traumáticas, produzindo angústia, “cuja omissão constituiu a causa da neurose traumática” (Freud, 1996[1920], p. 42). Assim, concluímos que o aparato psíquico impõe ao sujeito a repetição da vivência do trauma numa busca pela sua elaboração, já que naquele momento não pôde fazê-lo.

Freud (1920) identificou nos sonhos traumáticos a presença do mesmo mecanismo psíquico vigente nas brincadeiras infantis, cujo protótipo mais conhecido é o jogo do *fort-da*, criado por seu neto, quando este tinha um ano e meio, fase em que estava apenas entrando na linguagem. Segundo Freud, o menino nunca se queixava da ausência da mãe, apesar de ser muito próximo a ela. Possuía o hábito de pegar pequenos objetos e jogá-los para longe, onde pudesse apanhá-los com algum esforço. Quando fazia isso, emitia um som o-o-o-ó, que para Freud remetia à palavra *fort*, que foi traduzido para o inglês como *gone* que em português significa “foi embora”. No momento em que ele fazia o brinquedo aparecer, dizia *da*, traduzido para o português como “ali”. Dessa forma, na visão de Freud, a criança encenava o desaparecimento e a chegada da mãe, como se tivesse o poder de fazê-la sumir e depois reaparecer. Compreendendo que a

ausência dela era apenas passageira e encenando simbolicamente esta situação, podia tolerar sua falta com certa tranquilidade.

O psicanalista demonstrou que o jogo do carretel inventado por seu neto diante da angústia de separação era uma tentativa de elaboração psíquica de uma vivência traumática. Esta observação permitiu a Freud entender que, por trás das brincadeiras infantis, havia uma encenação em que a criança saía da posição passiva diante das experiências de angústia e pavor e se colocava na posição ativa, sendo capaz de controlar seu desespero diante do horror do desamparo, conforme indica este trecho retirado da obra freudiana:

(...) as crianças repetem experiências desagradáveis pela razão adicional de poderem dominar uma impressão poderosa muito mais completamente de modo ativo do que poderiam fazê-lo simplesmente experimentando-a de modo passivo (Freud, 1996[1920], p. 46).

Lacan deu o título de “real como trauma” ao seu 5º capítulo do *Seminário XI* (1964), no qual incluiu a compulsão à repetição como um dos conceitos fundamentais da psicanálise. O autor identificou dois tipos de repetição, uma que depende do retorno do recalado, relacionada às formações do inconsciente, que verificamos, por exemplo, na transferência em análise – *autômaton*; e a outra, relacionada ao que o autor chamou de *tiquê*, concernente ao que escapa ao princípio de prazer e que, portanto, toca o real, conforme fica evidente nesta passagem:

O real está para além do *autômaton*, do retorno, da volta, da insistência dos signos aos quais nos vemos comandados pelo princípio do prazer. O real é o que vige sempre por trás do *autômaton*, e do qual é evidente, em toda a pesquisa de Freud, que é do que ele cuida (Lacan, 1998 [1964], p. 56).

Esta segunda classe de repetição remete aos efeitos do trauma. Uma vez que este tenha ocorrido, pode haver no psiquismo o desencadeamento de um processo de compulsão à repetição que conduz o sujeito rumo à destruição, independente de sua vontade. A fim de explicar como se dá esse processo, devemos introduzir uma nova faceta do supereu. Devemos tomá-lo não como uma instância de caráter protetor, mas colocar em evidência a sua natureza sádica e insensata conforme Lacan procurou fazer em sua obra, no que diz respeito às psicoses.

3.3. Papel do supereu na neurose traumática

A introdução do supereu no estudo do trauma permite que abordemos o assunto dentro de uma perspectiva dinâmica de pesquisa, ponto de vista que não poderia ser adotado se nos mantivéssemos apenas no plano do susto, do excesso pulsional, do *quantum* de energia que invade o aparelho psíquico, dentro da concepção econômica proposta por Freud da vesícula protetora de estímulos em 1920 para explicar a origem da neurose traumática.

A observação clínica permitiu verificar que, após o trauma, em alguns pacientes uma instância superegóica tirânica e sádica entra em funcionamento, induzindo o sujeito a vivenciar mais perdas. Sendo assim, concluímos que o trauma pode acionar um supereu absurdamente agressivo e hostil que exorta o sujeito ao gozo via repetição, submetendo-o passiva e obedientemente a uma satisfação masoquista que compromete a sua saúde mental. Nestes casos, o supereu, alimentando-se da energia da pulsão de morte, cria armadilhas para o eu, que, em última análise, levariam-no à morte. Este processo, que está além do princípio de prazer, parece ser motivado pelo sentimento de culpa inconsciente.

Na neurose traumática, o sujeito revive a cena do trauma involuntariamente, quando a memória, que não pode ser esquecida, invade sua consciência abruptamente. Conforme ensina Caruth (1999), o que retorna nos *flashbacks* não é a incompreensão de ter estado tão perto da morte, mas sim a de ter sobrevivido a ela; o sujeito não acredita que tenha saído ileso do acidente. Assim, muitos se identificam com o morto e sofrem as consequências disso. Na verdade, estando o sujeito culpado por ter escapado do fim a que todo humano sabe estar destinado, ele castiga-se, deprime-se, isola-se, não encontrando mais sentido e alegria em sua vida.

Sabemos que, após o trauma, resta a convicção de que se esteve muito perto de morrer e que a sobrevivência foi fruto de um verdadeiro milagre. O que fica impossível compreender não é a magnitude da tragédia, mas sim a sorte de ter escapado dela com vida. Encontramos uma maneira de explicar esse fenômeno:

É porque a mente não pode confrontar a possibilidade de sua própria morte diretamente que a sobrevivência se torna para o ser humano, paradoxalmente, um eterno testemunho da impossibilidade de existência (Caruth, 1999, tradução nossa, p. 62).

Este tipo de repetição atualiza o encontro sempre falho com o real, e responde “por essa opacidade constitutiva do sujeito, aquilo que resiste e realiza sua existência fora da representação e do saber” (Vidal, 1993, p. 211).

Num acidente envolvendo grande perigo de vida, diante da certeza da morte iminente, o sujeito defronta-se com a hora já esperada, mas terrivelmente angustiante, de desaparecer. Como esta possibilidade não se concretiza por pura sorte, resta uma sensação de que ela não será adiada por muito tempo. Devido à força de sua literalidade, a ameaça de morte é revivida por infinitas vezes após o trauma, com o retorno das lembranças dolorosas de todo o sofrimento passado no acidente, fazendo o sujeito acreditar que do fim da vida não poderá escapar novamente.

Como resultado, em alguns pacientes traumatizados, tem-se a aparição da angústia sinal, indicativa da proximidade do fim. Não à toa, depois de certo tempo decorrido da vivência traumática, o paciente pode vir a sofrer de um transtorno delirante paranóide, sem que seja necessariamente um psicótico; tomado pela sensação de que está sendo vigiado e seguido por quem pretende destruir tudo que é seu, sua casa, sua família... Em última instância, sua sanidade. Enfim, esse sujeito não tem mais nenhuma tranquilidade, atormentado pela angústia, que comparece através do real do corpo, sinalizando não ser possível esconder os indícios de uma aflição aterrorizante de que o pior ainda está por vir.

Do trauma advém angústia, e eventualmente observamos em alguns pacientes a atuação de uma antecipação da morte, num movimento para se livrar deste afeto. Ao invés de ocorrer um trabalho de luto para enterrar o que foi perdido com o trauma, agrava-se o poder sádico do supereu, aumentando sua capacidade destrutiva, suscitando uma compulsão à repetição do trauma, de maneira a atualizá-lo. Ocorre então uma demanda de trabalho da pulsão de morte à vida anímica para que a ameaça de aniquilamento psíquico, engendrada pelo trauma, se realize de fato. Daí o número significativo de suicídios de sobreviventes de campos de concentração nazistas.

Lacan manteve a moralidade e os ideais desconectados do supereu, e para comprovar sua tese tomou a perversão como paradigma dessa instância. Antes de procurarmos esmiuçar o caráter perverso do supereu na neurose traumática, buscaremos sua origem na teoria psicanalítica freudiana.

Apesar de o *supereu* ter surgido na metapsicologia freudiana apenas na segunda tópica, mais precisamente em 1923, as funções a ele atribuídas como a observação, a consciência crítica e a comparação do eu com o seu ideal já haviam sido teorizadas por Freud anteriormente, como verificamos nesta passagem, em que ele comentou:

Não nos surpreenderíamos se encontrássemos um agente psíquico especial que realizasse a tarefa de assegurar a satisfação narcísica proveniente do ideal do eu, e que, com essa finalidade em vista, observasse constantemente o eu real, medindo-o por aquele ideal (...). O reconhecimento desse agente nos permite compreender os chamados “delírios de sermos notados” (...) que constituem sintomas tão marcantes nas doenças paranóides (...). Pacientes desse tipo queixam-se de que todos os seus pensamentos são conhecidos e suas ações vigiadas e supervisionadas; eles são informados sobre o funcionamento desse agente por vozes que caracteristicamente lhe falam na terceira pessoa (...). Essa queixa é justificada; ela descreve a verdade. Um poder dessa espécie, que vigia, que descobre e que critica todas as nossas intenções, existe realmente. Na realidade, existe em cada um de nós em nossa vida normal (Freud, 1996[1914], p. 102).

No artigo *Luto e melancolia* (1917[1915]), Freud fez também menção à existência de um agente crítico no psiquismo que se localizaria separado do eu, chamado de consciência (moral). Esta instância seria incumbida de julgar o eu.

Observamos que em 1923 os termos *supereu* e *ideal do eu* foram tratados por Freud como sinônimos. Ambos representavam o que existia de mais elevado na natureza humana e eram em parte inconscientes. Eles só se tornaram conceitos distintos na década de 30.

Em 1933, na *Conferência XXXI: A dissecação da personalidade psíquica*, Freud propôs três funções próprias para o *supereu*: a auto-observação (preparação antes da atividade de julgar o eu); a consciência (crítica e punitiva) – voz do *supereu* que mantém a vigilância constante sobre as intenções e ações do eu, criticando-o de forma impiedosa, fazendo com que sinta remorso pelos atos cometidos; e o veículo do *ideal do eu* (através do qual o *supereu* avalia o eu, punindo-o ou parabenizando-o, quanto mais distante ou mais próximo, respectivamente, o eu estiver do seu ideal).

Freud definiu o *ideal do eu*, ainda neste artigo, como um precipitado da antiga imagem dos pais, que é expressão da admiração que todo filho sente por eles, a quem atribui na infância toda perfeição de valor.

A partir de 1963, o supereu foi teorizado por Lacan, segundo Gerez-Ambertín (2001), em sua dimensão real – como uma das formas do objeto *a* – como objeto voz.

Em seu estudo sobre a perversão, Lacan (1963) ressaltou a Lei do Gozo ditada pelo supereu. Segundo ele, o sádico obedece a um Ser-Supremo-em-Maldade, ditador de uma lei maligna, que faz dele um instrumento de seu gozo¹⁹. É a partir do supereu tirânico, regulador do gozo, que pretendemos propor a análise dos casos clínicos que serão apresentados no penúltimo capítulo desta tese.

O ideal do eu foi apresentado pela primeira vez por Freud em *O Narcisismo, uma introdução (1914)*, no qual o autor postulou a tese de que o eu não existe ao nascer, e que é um objeto passível de investimento libidinal. Para formá-lo, é preciso que se efetue uma ação psíquica, ou seja, que os pais, em primeiro lugar, desejem o filho, e que eles criem uma história sobre essa criança, não somente a partir de seu nascimento, mas até mesmo antes disso, quando o bebê já começa a ser falado pelos pais. Desde que uma narrativa seja por eles construída, o filho poderá dela se apoderar, vindo a se constituir como sujeito. Os pais contribuem para a formação do eu da criança não apenas por nela investir com seu desejo e por erotizar seu corpo, mas também por serem capazes de interpretar suas sensações de fome, frio, dor, prazer, medo, e atendendo à criança com sensibilidade na maior parte das vezes, dando sentido ao que ainda é inominável para ela e, dessa forma, organizando-a psiquicamente.

Neste mesmo artigo de 1914, o ideal do eu é descrito por Freud como um modelo de perfeição a ser seguido por toda a vida, embora seja, em princípio, inatingível. Para explicar sua constituição, o autor remontou à infância, aos tempos de Sua Majestade, o Bebê, quando o filho é objeto de idealização dos pais. Apaixonados pela própria imagem refletida no pequerrucho, os pais revivem seu narcisismo abandonado há tempos. Eles projetam nesse bebê o ideal de perfeição, que um dia foi para eles também inventado. É assim construído o eu ideal, que Freud definiu como o eu infantil que se acha completo e perfeito. Desta forma, eis o projeto que é criado para o filho:

A criança terá mais divertimentos que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão... ela será

¹⁹ Para saber mais ver Castro (2004).

mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – “Sua Majestade o Bebê”, como outrora nós mesmos nos imaginávamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram (Freud, 1996[1914], p. 98).

No entanto, há um momento em que a criança é destronada pelos próprios pais deste lugar idealizado, saindo de seu pedestal. Resta a ela prometer a si mesmo que seus dias de glória retornarão em algum momento no futuro, quando ela conseguir recuperar a perfeição perdida. Tem-se aí a passagem do eu ideal para o ideal do eu.

Já Lacan (1949) elaborou o estágio do espelho como uma fase de constituição do eu ideal, origem das identificações secundárias, que se dá quando a criança, no período de seus seis aos dezoito meses, é colocada em frente ao espelho por sua mãe. Na verdade, primeiramente o filho reconhece o rosto dela na imagem refletida. Em seguida, diverte-se com a própria imagem apontada por sua mãe no espelho. Repetindo o gesto que um dia seus pais fizeram consigo, a mãe permite o aparecimento de um primeiro esboço do eu do filho, a partir da formação de uma imagem especular completa (*Gestalt*), em oposição à desorganização do corpo como é vivido.

Na teoria de Aulagnier (1984), o eu tem um valor central, ele advém em um espaço e tempo cuja preexistência se impõe. Segundo destaca a autora, o eu descrito em sua obra não se confunde nem com o eu freudiano, nem com o *moi* de Lacan. É uma instância que tem relação direta com o discurso materno, através do qual a mãe antecipa e pré-investe o filho que vai nascer.

Os primeiros enunciados do discurso da mãe são promotores de identificação, provocam, pois, o advir do eu na cena psíquica. O eu constitui-se pela apropriação destes primeiros signos. Dentro da perspectiva da autora, não há lugar para uma passividade do sujeito.

Desde o início da vida, o pai exerce uma ação modificadora sobre o meio ambiente que rodeia o recém-nascido. Normalmente, contudo, é a mãe que tem o papel fundamental de responder às necessidades do bebê, tanto de auto-conservação, como as libidinais. Ela é, portanto, a primeira fonte de prazer e de sofrimento. Dela surge o primeiro signo da presença ou da ausência do pai; e a eleição desse e dos demais signos dependerá da relação que será estabelecida com o genitor. Posteriormente, a criança poderá recusar alguns deles e forjar os seus próprios signos.

O eu não pode advir senão na condição de seu próprio biógrafo que constrói uma história, que é tanto libidinal como identificatória, a partir da sua relação com os objetos. Ele é um construtor incansável, um grande inventor que busca permanentemente as causalidades do desejo. O eu extrai de sua história as causas sensatas e aceitáveis de acordo com as exigências não só do mundo exterior, mas também do mundo psíquico, que lhe é, em grande parte, desconhecido.

Aulagnier chama a nossa atenção para a árdua luta travada pelo eu para se apropriar de sua história e defender “posições sem as quais não poderia de orientar nem auto-investir seu próprio espaço identificatório” (Aulagnier, 1989, p. 207). Esse embate nunca definitivamente ganho ou perdido, travado permanentemente, origina-se da tentativa de se desvencilhar do que o Outro impõe como sendo sua biografia. Assim, a autora chegou a afirmar que o eu nunca está protegido “do risco de ser colonizado por um senhor estrangeiro ou reconquistado por um adversário interno que tentará excluir dele o proprietário legítimo” (*Ibid.*, p. 207). Para que o eu se aproprie de seu espaço corporal e psíquico primeiramente dominado pelo Outro é preciso que desaloje “seres arcaicos e fantasiados” que habitam esse terreno. Daí decorre a seguinte condição para se garantir a constituição do sujeito:

Para se precaver contra esse duplo perigo o eu deverá manter à sua disposição títulos de propriedade garantindo a ele e aos outros a inalienabilidade de seu espaço corporal e de seu espaço psíquico (Aulagnier, 1989, p. 207-208).

A versão do passado do eu assemelha-se em muitos aspectos a certos romances de inspiração histórica, pois o eu esqueceu – recalcou – uma parte de seu passado. O “autor” da ficção substituiu o que não podia saber sobre a maneira como os “protagonistas” reais viveram os acontecimentos, colocando-se no lugar deles. Mas o romancista não pode ignorar que essa modificação é arbitrária. A versão que o discurso materno lhe propõe sobre sua infância é uma verdadeira fábula. Por essa razão, a autora fez a seguinte afirmação:

(...) o eu só encontrará nos seus arquivos breves relatos, mais ou menos verídicos, alguns contratos, mais ou menos prescritos, alguns boletins de vitória ou de derrota, que só dizem respeito a uma pequena parte das batalhas marcantes de sua história e, além disso, privilegiadas por razões que muitas vezes lhe são enigmáticas. (Aulagnier, 1989, p. 208).

Durante a primeira fase da vida infantil, a criança só pode dar existência ao *infans* que a precedeu apropriando-se da versão discursiva da mãe, do pai, e dos demais parentes, sobre a história do seu começo, ainda que seja meramente fantasiosa.

A mãe decodifica os primeiros signos relativos à relação entre ela e o bebê através do filtro da sua própria história, escrevendo dessa forma os primeiros parágrafos do que se tornará a história do filho.

A tarefa do eu será de transformar esses documentos fragmentados numa construção histórica que tenha uma continuidade temporal. Sabemos que essa reconstrução do passado é sempre parcial.

O processo identificatório é a face oculta desse trabalho de historicização que transforma o inapreensível do tempo físico num tempo humano, que substitui um tempo definitivamente perdido por um discurso que fala dele. A construção da identidade é feita sobre vários identificados. A imagem da criança é percebida no olhar da mãe, do pai, dos avós, que tomados como modelos formam um jogo de espelhos. O conjunto dos olhares desses outros que são investidos pela criança sugerem a montagem de um quebra-cabeça a ser construído pelo sujeito, “é ele que terá de escolher aquelas [peças] que o ajudarão a prosseguir e a consolidar sua construção identificatória” (Aulagnier, 1989, p. 230).

O percurso identificatório do eu consiste das seguintes fases: nascimento do infante; advento do eu; momento de encruzilhada e de possível virada no movimento identificatório – porque o eu necessita modificar sua relação de dependência (alienação) quanto ao pensamento dos pais. Essa modificação pode ser mais ou menos bem sucedida ou fracassar, o que significa a instalação de uma potencialidade que poderá mais tarde manifestar-se sob a forma de uma neurose, psicose ou de uma problemática polimorfa, como a perversão.

É uma necessidade do funcionamento do eu situar-se e ancorar-se numa história que substitui um tempo vivido-perdido pela versão que o sujeito dá dele, graças à reconstrução das causas que o fizeram um sujeito, que dá conta de seu presente e torna o futuro pensável e passível de investimento. Assim, o eu é um eterno aprendiz de historiador, enquanto o isso é o mestre-feiticeiro que repete uma história sem palavras que nenhum discurso poderá modificar, isto é, uma força que obriga o sujeito a certos atos e pensamentos dos quais se recusa a reconhecer-se como agente.

Na experiência analítica os dois discursos, do eu e do analista, podem fazer uma aliança, tornando-se complementares. Apenas a análise pode permitir tornar pensável e, por essa razão, parcialmente modificável, a relação do eu com o isso.

A narrativa histórica construída pelo eu exige periodicamente a reconstrução de partes dela, e alguns parágrafos serão reescritos ao longo da vida, sempre que isto se fizer necessário. Portanto, há uma versão do eu que apesar de ser definitiva permite pequenas modificações, não só dos conteúdos, mas especialmente, de suas causalidades. É somente porque a versão que o eu constrói para si mesmo é plástica, que o sujeito pode assegurar sua permanência e aceitar as inevitáveis mudanças psíquicas e físicas. Mas essa plasticidade não é ilimitada, ela se apóia na permanência de certos pontos ao abrigo de modificações.

O eu necessita de certos referentes simbólicos para se organizar. Para que seja montada uma imagem familiar a ser investida, a criança deve poder apoiar-se inicialmente num número de peças encaixadas umas nas outras, resultante do trabalho do eu de reunificação dos componentes identificantes e identificados oferecidos pelo porta-voz – inicialmente representado por sua mãe.

Como bem demonstrou Aulagnier (1989), os psicóticos não tiveram essa narrativa construída pelos pais a respeito de si. Quando a psicanalista entrevistava a família de seus pacientes psicóticos e lhes perguntava a respeito da infância deles, os pais não sabiam lhe responder sobre como havia sido o desenvolvimento do filho, davam respostas evasivas e mecânicas que deixavam uma interrogação acerca do que realmente pensavam, de seus sentimentos e anseios em relação ao filho. Havia um silêncio perturbador que denunciava a falta de investimento dos pais em relação a ele. Era comum encontrar um desejo de morte onde deveria ter havido um desejo de vida. Se algo era falado pelos genitores, tratava-se de uma meia dúzia de palavras repetidas sem nenhuma emoção, o que a autora chamou de uma “não-história”. Para exemplificar, eis uma fala colhida por Aulagnier: “Philippe foi uma criança sempre boazinha, que não dava nenhum problema, que era gentil”. Quando a autora insistiu em saber um pouco mais sobre aquela criança e perguntou aos pais sobre um pequeno acontecimento particular que tivesse ficado na memória, eles não responderam nada, porque nem ao menos haviam entendido a pergunta. Em todas as ocasiões em que ela esteve com essa família, havia o mesmo branco. Eles não faziam um vínculo entre o tempo da infância, o da adolescência e o da fase adulta.

Podemos dar outro exemplo mais detalhado retirado de nossa clínica que ilustra os efeitos na vida de uma adolescente da falta de investimento narcísico dos pais nos filhos e as possíveis consequências para o psiquismo de uma ausência de narrativa da mãe sobre a criança.

Recebemos no ambulatório público de psicologia uma adolescente que estava chegando à maioridade a quem chamaremos de Maria²⁰, extremamente infantil, portando uma expressão sem qualquer emoção, de olhar vazio. Andava com seus bonequinhos minúsculos preferidos e inseparáveis a tiracolo, com os quais brincaria uma criança de até no máximo seis anos, com seu caderno de pinturas e estojo com canetinhas e lápis de cor. Adorava desenhar e pintar. Na primeira sessão mostrou à analista seus trabalhos, todos bem coloridos, que ocupavam mais de quinze folhas de caderno. Eram muitas frutas e verduras, as mais diversas, esboçadas uma a uma, em sua forma e cor originais; um trabalho feito com régua, meticuloso e infundável, cujo detalhamento era tão fino que devia ter lhe tomado muitas horas de atividade. Embora os médicos que a acompanhavam tenham desconfiado de que Maria tivesse alguma síndrome e solicitado à psicóloga um teste de inteligência, o pedido médico foi completamente ignorado. Era claro que se tratava de uma psicose e não de uma questão neurológica. Segundo a mãe, o mapa genético de Maria havia sido investigado para saber se havia alguma alteração que justificasse o nível de desenvolvimento mental de sua filha; o resultado, porém, não havia acusado nada.

Logo na primeira entrevista um fato chamou-nos a atenção; enquanto a adolescente sentou-se no sofá, a mãe escolheu a cadeira para sentar-se, colocou-a mais para frente, de forma a se postar de costas para sua filha e defronte à psicóloga. Era óbvia a falta de vínculo entre mãe e filha. Esta era tratada como um mero objeto. A mãe iniciou sua fala queixosa sobre as dificuldades que sua filha vinha apresentando, sem nem ao menos lhe lançar um único olhar. Não estava preocupada com uma possível reação ou desagrado de Maria. Nem passava pela sua cabeça que sua fala e postura poderiam causar mal-estar à menina.

O pai não participava de praticamente nada da vida da filha por falta de interesse. Ao contrário da visão que a mãe tinha sobre a condição mental de Maria, ele insistia em não ver nenhum problema nas suas atitudes. O fato de não

²⁰ Cabe fazermos a seguinte ressalva, os nomes de todos pacientes, ao longo deste trabalho, são fictícios para preservar a sua identidade.

reconhecer que havia algo estranho em seu desenvolvimento irritava profundamente a mãe, e saltava aos nossos olhos, pois era óbvio que Maria necessitava de cuidados médicos e psicológicos. Quando a mãe a trouxe ao atendimento estava extremamente preocupada porque a adolescente tinha tentado atear fogo em objetos na sua casa.

Sempre que Maria ficava desesperada por causa dos distúrbios que sofria sem entender o porquê, como alucinações e sensações esquisitas em seu corpo, procurava sua mãe para que lhe ajudasse a compreender o que estava acontecendo. Como a genitora era bastante religiosa, atribuía estes fenômenos que afligiam a filha a manifestações do diabo, cujo nome não podia sequer ser dito. Quando Maria estava fora de si, a mãe pegava a Bíblia para rezarem, crendo que assim a adolescente voltaria à consciência normal.

Ela proibía sua filha de ter amigos. Acreditava que a juventude de hoje estava transviada. As meninas eram tidas como atiradas e vulgares e os meninos como potenciais “abusadores sexuais”. Temia que sua filha viesse a sofrer algum mal. Até a escola podia ser local propício para alguma violência ocorrer. Em realidade, a mãe tentava anular qualquer expressão sexual da menina. Parecia que o reconhecimento da sexualidade da família era algo ameaçador à mãe. Depois de algum tempo em tratamento, Maria verbalizou o quanto seria prazeroso ter um namorado, um menino bom (devia existir algum!), para beijá-lo e abraçá-lo. Apesar desta colocação da adolescente, a própria insistia em dizer na maior parte das vezes o que parecia ser um pensamento da mãe, que não havia nenhum menino assim. Então a psicanalista fazia Maria se lembrar que seu irmão era um menino responsável e leal à noiva, como ele deveria haver outros. A mãe tinha horror de se deparar com o amadurecimento da filha, com o momento dela virar uma moça. Na verdade, queria abolir a idéia de que um dia ela iria se relacionar com o outro sexo. Curioso notarmos que a mãe só caminhava de braços dados à filha, como um casal. Ela tratava de colocar qualquer pessoa que podia se aproximar de Maria em dúvida quanto ao seu caráter e suas intenções. Esse pensamento encobria uma hostilidade latente e recalcada que partia dela em direção à filha. A mãe fazia questão de reproduzir no consultório as situações em que a menina era alvo de críticas ou zombaria.

Por outro lado, considerava-se muito zelosa, “pois a vida inteira havia carregado Maria de um médico ao outro”, sempre perseguindo uma suposta

doença. Tudo podia levar Maria à morte, até um resfriado mal curado. Uma vez na saída da sessão, a mãe acariciou um cachorro que passava próximo à sala de psicologia, quando Maria a imitou, foi repreendida veementemente por ela, alegando que o cão poderia lhe passar alguma doença. Essas situações faziam crer que o pensamento de morte era evidente (seria o desejo da mãe aparecendo?).

A mãe e a avó atormentavam Maria, pois passavam um dia após o outro repetindo para ela ter cuidado, pois era preciso estar atenta ao mal. Havia perigo em todo e qualquer lugar, o mundo era perigoso e as pessoas não eram confiáveis. Desta forma, não seria possível que a menina tivesse nenhum amigo e nem que se sentisse segura em lugar nenhum. “Ninguém é sua amiga”; “Ninguém gosta de você”; eram as frases que ficavam na cabeça da menina, ouvidas em casa.

A mãe não via a escola como um lugar de grande importância, nem de presença obrigatória. A sua filha não tinha uma boa frequência escolar, pois qualquer motivo, como uma simples dor de cabeça da mãe, era suficiente para que a menina faltasse à aula. Se ela tirava uma nota boa, a primeira observação materna era que provavelmente houvera algum erro da escola. Na época em que iniciou sua vida escolar, Maria foi encaminhada para uma escola para crianças especiais, mas a mãe não gostou do ambiente e não deixou que ela fosse matriculada. Durante o tratamento foram feitas várias tentativas de encaminhar Maria a um serviço de oficina terapêutica, como a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou a um hospital universitário, mas para a mãe essa atitude era descabida; ela não poderia levá-la a um lugar que, em sua opinião, era mal frequentado.

Esta vinheta é suficiente para mostrar como a mãe estava colada à filha, que ocupava o lugar de objeto, como um acessório, isto é, um apêndice materno. Durante as entrevistas, não sabia relatar como fora a infância da menina. Dizia somente que ela sempre lhe pareceu diferente das outras crianças. Uma vez, quando a psicóloga indagou à mãe o quanto havia dela na filha, ela lhe respondeu bruscamente e com uma raiva aparente: “Não tem nada meu nela. Olha, eu sei muito bem separar as coisas. Ela é ela e eu sou eu”. De fato, havia um vácuo entre elas, um vazio angustiante. Ora, este comentário era revelador da falta de investimento narcísico na filha, que nunca chegou a ser o espelho em que a mãe podia se ver refletida em uma imagem satisfatoriamente perfeita.

3.3.1.

Do pai da horda à crueldade do supereu

O supereu é um precipitado da primeira identificação com o pai²¹, tomado como modelo (ideal do eu), efetuada na mais primitiva infância. Quando este se constitui, ocorre uma desfusão pulsional, fazendo com que os vínculos com os dois objetos libidinais da criança – os dois genitores – tornem-se dessexualizados. Então, o que antes era alvo da pulsão sexual, objeto de investimento erótico, torna-se objeto de identificação.

O modelo do pai, como autoridade, introjetado pelo eu perpetua a proibição do incesto e impede o re-investimento nestes primeiros objetos sexuais. Após a sublimação, como a libido não tem mais o poder de manter a agressividade a ela vinculada, o afeto é liberado sob a forma de uma inclinação à agressão e à destruição. Esta desfusão é a fonte da severidade e crueldade apresentada pelo supereu – “o seu ditatorial ‘farás’” (Freud, 1996[1923], p. 67). Conforme desenvolveu Freud um ano mais tarde:

O supereu reteve características essenciais das pessoas introjetadas – a sua força, sua severidade, a sua inclinação, a supervisionar e punir. Como já disse noutro lugar²², é facilmente concebível que, graças à desfusão da pulsão que ocorre justamente com essa introdução no eu, a severidade fosse aumentada (Freud, 1996[1924], p. 185).

O sentimento de culpa induzido pelo supereu, que massacra o eu com maior e menor intensidade, origina-se do complexo de Édipo e foi adquirido junto com as fantasias parricidas.

O assassinato do pai da horda cometido por seus filhos foi teorizado pelo autor no artigo *Totem e tabu* (1913). Neste trabalho, Freud localizou o momento do surgimento da civilização e de suas instituições, que se deu na passagem da barbárie (quando havia uma horda, na qual o mais forte mantinha todas as mulheres para si) para uma sociedade primitiva dirigida pelos irmãos que haviam assassinado o pai primevo.

O chefe da horda era um sujeito muito poderoso que desfrutava da posse sexual exclusiva de todas as mulheres de seu bando, e não permitia a nenhum outro indivíduo semelhante prerrogativa. Por razão de seu domínio, era odiado e

²¹ Freud fez a ressalva de que também a mãe deve ser incluída nesta série de imagos que vêm a constituir o supereu, assim a identificação é feita com os pais e não somente com o genitor.

²² Em *O eu e o isso* (Freud, 1923).

ao mesmo tempo temido, pois nenhum dos seus descendentes tinha coragem para enfrentá-lo. Aliás, quando os filhos passavam a oferecer alguma ameaça ao reinado do pai eram excluídos do grupo. Até que um dia, eles reuniram suas forças e conseguiram vencê-lo, pondo fim à horda patriarcal. Unidos em torno do mesmo objetivo, acumularam uma potência que sozinhos não poderiam alcançar. Mataram o pai e, em seguida, devoraram-no para que assim cada um deles incorporasse uma parte do poder paterno.

O pai morto foi internalizado simbolicamente como lei, e sua figura passou a ser preservada e respeitada para sempre. Para se livrarem do remorso, os filhos tornaram o símbolo do pai sagrado, mantendo desta forma uma dívida simbólica eterna honrada pelo culto à figura mítica do pai. Selou-se assim um compromisso:

Um pacto com o pai, no qual este lhes prometia tudo o que uma imaginação infantil pode esperar de um pai – proteção, cuidado e indulgência – enquanto que, por seu lado, comprometiam-se a respeitar-lhe a vida, isto é, não repetir o ato que causara a destruição do pai real. (Freud, 1996[1913], p. 148).

A interdição à anarquia sexual foi instituída apesar da ausência do pai, pois o que este proibira pela sua própria presença ameaçadora e terrificante, manteve-se posteriormente como uma “obediência retrospectiva” sustentada pelo símbolo que o representava, o *totem*. De fato, os irmãos haviam tomado o pai como modelo e desejavam identificar-se com ele. Do crime cometido, restou a culpa, pois além do ódio por ele, havia o amor, que se tornou mais forte com sua ausência do que fora em vida. Dessa afirmação, derivam duas conclusões, que o amor tem papel fundamental na origem da consciência moral e que o sentimento de culpa é inevitável ao homem (Freud, 1930[1929]).

Como o pai estava morto, não havia o que os homens pudessem temer. Estavam então livres para desfrutar como bem quisessem das mulheres, mas isso os tornaria rivais e instauraria uma luta permanente entre eles. Então, como poderiam proteger-se uns dos outros? E se um deles acreditasse ser o mais poderoso e quisesse tornar-se o único novamente a gozar, vindo a oprimir os demais? A conquista deles teria sido inútil nesse caso. A tentação de ocupar o lugar deixado vazio pelo pai perverso era uma ameaça que pairava sobre eles.

Para que pudessem manter afastada a possibilidade de retorno ao patriarcado, foi preciso que todos eles renunciassem às mulheres e promovessem

como lei a interdição do incesto, tornando, desse ponto de vista, o parricídio “em vão” (Freud, 1996[1913], p. 146). Nenhum dos filhos satisfez seu desejo original de tomar o lugar do pai. Mesmo em sua ausência, tiveram que mantê-lo vivo simbolicamente para lembrá-los da necessidade de renúncia dos desejos sexuais mais primitivos. Ou seja, para sair do caos, submeteram-se à castração. Fizeram esse sacrifício em nome da organização e da estabilidade do grupo.

Assim, do pacto de proibição do incesto nasceu uma organização social. Sobre os rituais encontrados pelos cientistas sociais nas sociedades primitivas que remetiam ao parricídio, eis o comentário de Freud:

A refeição totêmica, que é talvez o mais antigo festival da humanidade, seria assim uma repetição, e uma comemoração desse ato memorável e criminoso [do assassinato do chefe da horda], que foi o começo de tantas coisas: da organização social, das restrições morais e da religião (Freud, 1996[1913], p. 145).

Enfim, a cerimônia de devoração do totem registrada pelas pesquisas antropológicas, que era celebrada pelos grupos primitivos, legitimava e atualizava os laços fraternos que uniam os membros da tribo. No banquete totêmico, todos os membros do clã, sem exceção, reuniam-se para transgredir exatamente o mandamento mais sagrado: “não matarás o totem (pai)”. Eles vestiam-se como ele, imitando seus sons e movimentos. Só nesta data o totem podia ser devorado. Através da ingestão de seu corpo, incorporavam parte de sua força e santidade, reforçando sua identificação com ele e uns com os outros. Ao final do ritual, o animal morto era velado e pranteado, sendo obrigatório o luto como precaução contra sua vingança.

Através do totem eram estabelecidos os laços de consangüinidade que variavam em cada tribo: ora decorriam da descendência paterna, ora da materna. O laço parental totêmico era mais forte do que o laço de sangue e se sobrepunha a ele. Em quase todas as tribos que seguiam um sistema totêmico, existia uma lei que proibia a relação sexual entre pessoas do mesmo clã, isto é, submetidas ao mesmo totem, sendo também proibido o casamento entre eles. Para Freud, essa regra sinalizava a necessidade da prática da exogamia, a partir da interdição do sexo entre parentes. O totem tinha em sua origem o objetivo de impedir o incesto, visto que sua permissão levaria o grupo a se desfazer.

A psicanálise partiu da premissa de que a imposição da proibição do incesto indicava justamente a existência de impulsos libidinais intensos para

praticá-lo. Conforme afirmou Freud (1913), se existe uma proibição é porque ali há um desejo subjacente de transgredi-la. O autor retomou esta discussão no artigo *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921), no qual revelou que os homens das tribos primitivas eram proibidos de se satisfazerem sexualmente justamente com as mulheres com as quais possuíam maior vínculo afetivo, “tendo sido amadas tenramente durante a infância” (Freud, 1996[1921], p. 151), já que dessa forma podiam se proteger contra o risco da própria extinção. Esse é o preço a pagar para garantir a sobrevivência do grupo. Podemos reproduzir as suas palavras a respeito:

É igualmente claro por que é que a violação de certas proibições tabus constitui um perigo social que deve ser punido ou espiado por todos os membros da sociedade se é que não desejam sofrer danos. Se substituirmos os desejos inconscientes por impulsos conscientes, veremos que o perigo é real. Reside no risco da imitação, que rapidamente levaria à dissolução da comunidade. Se a violação não fosse vingada pelos outros membros, eles se dariam conta de desejar agir da mesma maneira que o transgressor. (Freud, 1996[1913], p. 50).

Numa sociedade organizada, seus componentes devem esforçar-se para se submeter à lei do pai, isto é, devem abdicar dos dois desejos primários infantis: “casar com a mãe e matar o pai” (Freud, 1996[1913], p. 137). Nas sociedades primitivas, o horror ao incesto indicava haver um perigo ainda maior e mais iminente do que em nossa sociedade de cometê-lo, requerendo medidas punitivas mais enérgicas. Mostravam-se muito mais sensíveis à questão porque estavam provavelmente mais propensos ao ato.

Freud foi buscar na história do parricídio a origem da simbologia do totem, revelando a sua equivalência com o pai real. O ritual totêmico em realidade era uma re-atualização do crime cometido contra o chefe da horda e revelava a ambivalência emocional característica do relacionamento entre pais e filhos.

O supereu é o herdeiro do complexo de Édipo, portanto não é apenas constituído por um resíduo das primitivas escolhas objetais do isso (pai e mãe), mas também representa uma poderosa formação reativa contra essas escolhas. Ao mesmo tempo em que o supereu incita o eu a ser como o pai (a ser o seu ideal), e a conquistar uma mulher como seu pai conquistou (a mãe), ele também impõe a proibição deste mandamento: “Você não é como seu pai! Nunca chegará a ser! Você não pode fazer tudo que ele faz! Certas coisas são prerrogativas dele! (como possuir a mãe)”. E o eu reage com sentimentos de angústia à percepção de que

não está à altura do que lhe é exigido pelo supereu. Este aspecto paradoxal do supereu advém do fato de que apesar dele herdar o complexo de Édipo, encarrega-se também de rechaçar os desejos incestuosos infantis decorrentes deste complexo. Quanto mais poderoso for este complexo e mais rapidamente este sucumbir ao recalque (sob a influência da religião, cultura e educação), mais severa será a dominação que o supereu exercerá posteriormente sobre o eu.

Embora o supereu seja acessível a todas as influências posteriores de pessoas que venham a ocupar o lugar de ideal do eu para o sujeito, como professores, ídolos e autoridades, entre outros, ele preserva o caráter severo do pai. Por outro lado, com o tempo, o supereu afasta-se mais e mais das figuras parentais originárias, tornando-se mais impessoal (Freud, 1933[1932]). Ele exerce o papel de juiz, rigoroso e punitivo, sobretudo na neurose obsessiva, e se encarrega, portanto, de perpetuar as proibições que um dia foram ditadas pelos pais e, junto com elas, de voltar contra si mesmo toda a agressividade a elas vinculada. Diante das peripécias infantis, as mais irritantes e enlouquecedoras, os filhos escutam dos seus pais, nos momentos em que estão possessos, naqueles momentos críticos de fúria, em que eles perdem totalmente o controle e o senso crítico, ditames extremamente hostis como: “Você não devia ter feito isso; eu vou te matar!” e “Me dá vontade de apertar o seu pescoço quando você faz isso!”. Essas frases carregadas de ódio ficam impregnadas na memória. Então, toda essa agressividade dos pais, voltada para a criança, fica retida pelo supereu. Ele mantém, pois, intacta a capacidade de estar à parte do eu e de dominá-lo. “Tal como a criança esteve um dia sob a compulsão de obedecer aos pais, assim o eu se submete ao imperativo categórico do seu supereu” (Freud, 1996[1923], p. 61). Desta maneira, o sujeito se vê constantemente pronto a atender em última instância ao que era um desejo oculto e recalcado dos pais de morte do filho, desejo este que foi internalizado pelo sujeito e perpetuado pelo supereu.

A fonte energética da qual o supereu tira seu poder demoníaco é a pulsão de morte. Ele alimenta-se de uma compulsão que está para além do princípio de prazer, que se manifesta sob a forma de um *imperativo categórico*. Nesse sentido, Freud (1923) afirmou ser o supereu um representante do isso. Ele está mergulhado no isso e, assim, mais distante da consciência que o eu. Nessa vertente do supereu como terreno privilegiado da pulsão de morte:

Acentua-se a irracionalidade e a crueldade que o supereu pode assumir, perdendo seus laços com os ideais e com a moralidade. Seus imperativos tornam-se impossíveis de serem atendidos, sua severidade cresce proporcionalmente às tentativas de obediência, atribuindo culpabilidade ao sujeito de forma inteiramente incontornável (...). Quanto mais se renuncia à agressividade, mais cresce a violência do supereu contra o eu (Rudge, 1999, p. 3).

Quem pode proteger o eu dos mandamentos imperiosos superegóicos é o ideal do eu. Segundo Gerez-Ambertín (2003), o ideal do eu tem a missão de velar pela satisfação narcisista do eu, ficando no lugar de um protetor poderoso incumbido de impedir que o eu embarque em atrocidades que podem comprometer sua preservação.

Na opinião da autora, tanto na neurose como na psicose, o imperativo categórico não é mediado pela Metáfora Paterna, mas a grande diferença que pode ser estabelecida entre elas é que o neurótico tem o recurso do Nome do Pai para fazer com que os mandamentos do supereu circulem por vias mais pacíficas do inconsciente. Como o psicótico é carente deste recurso, ele fica a mercê de seu gozo “e recebe, passivamente, um despejo de palavras que o invade com vozes parasitas” (Gerez-Ambertín, 2003, p. 236). Deste modo, como ensinou Lacan (1955-56), enquanto a linguagem habita o neurótico, o psicótico é habitado e possuído por ela, pois não há nenhuma possibilidade de evocação do pai simbólico para defendê-lo do ataque sádico do supereu.

No seminário 23, Lacan dedicou-se aos estudos das palavras impostas na psicose. O psicótico é inundado por vozes que invadem sua mente, manipulando-o como um objeto, incitando-o a ser instrumento do gozo do Outro. Para uma maior compreensão da tese lacaniana, retomemos uma passagem retirada da obra da autora:

(...) o mandato do supereu não só hostiliza como também *monarquiza* o pensamento, o intelecto e o sujeito quando (...) não há recursos para fazê-lo transitar por vias mais pacíficas, Vale dizer que a “palavra imposta”, que se cola como um verdadeiro “parasita” em sua subjetividade, tem um *peso* insuportável justamente pela falta da mediação do Outro (Gerez-Ambertín, 2003, p. 242).

A seguir, discutiremos os efeitos do trauma centrando-nos sobre a função do supereu na neurose traumática, incluindo neste debate os conceitos de compulsão à repetição, gozo e pulsão de morte. Antes, porém, apresentaremos algumas manifestações clínicas oriundas da tensão entre eu e supereu.

A reação terapêutica negativa é um fenômeno que se manifesta com frequência na clínica e é um bom exemplo de como o supereu pode ser cruel com

o eu, espezinhando-o e maltratando-o. Ela pode ser identificada quando o paciente, ao perceber sinais de melhora em sua neurose, reage com uma espécie de regressão, tendo como resultado a piora do seu estado clínico. Ocorre assim um verdadeiro retrocesso no processo de análise, que estava progredindo em direção à cura. São casos de pacientes que boicotam seu próprio tratamento, desviando-se de seu término.

Freud verificou que a reação terapêutica negativa era sinal do evidente masoquismo que acometia certas pessoas, em tal grau que lhes era curiosamente muito difícil aceitar um elogio.

A involução do quadro clínico não podia ser entendida como estando direcionada ao analista, isto é, como se fosse um desafio feito pelo paciente que queria provar a incompetência do médico, nem interpretada como uma tentativa de manter os ganhos secundários que a doença lhes rendia.

Freud concluiu que esta reação adversa que comprometia o progresso do tratamento derivava de uma forte resistência à cura devido ao gozo obtido pela satisfação de estar se castigando. Segundo o autor (1924), este tipo de masoquismo é moral, notável por haver afrouxado seu vínculo com a sexualidade. Neste caso, é o próprio sofrimento que importa ao sujeito.

Na opinião do pai da psicanálise, o masoquismo moral é a prova cabal da fusão das duas classes de pulsão, de vida e de morte; a segunda é representada pela destrutividade, que é voltada para dentro, e a primeira é identificada pelo componente erótico da satisfação de destruir a si mesmo.

Jaz oculta por trás da reação terapêutica negativa uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio de prazer, por ser mais elementar e mais pulsional do que este princípio. Ela tem origem no sentimento “inconsciente”²³ de culpa e se satisfaz no sofrimento masoquista proporcionado com o agravamento dos sintomas. Desta forma, o paciente “obtem satisfação no sofrimento que está vinculado à neurose, e por essa razão aferra-se à condição de estar doente” (Freud, 1996[1933[1932]], p. 110).

²³ Devemos salientar o fato de que Freud chegou a afirmar que seria incorreto utilizar a expressão sentimento inconsciente de culpa, visto que os sentimentos/afetos não são inconscientes. Todavia, no artigo de 1923, *O eu e o isso*, Freud quis ressaltar o aspecto inconsciente do sentimento de culpa, o qual já havia sido tratado em trabalhos anteriores, como em *Neuropsicoses de defesa* (1894) e em *Atos obsessivos e práticas religiosas* (1907).

Além da reação terapêutica negativa, outra manifestação própria da inclinação à agressividade e à destruição no homem, ditada pelo supereu, é a compulsão de destino, verificada naqueles pacientes que se vêem repetidamente numa mesma situação dolorosa e trágica. Trata-se do tipo de repetição, da qual já comentamos anteriormente, que está além do princípio de prazer, e que toca o real, chamada por Freud de “perpétua recorrência da mesma coisa” (Freud, 1996[1920], p. 33). Retomando seus exemplos, havia o caso do homem cujas amizades acabavam sempre por causa da traição de um amigo e até do benfeitor que era abandonado por seus protegidos. Sobre o assunto, o autor fez o seguinte comentário:

Há pessoas em cujas vidas se repetem indefinidamente as mesmas reações não-corrígidas, em prejuízo delas próprias, assim como há outras pessoas que parecem perseguidas por um destino implacável, embora uma investigação mais atenta nos mostre que tais pessoas, sem se perceberem, causam a si mesmas esse destino. Em tais casos, atribuímos um caráter ‘demoníaco’ à compulsão à repetição (Freud, 1996[1933[1932]], p. 108-109).

Notamos que o que mais espantava Freud nesses casos era a constatação de que, embora o sujeito parecesse ser um elemento passivo na situação em que se encontrava, fato que sugeria ser a repetição uma mera fatalidade, ou mesmo, uma infeliz coincidência, havia uma participação ativa do sujeito em seu destino. Na opinião do autor não era por mera obra do acaso que uma mulher se casara por três vezes e por duas havia se tornado viúva e estava mais uma vez cuidando de seu esposo no leito de morte (havia escolhido homens com a saúde já comprometida?). Na compulsão de destino, o supereu incita o sujeito a gozar de uma mesma e penosa maneira.

A fim de ilustrar este aspecto da tensão entre eu e supereu, traremos um caso clínico encontrado na literatura psicanalítica (Schweidson, 2003).

- Vinheta clínica de L.:

L. estava casada pela segunda vez com um marido que queria muito ter filhos, mas não conseguia engravidar. Curiosamente, ela já havia engravidado duas vezes anteriormente. Os seus dois filhos do primeiro casamento haviam sido dados para adoção assim que nasceram. Mais tarde, ela soube que ambos haviam morrido em circunstâncias trágicas. O fato de ter de certa maneira contribuído

para o falecimento de seus filhos, já que não havia se proposto a cuidar deles, impedia-a de ser mãe novamente. Seria capaz de criar uma criança? De fazê-la crescer?

Experimentara a perda dos filhos por duas vezes (quando os doou para adoção e quando soube de suas mortes), sinal retumbante de seu fracasso como mãe. Segundo relatou sua analista, depois de saber da morte das crianças, L. passou a ter pesadelos horrorosos, em que era perseguida por bebês ameaçadores.

Apesar da analista não ter interpretado esses sonhos, gostaríamos de levantar algumas hipóteses. Tudo indica que a paciente encontrava-se em numa posição infantil, passiva, de fato, ela era o “bebê” que precisava de cuidados para sobreviver. Provavelmente, isto se explica pelo fato da paciente sentir-se impotente frente à função da maternidade, incapaz de assumir a responsabilidade de cuidar de uma criança.

A sua mãe havia sofrido vários abortos, e ela própria havia nascido de um aborto malsucedido. Deste modo, a sua atitude de dar os filhos para adoção era uma espécie de repetição do ato de sua mãe. Dissemos “espécie” já que, ao contrário da mesma, havia decidido que eles nasceriam e que teriam outra família, fato que revelava o desejo de vida de L. em relação a eles. Talvez por isso mesmo ela tenha ficado tão abalada ao saber que eles haviam morrido prematuramente. Na vinheta clínica, não fica claro o motivo do falecimento, nem qual família havia adotado as crianças, e nem se a adoção ocorrera de acordo com os trâmites legais. Teria ela dado os bebês recém-nascidos a pais por ela escolhidos? É muito intrigante e estranho (aludindo à expressão cunhada por Freud – *Unheimlich*) que os dois tenham tido o mesmo e lamentável destino, que por pouco não foi também o dela. Tudo indica que L. estava presa em uma compulsão à repetição. Embora tenha optado pela adoção e não pelo aborto, não conseguiu evitar que morressem. A sua dificuldade de engravidar parecia estar fundada no sentimento inconsciente de culpa; ela punia-se por ter sido uma mãe “má e irresponsável”, proibindo-se de dar a luz a outro filho.

Segundo Schweidson (2003), decorrido um tempo em análise, L. encenou um enterro para os seus dois filhos, após nomeá-los, o que nunca havia feito antes. Conseguiu depois desse ato, levar uma gravidez a termo.

O movimento da paciente de enterrar seus filhos, dando-lhes um lugar, e mais, de fazer o luto desta perda, sobre o qual a autora não comentou mais

longamente, parece-nos ter lhe permitido mudar de posição, assumindo um lugar ativo. Não era mais ela que precisava do outro para sobreviver, mas ela podia ser esse Outro que provê o que falta a um bebê.

Na verdade, ela construiu uma outra narrativa para si, de alguém que pode manter com vida e saúde seus filhos. Por último, consideramos que o trabalho de análise enfim permitiu que ela subvertesse seu destino e rompesse com a repetição, instaurando o novo.

Na teoria lacaniana o conceito de recorrência da mesma coisa de Freud foi tratado como uma espécie de metonímia, a lei “a propósito do Um repetitivo” (Lacan, 2005[1962-63], p. 36), do qual se sucedem os elementos significantes. Ele ensinou que o sujeito é marcado pelo traço unário do significante do campo do Outro. Essa marca inaugural, o S1, convoca a repetição. Para Lacan, em toda a repetição verifica-se a busca pelo primeiro traço. “É essa marca que está na origem da função de repetição” (Kaufmann, 1996, p. 449). Todavia, “mesmo ao repetir o mesmo, o mesmo, ao ser repetido, se inscreve como distinto. Eis por que Lacan assinala que a essência do significante é a diferença” (*Ibid.*, p. 449).

Num dos últimos trabalhos de Freud, *O mal-estar da civilização*, escrito entre 1929 e 1930, o autor afirmou que a inclinação para a agressão é uma disposição pulsional original no homem e auto-subsistente. Por isso mesmo, ela é o maior impedimento à civilização. A existência de sucessivas guerras envolvendo várias culturas em diferentes épocas históricas prova que a agressividade é intrínseca à espécie humana, que se encarrega de criar artifícios para canalizá-la, dando-lhe certa organização, conforme analisou Freud nesta ácida passagem:

(...) os homens não são criaturas gentis que desejam ser amadas e que, no máximo, podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes pulsionais deve-se levar em conta uma poderosa quota de agressividade. Em resultado disso, o seu próximo é, para eles, não apenas um ajudante potencial ou um objeto sexual, mas também alguém que os tenta a satisfazer sobre ele a sua agressividade, a explorar sua capacidade de trabalho sem compreensão, utilizá-lo sexualmente sem o seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo (Freud, 1996[1930[1929]], p.116).

Por outro lado, o deslocamento da libido através da sublimação pode vir a afastar o homem do sofrimento. Desta maneira, o trabalho intelectual e o psíquico podem impedir que o sujeito fique à mercê das pulsões, inclusive da pulsão de morte, conforme indicou o autor:

Obtém-se o máximo quando se consegue intensificar suficientemente a produção de prazer a partir das fontes do trabalho psíquico e intelectual. Quando isso acontece, o destino pouco pode fazer contra nós. Uma satisfação desse tipo, como, por exemplo, a alegria do artista em criar, em dar corpo às fantasias (...), possui uma qualidade especial que, sem dúvida, um dia poderemos caracterizar em termos metapsicológicos. Atualmente, apenas de forma figurada podemos dizer que tais satisfações parecem “mais refinadas e mais altas” (Freud, 1996[1930[1929]], p. 87).

3.3.2. Melancolia e paranóia

O quadro clínico da melancolia foi caracterizado por Freud (1917[1915]) pelo desânimo profundamente penoso, pela perda de interesse pelo mundo externo, pela perda da capacidade de amar, pela inibição de toda e qualquer atividade e pela diminuição dos sentimentos de auto-estima, devido ao empobrecimento do eu, a ponto de encontrar expressão em auto-recriminações e auto-envilecimento, culminando em uma expectativa delirante de punição que resultaria por fim num estado lastimável de pobreza. Segundo notória comentadora de Freud:

Na *melancolia*, o eu, empobrecido e frágil, se confessa hiperculpado e se submete passivamente ao castigo que acompanha seus delírios de indignidade e insignificância; delírios que costumam alcançar o decibel máximo: o mais indigno, o mais miserável, o mais infame (Gerez-Ambertín, 2003, p. 116).

Freud distinguiu o luto da melancolia devido ao fato de que no primeiro não há perturbação da auto-estima, embora se encontrem todas as demais características descritas acima. Outra diferença apontada pelo autor reside na argumentação de que o luto ocorre quando há de fato a perda do objeto amado, já o quadro da melancolia pode se configurar como resultante da retirada da libido do objeto amado, apesar de não ficar tão clara a sua perda. Escolhemos reproduzir um trecho de seu artigo sobre o luto e a melancolia, no qual a distinção feita entre essas duas categorias é contundente:

No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio, na melancolia, é o próprio eu. O paciente representa seu eu para nós como sendo desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível; ele se repreende e se envilece, esperando ser expulso e punido. Degrada-se perante todos, e sente comisseração por seus próprios parentes por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível. (Freud, 1996[1917[1916]], p. 251-252).

Na melancolia, há uma radicalização da agressividade do supereu, este é responsável por tratar o eu como o ser mais desprezível da face da Terra. O objeto-alvo da ira do supereu, antes amado, é internalizado pelo eu através da identificação, criando uma verdadeira sombra que se abate sobre o eu. Portanto, nesta patologia, a instância superegóica está intimamente ligada à produção de um delírio de inferioridade de conteúdo moral que colabora para o surgimento de outros sintomas como depressão do humor e isolamento social.

Estando o eu do melancólico identificado com o objeto outrora amado e no momento odiado, a instância crítica dirige toda sua agressividade contra ele, com quem é impiedoso, “como se tivesse se apossado de todo o sadismo disponível na pessoa em apreço” (Freud, 1996[1923], p. 65). Daí ser comum a tentativa de suicídio, que pode ser entendida como uma tentativa de se livrar do objeto, de rejeitá-lo, condenando-o à morte (Kaufmann, 1996). Neste tipo de adoecimento, é claro o papel de agente da pulsão de morte e de seu vínculo com o supereu, que se torna seu representante, como indica esta passagem:

O que está influenciando agora o supereu é, por assim dizer, uma cultura pura da pulsão de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o eu à morte, se aquele não afasta o seu tirano a tempo, através da mudança para a mania (Freud, 1996[1923], p. 66).

O medo da morte na melancolia pode ser compreendido através da noção de que o eu abandona a si próprio, já que se sente odiado e perseguido pelo supereu, ao invés de amado.

A melancolia funda-se sobre uma falha narcísica profunda, na medida em que o olhar da mãe não foi suficiente para construir a imagem integrada do filho. A questão em torno da qual se deve discutir a melancolia é, pois, a não constituição de um eu ideal consistente. De fato, o melancólico nunca acreditou na ficção da qual padece o neurótico de se confundir com o seu ideal. Isto explica por que a imagem que o melancólico tem de si é extramente frágil, diríamos mesmo:

alquebrada, fissurada, dado o abalo de seu ideal, que é o sustentáculo do sujeito na posição de objeto do amor do Outro (...), instaurando-se uma aspiração amorosa para sempre impossível de se realizar” (Mendlowicz, 2003, p.13).

Remontando ao estágio do espelho teorizado por Lacan, no caso do melancólico, o bebê encontrou no espelho uma moldura vazia. Daí o seguinte comentário:

E por pouco que esses olhos tenham atravessado a criança sem a ver, sem lhe atribuir os contornos que inscrevem o corpo no espaço, disso resultará para ela uma fixação mortífera na mera moldura vazia, no mero ideal do eu desesperadamente inacessível (Kaufmann, 1996, p. 328).

A princípio, Freud (1895a e 1896a) concebeu a paranóia como uma psicose de defesa, cujo principal mecanismo em vigência era a projeção. Daí a importância das vozes e dos gestos para o paranoico na construção de seu delírio. O autor constatou na paranóia a presença de delírios interpretativos e auto-referentes de perseguição. Para Freud, ela é como uma psicose intelectual e um modo patológico de defesa. Ao rechaçar uma idéia incompatível, o sujeito projeta seu conteúdo no mundo externo.

Passados mais de dez anos após estas afirmações, o pai da psicanálise escreveu a Fliess e a Ferenczi sobre o vínculo que teria encontrado entre a paranóia e o homossexualismo, e que apresentou no trabalho sobre Schreber em 1911. Freud propôs como diagnóstico de sua doença a esquizofrenia paranóide, a partir da análise de seu livro autobiográfico *Memórias de um doente dos nervos*, publicado em 1903.

Schreber adoeceu primeiramente em 1884, tendo sido tratado como um hipocondríaco. Desta feita, recuperou-se em apenas seis meses. Após uma década, foi internado pela segunda vez. Apresentava idéias hipocondríacas e sensações delirantes, como alucinações cinestésicas: sentia que seu cérebro estava amolecendo e que seu corpo estava sendo manipulado sem seu consentimento. Ficava tão tomado pelo delírio, que chegava a permanecer rígido e imóvel por muitas horas num estupor. Suas idéias delirantes foram ganhando aos poucos um caráter místico e religioso. Ele acreditava estar em comunicação direta com Deus. Para Freud, Schreber reagiu com delírios de perseguição ao recalçamento de uma fantasia de desejo homossexual. Ele queria copular como uma mulher e sendo um megalomaniaco, fazia isso com Deus, dando origem a uma nova raça de homens, ou seja, a uma nova civilização.

A partir do estudo desse delírio foi possível a Freud teorizar a relação entre paranóia e megalomania. O psicanalista considerou que no paranoico a libido após

ser retirada dos objetos é utilizada de modo especial, volta-se para o eu e promove o seu engrandecimento. Isso corresponde a um retorno ao estágio do narcisismo primário. O paranoico identifica-se com um significante no qual se encontra retido. “Ele é o Um da liderança, o único, aquele que sabe o que é bom para os outros” (Quinet, 2006, p. 54). Portanto, na paranóia, o sujeito é colado ao imaginário, cujo visco apresenta-se na tendência de buscar sentido em tudo, tendo ele próprio como auto-referência. As coisas giram em torno dele, porque o sujeito está retido no S1, no primeiro significante, fundamental. Segundo Quinet, a paranóia foi entendida pela psiquiatria inicialmente como sendo uma “loucura raciocinante”, tendo como base a interpretação. Ela é uma patologia da interpretação, isto porque o sujeito percebe as ações, os olhares e os comentários dos outros, como se qualquer sinal fosse indicativo de uma perseguição a ele.

4. Teoria da angústia: de Freud a Lacan

O determinante fundamental da angústia automática é a ocorrência de uma situação traumática, e a essência disto é uma experiência de desamparo por parte do eu face de um acúmulo de excitação, quer de origem externa quer interna, com que não se pode lidar.

Sigmund Freud, *Inibições, sintomas e angústia.*

4.1. Primeira teoria da angústia: afeto transformado pelo recalque

Neste capítulo veremos de que forma a angústia foi teorizada por Freud desde o início da construção da psicanálise até seus últimos trabalhos, percorrendo os principais textos metapsicológicos. Podemos localizar na obra freudiana uma primeira teoria da angústia, compreendida no período de 1890 a 1926. No primeiro momento, referente à década de 90 do século XIX, a angústia era concebida como meramente somática, energia que não havia sido descarregada pela via sexual e por isso estava represada, levando ao adoecimento psíquico. Se ela atingisse níveis inaceitáveis, poderia vir a ser expulsa repentinamente sob a forma de um ataque – pura descarga neurovegetativa.

Já no segundo momento, do qual se destacam artigos de 1915 e conferências apresentadas entre 1915 e 1917, quando os pilares da teoria psicanalítica já haviam sido formulados, a angústia foi concebida como consequência do recalque.

Primeiramente, a fim de apresentar a teoria da angústia de forma a mais esmiuçada possível, desejamos retornar aos primórdios da psicanálise para resgatar um escrito valioso intitulado *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia* (1895[1894]), no qual Freud abordou a problemática das neuroses atuais – neurose de angústia e neurastenia.

Devemos salientar, antes de seguirmos com a pesquisa, que segundo Laplanche & Pontalis (1998) a neurastenia apareceu na literatura médica pela

primeira vez descrita como uma fadiga física de origem nervosa pelo americano George Beard (1839-83). Freud introduziu a idéia de que esta fadiga era decorrente da falta de escoamento satisfatório da libido. Ele caracterizou a neurastenia como uma doença nervosa causada por fatores contemporâneos e não por elementos de um passado remoto, dando-lhe, portanto, um estatuto diferente do que havia dado às psiconeuroses²⁴ (neurose obsessiva e histeria), pois não havia na neurose atual nenhum resquício de um trauma vivido na fase infantil, nem indício de um conflito de ordem psíquica. Na sua sintomatologia estavam presentes os seguintes elementos: cansaço físico, cefaléia, dispepsia, prisão de ventre, parestesias espinhais e empobrecimento da atividade sexual. Para concluir, podemos afirmar que nas neuroses atuais os sintomas não exprimiam de maneira simbólica ou sobredeterminada uma oposição entre desejo e defesa, mas resultavam diretamente da ausência ou da inadequação da descarga sexual.

Segundo Freud (1895[1894]), podemos destacar como as causas mais imediatas e determinantes da neurastenia e da neurose de angústia os fatores emergentes da vida sexual, a citar, a masturbação ou poluções frequentes no primeiro caso, e, no segundo, a excitação frustrada pela descarga insuficiente da energia sexual – vista, por exemplo, na prática do coito interrompido. Esses fatores poderiam produzir estas duas enfermidades sem o auxílio de outros elementos, que na verdade possuiriam um papel auxiliar. Assim, se o sujeito não tivesse uma vida sexual satisfatória, em que a energia sexual pudesse ser descarregada suficientemente, ele adoeceria.

Em 1895[1894], o quadro clínico da neurose de angústia foi apresentado da seguinte forma:

- 1) **Irritabilidade geral** – seria o indício de um acúmulo de excitação (acúmulo absoluto) ou de uma incapacidade de tolerar tal acúmulo (acúmulo relativo);
- 2) **Expectativa angustiada** – haveria um *quantum* de angústia em estado de livre flutuação, que controlaria a escolha das representações, quando uma expectativa se apresentasse, estando sempre pronto a se ligar a qualquer conteúdo representativo adequado. A expectativa angustiada, quando ligada, abrandar-se-ia, transformando-se em angústia normal. Este estado psicológico

²⁴ Cabe lembrarmos que a primeira vez que Freud utilizou este termo foi em 1896 no artigo *A hereditariedade e a etiologia das neuroses*, porém antes o teria empregado no *Projeto* (1895), segundo nota do editor da Edição *Standard* Brasileira, Ernest Jones.

podia ser entendido como um estado de alerta, no qual se espera sempre pelo pior. Segundo o autor, ela era reconhecida pelo próprio paciente como uma compulsão;

- 3) **Angústia**²⁵ – a angústia seria latente em relação à consciência. Assim, na maior parte do tempo, restaria à espreita. Deste modo, ela poderia irromper subitamente, sem que fosse despertada por uma seqüência de representações, provocando um ataque, ou poderia comparecer acompanhada da interpretação que estivesse mais à mão. O sentimento de angústia estaria vinculado a uma descarga manifestada através do distúrbio de uma ou mais funções corporais, como atividade cardíaca acelerada, sudorese e respiração ofegante.

Freud fez os seguintes comentários sobre os três fatores que compõem o quadro clínico da neurose de angústia:

- Não se poderia precisar a proporção com que esses três elementos se misturam num ataque de angústia, em virtude da grande variabilidade;
- Apesar de terem sido apresentados associados, todos os sintomas descritos acima poderiam, por si só, constituir o ataque de angústia.

O mecanismo presente nas neuroses atuais era atribuído a uma deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica e ao emprego anormal dessa excitação. Portanto, sua causa estaria localizada fora do campo psíquico, ou seja, fora do campo das representações. Daí a afirmação de Freud de que “a neurose de angústia (...) é produto de todos os fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada” (Freud, 1996[1895[1894]], p. 110).

Desta forma, na opinião de Fuks (2007), Freud demonstrou haver na neurose de angústia um decréscimo da libido sexual ou do desejo psíquico em oposição a uma acumulação de excitação somática no organismo à espera de uma ligação adequada.

Conforme Freud (1917e[1916-17]) esclareceu nas suas conferências introdutórias, as causas das neuroses atuais deviam ser atribuídas somente a fatores sexuais somáticos, conforme indicou Freud (1893) em seu rascunho *B*:

Pode-se tomar como fato reconhecido que a *neurastenia* é uma consequência frequente da vida sexual anormal. Contudo, a afirmação que quero fazer e

²⁵ Embora no artigo em português publicado pela editora Imago tenha sido empregado o termo *ansiedade*, optamos por substituí-lo por *angústia* ao longo de todo o trabalho.

comprovar por minhas observações é que a neurastenia é sempre *apenas* uma neurose sexual (Freud, 1996[1950a[1893]], p. 223).

Já a neurose de angústia teria como fonte de excitação e causa precipitante do distúrbio, como Freud afirma no rascunho *E*, uma “acumulação física de excitação – isto é, uma *acumulação de tensão sexual física*” (Freud, 1996[1950b[1894]], p. 237).

Sendo assim, segundo Fuks (2007), inicialmente a angústia foi concebida na metapsicologia freudiana como uma tensão sexual que não conseguia ligar-se psiquicamente, ou seja, que não podia ser transformada em afeto sexual ou em libido psíquica. Para a psicanálise, a angústia é um fenômeno ancorado no real do corpo, revelando que o corpo fala por si mesmo.

Entretanto, Freud não veio mais a se ocupar dessa angústia cuja causa era estritamente ligada a um distúrbio no nível da energia sexual somática, mas voltou-se para a angústia, que nas psiconeuroses, tem sua origem em um conflito de ordem psíquica, sujeito ao recalque.

Sabemos que o recalque não atua sobre o afeto, mas sobre o representante da pulsão, ou seja, sobre uma idéia ou um grupo de idéias a ele vinculadas, separando-os. Freud postulou em determinado momento de sua construção psicanalítica que a angústia era apenas um dos destinos que a energia psíquica podia ter após a incidência do recalque. O afeto poderia igualmente ser suprimido, de forma que não fosse mais encontrado, como verificado numa conversão histérica, daí o caráter *blasé* e a *belle indifférence* encontrados na histeria; ou ele poderia unir-se a outra representação, sendo então deslocado, conforme ocorre nas fobias, cujo caso mais famoso foi o do pequeno Hans. Segundo relatou o pai do menino a Freud, a angústia era nele despertada quando estava diante de um cavalo, pois temia ser por ele mordido. Assim, para evitar o encontro desagradável com a castração, chegou um momento em que deixou de sair de casa.

Era um medo exagerado de Hans, desproporcional à capacidade real do cavalo agredi-lo, o que sugeria que o grave perigo que temia não emanava do cavalo, embora esse tenha sido o objeto que representava o agente da castração. Freud considerava ter havido um deslocamento, pois o medo do cavalo encobria o medo do pai. A angústia neurótica estava sendo motivada por um conflito psíquico, ou seja, era gerada pela existência de desejos eróticos dirigidos à mãe que não podiam ser satisfeitos, e pelo desejo de se livrar do pai, do qual passou a

temer uma retaliação. Esse conflito veio a causar a inibição da criança, que não se permitia mais ir à rua, e o sintoma tomou seu lugar.

Para Freud, a angústia poderia ter uma função adaptativa: quanto mais o aparecimento desse afeto se limitasse “a um início meramente frustrado – a um sinal” (Freud 1996[1917f[1916-17]], p. 396), maior chance teria o sujeito de reagir adequadamente à situação de perigo.

Nesta linha de raciocínio, a angústia realística foi definida por Freud em 1917 como uma reação à percepção de um perigo externo, de um dano que é esperado e previsto, como uma boa herança em termos evolutivos. Estava relacionada ao reflexo de fuga e podia ser vista como uma manifestação da pulsão²⁶ de auto-conservação. Ela se opunha à angústia neurótica, típica de uma fobia infantil.

Então, o que intrigava Freud era justamente o fato de que uma angústia muita intensa revelar-se-ia infundada em termos darwinianos. Concluiu que se ela se manifestasse em excesso, tornar-se-ia inadequada, visto que paralisaria qualquer ação de defesa, inclusive a fuga, levando por fim à morte. Assim, “é tentado a afirmar que a geração de angústia nunca é coisa apropriada” (Freud, 1996[1917f[1916-17]], p. 395).

Portanto, somos levados à conclusão de que a descarga somática de angústia é incapacitante, enquanto, ao contrário, a angústia sinal é de grande valia, na medida em que transmite a informação de que existe um perigo a ser evitado.

Freud ficou muito curioso ao constatar o paradoxo de que embora as crianças se exponham habitualmente a toda sorte de perigo, elas são muito medrosas em certas circunstâncias específicas, como, por exemplo, quando estão no escuro, sem a mãe por perto ou quando se defrontam com as figuras malévolas do imaginário literário infantil, como as bruxas e o lobo mau. Chegou à conclusão de que nestas situações elas se vêem desprotegidas, extremamente vulneráveis e precisam de uma figura de proteção. Ainda mais porque na infância a diferença entre o real e o imaginário não é nítida, e disso decorre o horror. A mãe e as demais figuras que vêm a substituí-la devem estar por perto para garantirem à criança que ela está sendo salvaguardada. Assim, não podemos negar o elo existente entre angústia e desamparo. De fato, a manifestação deste afeto está

²⁶ No artigo em português da Editora Imago consta o termo *instinto*, contudo decidimos substituí-lo por pulsão ao longo de toda a tese.

diretamente ligada à insuficiência da criança em suprir ela própria suas necessidades, necessitando do Outro para protegê-la dos perigos.

Conforme avançava em sua clínica, Freud teve que rever sua teoria de que a angústia era libido transformada após o recalque. Esta tese não dava mais conta do que seus casos clínicos lhe revelavam.

4.2.

Segunda teoria: angústia sinal e angústia traumática

A segunda teoria freudiana sobre a angústia foi apresentada no artigo intitulado *Inibições, sintomas e angústia* (1926), embora, como vimos até aqui, indícios desta mudança já estejam presentes nas conferências introdutórias de psicanálise proferidas no período de 1915 a 1917, como a afirmação de que a angústia pode ser um sinal para o eu se defender de um perigo, que é interno²⁷.

Em 1926, Freud afirmou que, ao contrário do que defendera até então, a angústia não derivava do recalque, mas ao contrário, era uma de suas forças motrizes. Deste modo, o motor do recalque era a angústia sentida frente à castração iminente.

Em determinado momento da infância, o menino passa a ver seu pai como um rival que disputa a atenção e o amor da mãe. Seus sentimentos em relação a ela tornam-se cada vez mais intensos, e, assim, tem início o complexo de Édipo. Porque deseja a mãe, o menino teme vir a ser castigado por seu pai.

A criança imagina que seus pensamentos incestuosos podem motivar uma severa punição e, por essa razão, se sente angustiado. A angústia sinaliza o perigo e leva o menino a recalcar o desejo sexual pela mãe e o ódio pelo pai, ocorrendo, deste modo, o declínio do complexo edipiano. Daí a célebre afirmação freudiana:

Foi a angústia que produziu o recalque e não, como eu anteriormente acreditava, o recalque que produziu a angústia (...). A angústia jamais surge da libido recalçada. (Freud, 1996[1926[1925]], p. 111).

A partir da nova articulação estabelecida entre o recalque e a angústia, Freud desistiu de explicá-la apenas em termos econômicos, e passou a incluir uma perspectiva dinâmica em sua visada. Afinal, um forte indício de que o viés

²⁷ Entretanto, cabe reiterarmos que o interior e o exterior são indistinguíveis para o aparelho psíquico.

econômico não era mais adequado para se compreender a angústia infantil era o fenômeno da inibição, que mereceu destaque no seu estudo sobre as fobias, já que indicava uma reação defensiva frente à angústia de castração. Por essa razão, Freud fez o seguinte comentário:

O ponto de vista que numa fobia o eu é capaz de fugir à angústia por meio de evitação ou de sintomas inibitórios ajusta-se muito bem à teoria de que a angústia é apenas um sinal afetivo e de que não ocorreu nenhuma alteração econômica (Freud 1996[1926[1925]], p. 126).

Para Freud, toda fobia de adulto remonta à fobia infantil, e está sempre relacionada à angústia neurótica, que, em última análise, é angústia de castração. Com Hans, Freud observou esta estreita relação.

A angústia diante dos cavalos surgiu nesta criança quando ele foi proibido pela mãe de mexer no seu “pipi”. Para impedir que Hans continuasse com seu prazer masturbatório, ela começou a lhe fazer ameaças que, com o tempo, deixaram de soar inofensivas. Deste modo, o complexo de castração começou a se estabelecer, e, com ele, a angústia de castração surgiu. Lembremos que inicialmente a ameaça de punição feita pela mãe havia sido recebida de forma muito tranqüila. Ela somente passou a causar efeito, produzindo angústia, num momento posterior. Assim, observamos que a angústia de castração se constituiu *a posteriori*, quando o menino passou a acreditar na ameaça de castração. Esta é uma evidência de que o destino do complexo de castração depende de quão verdadeira pode parecer a ameaça de perda para as crianças. Por isso, a participação infantil na construção desta fantasia é fundamental, conforme indicou-nos o pai da psicanálise: “(...) as crianças constroem para si mesmas esse perigo, utilizando os mais indiretos indícios, os quais jamais deixarão de existir” (Freud, 1996[1909] nota de rodapé, p. 18).

Nas fobias, a angústia ligada a uma representação sinaliza ao sujeito onde se encontra o perigo que deve ser evitado. Daí a percepção freudiana de que “a angústia [*Angst*]²⁸ tem inegável relação com a *expectativa*: é angústia *por* algo” (Freud, 1996[1926-25], p. 160). Deste modo, o sintoma, ou seja, a inibição frente a esse tal objeto, protege o fóbico do encontro com a castração.

²⁸ Esta palavra em alemão se encontra no texto freudiano, portanto não é nossa nota.

Voltando ao caso Hans, ele temia a vingança do pai por seus desejos incestuosos dirigidos para a mãe, daí o temor que sentia de que um cavalo viesse a mordê-lo. Sua fobia encobria os dois principais impulsos edipianos, de hostilidade em relação ao pai e de excesso de afeição para com a mãe.

A partir de 1920, Freud generalizou a noção de angústia como sinal, na medida em que postulou a sua função protetora. O seu aparecimento seria uma forma de se evitar a produção de uma neurose traumática.

Na situação traumática, a angústia não apenas emite sinais como afeto de desprazer, mas também é recriada automaticamente diante do medo evocado pela situação de desamparo. “A angústia, por conseguinte, é, por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro, uma repetição dele em forma atenuada” (Freud, 1996[1926[1925]], p. 161-162). Existem então duas faces da angústia, a primeira, produzida como reação ao trauma no momento do acidente e até em outras circunstâncias, quando o acontecimento traumático é rememorado; e a segunda, reproduzida depois, em situação de perigo, como um sinal.

Sendo o eu a sede real da angústia sinal, como Freud teorizou em 1923, e a energia utilizada pelo eu dessexualizada, (Freud 1926[1925]), não era mais possível manter na teoria psicanalítica a ligação direta anteriormente considerada entre angústia e libido.

Por outro lado, a partir do estudo do trauma na segunda tópica, a distinção estabelecida, desde a invenção da psicanálise, entre angústia automática (involuntária e explicada sob fundamentos econômicos) e angústia sinal (produzida pelo eu diante da ameaça de perigo, explicada, por sua vez, sob fundamentos dinâmicos) foi preservada (Freud, 1926). Para melhor compreendermos como elas se diferenciam, retomemos reflexão de Rudge a respeito:

O que singulariza, portanto, a angústia sinal, o que a diferencia da reação de angústia ou angústia automática? É o fato de que a angústia sinal é a angústia mitigada, inibida, que permite que os indícios do que é mal vindo possam ser reconhecidos e se tornarem manejáveis pelo pensamento. A antecipação é trabalho do pensamento que permite evitar uma angústia maior, o naufrágio na angústia. (Rudge, 2005b, p. 9).

Geralmente, após vivenciar um trauma, o sujeito passa a ter sucessivos ataques de angústia automática. Deste modo, a primeira teoria freudiana da angústia que valorizava o aspecto econômico deste afeto não pôde ser

abandonada. Na neurose traumática, o corpo fala, expondo ao sujeito e ao outro seu grande mal-estar.

Freud citou o nascimento como protótipo do trauma, valorizando em termos a teoria de Rank (1924), segundo a qual, toda experiência de angústia remontaria ao momento de separação da mãe, vivida no parto, no instante do nascimento. Sobre esta tese, Adler fez a seguinte observação:

Não é necessário aventurar-se a ir tão longe como Freud, que vê angústia no processo de nascimento; mas a angústia pode remontar à infância (Adler *apud* Freud, 1996[1917f[1916-17]], nota de rodapé, p. 398-399).

Todavia, em 1926, Freud deixou mais claro sua posição a respeito da crença do nascimento como sendo a primeira situação traumática. Concluiu que quando o bebê nasce, ele não experimenta subjetivamente essa vivência como uma separação, já que neste momento ele ainda não se distingue da mãe como objeto. Em suma, o desconforto que ele experimenta ao deixar o útero materno não corresponde a uma separação no âmbito psíquico.

Desde 1926, na teoria psicanalítica, a angústia automática passou a ser vista como reprodução da angústia de castração, que pode ser entendida como o estado afetivo decorrente da separação da mãe²⁹.

Na opinião de Rudge (2005b), a angústia de castração é apenas uma das versões da angústia, teorizada por Freud como basicamente uma angústia de separação e de desproteção, que não está intimamente ligada à sexualidade, mas sim ao desamparo, portanto vinculada à auto-conservação, conforme descreveu a autora:

Essa angústia é consequência da prematuridade do infante, de sua extrema dependência, e da importância assumida pelo adulto por serem seus cuidados indispensáveis para que a criança não morra (Rudge, 2005b, p. 5).

Portanto, desde esta época, a angústia passou a ser considerada, de acordo com Rudge, como angústia de aniquilamento, cuja gênese é autônoma e independente da libido.

Em realidade, o aparecimento da angústia é uma espécie de reação à ameaça de aniquilamento do sujeito engendrada por uma determinada situação vivida como traumática, que evoca o desamparo. Desamparo este que se estabelece em qualquer momento da vida de um sujeito, como uma espécie de

²⁹ De fato, essa idéia já é encontrada em 1923, no artigo *O ego e o id*.

reedição da situação primeira, de desamparo do bebê que necessita de um adulto para sobreviver. Essas são duas situações que se aproximam, mas não são idênticas, já que o primeiro momento, do desamparo primordial, *Hilflosigkeit*, ao contrário das demais vivências de desamparo posteriores, é, na visão de Freud, estruturante.

O fator biológico cria as primeiras situações de desamparo, cuja resolução está na dependência do bebê da presença da mãe. Aí está a base em que se erige a necessidade humana de ser amado. A dependência física da criança leva ao estabelecimento dos laços afetivos e à enorme necessidade de amor que caracteriza o humano. O desamparo biológico transforma-se em desamparo psicológico, por isso a criança não pode prescindir do outro. Diz Freud: “a angústia é um produto do desamparo mental da criança, o qual é um símile natural de seu desamparo biológico” (Freud, 1996[1926[1925]], p. 136). Nesta medida, a criança se angustiará a cada ausência da mãe, por se ver nestes momentos ameaçada. Essa angústia vai acompanhá-la sempre que algo da ordem da separação se anunciar.

A separação da mãe tomada por Freud como operadora da angústia pode ser lida a partir da teoria lacaniana como o momento de vacilação da condição da criança de ser o falo da mãe, esse objeto que a completa imaginariamente. Seguramente, o bebê precisa ocupar inicialmente esse lugar, isto é, ser desejado para que possa se desenvolver física e psiquicamente. Entretanto, como vimos no capítulo anterior, há um momento em que a criança tem de ser deslocada do lugar de Sua Majestade, o Bebê, e vir a perder o seu reinado a fim de que, daí em diante, passe a desejar ter o falo. Ou seja, saia da posição de objeto da falta da mãe (posição de ser o falo) para ocupar o lugar de sujeito (posição de ter o falo).

4.3.

Lacan: angústia, desejo do Outro e objeto *a*

Enquanto para Freud a angústia era motivada pela separação da mãe, para Lacan, ela estava relacionada ao temor do sujeito de ser tomado por inteiro pelo desejo do Outro. Sabemos que Freud deteve-se na idéia central da ausência da mãe para articular a noção de angústia com a de desamparo. Já Lacan adotou outro caminho, o autor preferiu apostar na presença do desejo do Outro como

causa da angústia infantil, visto que o sujeito se vê ameaçado de ser reduzido a um mero objeto. O horror de ser engolido pela voracidade da mãe é encontrado com frequência nos psicóticos. Podemos evocar neste ponto do trabalho a fala de uma adolescente psicótica, cuja vinheta clínica apresentamos de forma breve no 3º Capítulo, que comentava sobre seu pavor diante de um inseto que lhe causava verdadeiro pânico, a mamangaba – *mamãegaba* - uma abelha grande e peluda que quando voa emite um alto zumbido e cuja picada é muita dolorosa, apesar de ocorrer raramente.

Algumas diferenças na forma de se compreender a angústia e a fobia são percebidas quando comparamos as análises realizadas por Freud e Lacan sobre o caso Hans. Observamos, em primeiro lugar, que Freud estava atento à posição do pai como agente da castração. Em sua visão, o cavalo representava o pai e, por isso, causava tamanho pavor no pequeno Hans, que tomado pela inibição, evitava encontrar um na rua.

Lacan destacou a natureza da relação estabelecida entre uma criança e sua mãe no plano imaginário, isto é, no momento anterior à entrada do pai como função de interdição da relação de completude entre os dois. Lacan perguntou-se sobre o que provocaria numa criança o aparecimento da angústia. E retomando o caso do menino Hans, especulou a respeito do que deveria faltar à criança que não falta. Segundo o autor, não é a alternância entre a presença e a ausência materna que suscita a angústia infantil, pois com esse jogo imaginário, a criança obtém gozo. A angústia se dá quando não há espaço para a mãe faltar. Assim, fez a seguinte afirmação a respeito deste assunto:

O que há de mais angustiante para a criança é, justamente, quando a relação com base na qual essa possibilidade [da ausência da mãe] se institui, pela falta que a transforma em desejo, é perturbada, e ela fica perturbada ao máximo quando não há possibilidade de falta, quando a mãe está o tempo todo nas costas dela, especialmente a lhe limpar a bunda, modelo da demanda, da demanda que não pode falhar (Lacan, 2005[1962-63], p. 64).

A questão primordial no caso da fobia de Hans era a presença do desejo da mãe que não se dirigia ao pai, mas somente ao menino, que percebia isso claramente. Por isso, Lacan (1962-63) afirmou, destoando de Freud, que a angústia não é sem objeto.

Lacan localizou na negação da diferença sexual por parte da mãe de Hans, a formação do quadro clínico do menino e o despertar de sua angústia. A forma

como ela respondeu à pergunta do filho sobre ter ou não um pipi prendeu Hans numa armadilha de ordem imaginária e real. Na medida em que ela confirmou ter um pênis, ela tornou-se um objeto ameaçador, capaz de engoli-lo.

O pequeno Hans, como todas as demais crianças, ignorava a diferença entre os sexos, acreditando na existência de um pênis materno, crença que foi reforçada por sua mãe, conforme indica este diálogo travado entre eles:

Noutra ocasião, ele estava olhando insistentemente sua mãe despida, antes de ir para a cama. “Para que você está olhando para mim desse modo?”, ela perguntou.

Hans: “Eu só estava olhando para ver se você também tem um pipi”.

Mãe: “Claro. Você não sabia?”.

Hans: “Não. Pensei que você era tão grande que tinha um pipi igual ao de um cavalo” (Freud, 1996[1909], p. 19).

Curioso notar que a última fala de Hans revela uma vacilação. Até porque se Hans tivesse certeza de que a mãe tinha um pênis, não teria feito essa pergunta. Quando sua mãe indaga sobre seu desconhecimento, e ele lhe responde como se não soubesse que ela possuía um pipi e, ao mesmo tempo, afirma que supunha ter a mãe um pênis maior que o dele, enorme, como o de um cavalo, fica claro que a falta da mãe havia se revelado ao mesmo tempo em que era escamoteada. Afinal, o pai estava sendo introduzido pelo discurso materno que impunha restrições quanto à atividade sexual infantil, mas ao mesmo tempo, ele era desprezado como objeto atrativo do interesse sexual materno, ela já tinha o que a completasse.

Era a mãe que possuía um “pipi” e não o pai, consolidando imaginariamente seu falo. Essa posição em que ela se colocou, levou à seguinte formulação de Lacan:

A mãe, observem, em relação ao Pequeno Hans, acha-se numa posição ambígua. É proibidora, desempenha o papel castrador que poderíamos ver atribuído ao pai real, diz-lhe: “Não mexa aí, isso é nojento” – o que não a impede, no plano prático de deixar o filho entrar em sua intimidade, e não apenas de lhe permitir que exerça a função de seu objeto imaginário, mas de encorajá-lo a isso. Ele, com efeito, presta-lhe os melhores serviços, encarna perfeitamente o falo para ela, e assim se vê mantido na posição de assujeito. Ele é sujeitado, e essa é toda a fonte de sua angústia e sua fobia (Lacan, 1999[1957-58], p. 199).

Logo, como consequência do efeito do desejo da mãe, Hans ficou inteiramente capturado no que chamou de “paraíso do engodo”, preso na armadilha que ele próprio criara, “confrontado com a hiância imensa que existe entre satisfazer uma imagem e ter algo de real para apresentar: apresentar *cash*”

(Lacan, 1995[1956-57], p. 232). Isto porque o filho não podia responder à demanda materna.

Sem o pai para barrar o gozo materno, Hans transformou-se em mero objeto desse Outro, todo-poderoso e devorador, situação que motivou sua fobia. Lacan localizou o surgimento de toda fobia na avidez da mãe nos cuidados com o filho, enquanto Freud tomou o cavalo, objeto de representação da fobia de Hans, como um substituto do pai. Isto fica claro nesta passagem retirada da obra lacaniana: “Mesmo que seja qualquer cavalo o objeto de sua fobia, é sempre de um cavalo que morde que se trata. O tema da devoração é sempre encontrável, por qualquer lado, na estrutura da fobia” (Lacan, 1995[1956-57], p. 233).

Para Lacan, a eficácia do tratamento clínico realizado por Freud deveu-se ao fato do psicanalista ter encarnado o pai simbólico e, portanto, ter se interposto na relação entre Hans e sua mãe, permitindo à criança, em primeiro lugar, confrontar-se com a falta do Outro, e subsequentemente com a castração. Diz Lacan:

O pai simbólico é *o nome do pai*. Este é o elemento mediador essencial do mundo simbólico e de sua estruturação. Ele é necessário a este desmame, mais essencial que o desmame primitivo, pelo qual a criança sai de seu puro e simples acoplamento com a onipotência materna (Lacan, 1995[1956-57], p. 374).

Assim, cabe reproduzirmos seu comentário feito sobre o sucesso do tratamento, que se deu apesar de Freud, que só uma vez encontrou o menino, não o ter atendido, e sim a seu pai:

Se a fobia alcança uma cura das mais satisfatórias (...) é na medida em que interveio o pai real, que havia intervido tão pouco até então, e que, aliás, só pôde fazê-lo porque teve atrás de si o pai simbólico, que era Freud (Lacan, 1995[1956-57], p. 235).

Além de suas contribuições sobre o caso do pequeno Hans, Lacan deu à psicanálise uma nova visada sobre a angústia. Mostrou que ela sinaliza ao sujeito a possibilidade de ser reduzido a objeto pelo desejo do Outro. Embora as aulas sobre angústia tenham sido dadas entre 1962 e 1963, segundo o próprio depoimento de Lacan, a idéia da angústia “como a manifestação específica do desejo do Outro” (Lacan, 2005[1962-63], p. 169), já havia sido introduzida por ele em 1961.

Lacan apontou a existência de uma estrutura da angústia, chegando a afirmar que ela é enquadrada. Para que pudessem compreender o que pretendia dizer com essa afirmação, o autor recorreu a uma pequena análise do sonho do Homem dos lobos³⁰, que reproduzimos aqui nos termos em que foi relatado pelo paciente a seu analista:

Sonhei que era noite e que eu estava deitado na cama(...). De repente, a janela abriu-se sozinha e fiquei aterrorizado ao ver que alguns lobos brancos estavam sentados na grande noqueira em frente da janela. Havia seis ou sete deles. Os lobos eram muito brancos e pareciam-se mais com raposas ou cães pastores, pois tinham caudas grandes, como as raposas, e orelhas empinadas, como cães quando prestam atenção a algo. Com grande terror, evidentemente de ser comido pelos lobos, gritei e acordei (Freud, 1996[1918[1914]], p. 41).

Segundo Lacan, a cena em questão no sonho provocou estranhamento (*Unheimlich*), justamente pela presença dos visitantes – dos lobos. Daí decorre a seguinte afirmação: “A angústia é quando aparece nesse enquadramento o que já estava ali, muito mais perto, em casa, *Heim*. É o hóspede, dirão vocês” (Lacan, 2005[1962-63], p. 87).

Os animais representam uma grande ameaça para o sonhador de ser engolido. E a origem da angústia é justamente a sensação de se ver a mercê do Outro. Este afeto, portanto, advém do sentimento de ser transmutado, passando de sujeito a objeto, um objeto qualquer, prestes a ser devorado e, assim, desaparecer. Por isso, a angústia avassaladora é tão comum num surto psicótico. Ela decorre da experiência de despersonalização, que se inicia pelo fato do sujeito não se reconhecer mais em sua imagem especular. Para saber mais a respeito, tomemos o seguinte comentário retirado da obra lacaniana:

Todos sabem como esse fenômeno é sensível na clínica, e com que frequência é ao não se encontrar no espelho, ou em qualquer coisa análoga, que o sujeito começa a ser tomado pela vacilação despersonalizante (...). Se o que é visto no espelho é angustiante, é por não ser passível de ser proposto ao reconhecimento do Outro (Lacan, 2005(1962-63), p. 134).

Segundo Lacan, o Homem dos lobos temia virar carne fresca para aqueles selvagens animais, ou seja, tornar-se para eles um objeto *a*. Vivia em sonho a possibilidade iminente da morte, isto é, a perspectiva que lhe parecia real de desaparecer como sujeito, deixando como rastro apenas um resto – sangue,

³⁰ Caso clínico de Freud que recebeu esse nome justamente por causa deste sonho, publicado em 1918[1914].

pedaços de ossos... Portanto, através deste caso clínico, podemos compreender que a angústia está intimamente vinculada ao gozo, neste sentido, ela se imbrica também com a pulsão de morte, como indica esta passagem:

Ensurdecedor barulho do silêncio, a angústia se desprende e fica à deriva quando o sujeito está diante do não especular, de algo inapreensível que, como diz o poeta, não tem nome nem nunca terá. Diferentemente do medo que a substitui, a angústia corresponde à infigurabilidade e à irrepresentabilidade de um “para além” do espelho, sempre apreendido com terror: mistura infalível de familiaridade e estranheza. Experiência-limite, pulsionalmente insistente, do registro do inconsciente não recalcado (Fuks, 2007, p. 4).

Mais uma vez centrado na figura do pai como castrador, Freud verificou que existia uma satisfação sexual por trás da cena de seu paciente com os lobos. Assim, identificou como sendo motivador do sonho um desejo infantil sexual recalcado de ser comido pelo pai. Foi determinante para sua conclusão a identificação do mecanismo de deslocamento presente na formação deste sonho, já que o lobo era um substituto do pai. Cabe retomarmos suas palavras a fim de destacar o lugar da angústia neste pesadelo:

A forma assumida pela angústia, o medo de “ser devorado pelo lobo” era apenas a transposição (como sabemos, regressiva) do desejo de copular com o pai, isto é, de obter satisfação sexual do mesmo modo que sua mãe (Freud, 1996[1918[1914]], p. 56).

Na opinião de Freud, este sonho reproduzia de forma deformada a cena – originária – assistida pelo seu paciente de seus pais tendo uma relação sexual e interpretada pelo filho como uma agressão que o pai fazia à mãe.

De acordo com Lacan, o sonho do Homem dos lobos revelou a fantasia primordial sem nenhum disfarce, por isso produziu angústia, conforme deixou explícito nesta passagem: “É por ser a fantasia pura, desvelada em sua estrutura, que esse sonho repetitivo adquire toda a sua importância e Freud o toma como central” (Lacan, 2005[1962-63], p. 85).

Lacan sofreu grande influência de Jones em sua tese de que a angústia é resposta frente ao desejo do outro, o que fica evidente pela observação das inúmeras referências feitas na obra lacaniana ao livro deste psicanalista inglês sobre os pesadelos, em que essa idéia é minuciosamente elaborada (Rudge, 2005a).

Para Jones, as lendas dos monstros temidos pelos homens como os súcubos e íncubos, vampiros e lobisomens, surgiram dos pesadelos. Todos eles, incluindo o Diabo e as bruxas seriam, na verdade, metáforas da mãe desejada que ameaça o filho de ser por ela aniquilado.

Jones (1910 e 1912)³¹ definiu o pesadelo como um sonho intensamente assustador, que é acompanhado de respiração difícil e de uma forte opressão no peito, como se houvesse um grande peso sobre o sonhador. Além disso, há durante estes sonhos ruins uma ausência da capacidade de realização dos movimentos voluntários. Assim, nenhum esforço emitido pelo sujeito para se livrar da situação apavorante surte efeito. Ele quer gritar, pedir socorro, ser salvo, enfim, mas a voz parece não sair; quer fugir, debater-se, mas não consegue escapar; encontra-se, pois, paralisado e terrivelmente angustiado.

Essa noção permitiu a Jones construir uma ligação entre sexualidade e terror (Rudge, 2005a). Para tanto, ele fez uso da primeira teoria freudiana sobre a angústia. Contudo, o autor não se deteve à noção de que a angústia surge em resposta à não liberação da libido. Discordou de Freud porque não considerava ser este afeto energia sexual transformada. Tomava-a como um medo de algo que fosse estranho, e mais, como medo de um perigo interno. Assim, “Jones antecipou (...) o movimento freudiano de abandonar a explicação econômica de angústia e tomá-la como sinal do retorno do recaiado” (Rudge, 2005a, p. 6).

Jones avaliou o pesadelo como expressão do conflito em torno do desejo incestuoso. Demonstrou com sua própria experiência clínica que em todo pesadelo há um tema recorrente, a saber, a desagradável surpresa de um visitante noturno, “um demônio obsceno que se deita sobre o sonhador para copular” (*Ibid.*, p. 6). Essa é exatamente a questão sobre a qual se centra o sonho emblemático do Homem dos lobos.

Segundo Lacan (1962-63), a angústia do pesadelo é experimentada como afeto decorrente da possibilidade iminente de se transmutar de sujeito a objeto, transformando-se em objeto do gozo do Outro, prestes a ser reduzido a um resto, como sugere a seguinte afirmação:

³¹ Conforme ressaltou Rudge (2005a), a primeira parte do livro de Jones *On the nightmare* (Jones, 1931), intitulada *A patologia do pesadelo*, foi publicada na forma de artigo em 1910 no *American International Journal of Insanity*. Já a segunda parte – *Relação entre o pesadelo e certas superstições medievais* – havia sido publicada em 1912 em alemão.

O correlato do pesadelo é o íncubo ou o súcubo, esse ser que nos comprime o peito com todo o seu peso opaco de gozo alheio, que nos esmaga sob seu gozo (Lacan, 2005[1962-63], p. 73).

A angústia introduz a função da falta. Ela é aquilo que sobra da operação do significante, é o resto do sujeito, o que escapa ao simbólico e ao imaginário, é da ordem do real (Lacan, 1962-63).

Segundo Rudge (2005b), na obra lacaniana, a angústia é abordada por dois vieses, a partir do real, que podemos entender como de uma “exterioridade estranha ao significante” (Kaufmann, 1996, p. 38), e a partir do retorno do recalcado. Na primeira dimensão, ela é o que sobra da operação de divisão de sujeito, indicando a proximidade com o objeto *a* – causa de desejo – no plano do real, por isso ela não engana. Na segunda, é a angústia sinal. A angústia como sinal tem como função evitar a reprodução de uma situação de desamparo, estado “reanimado quase sempre diante da onipotência do destino, cujo enigma, em tempos não sombrios, o sujeito vai recobrir com a fantasia” (Fuks, 2007, p. 6).

Lacan (1962-63), em seu seminário sobre a angústia, deu destaque à fundação do sujeito que se dá a partir do desejo do Outro. Segundo ele, a posição originária do sujeito que está por vir é a posição de objeto. O sujeito tende a repetir essa mesma situação, isto é, tende a se recolocar na posição que é a de ser objeto do Outro. Ora, estar nesse lugar suscita angústia porque dessa maneira o sujeito entra em afânise, apaga-se, colocando-se a serviço do gozo do Outro.

Lacan recorreu à alegoria do louva-a-Deus para explicar a desarrimação da angústia em relação à cadeia significante (Pereira, 2002). No seu seminário sobre o assunto, fez referência à aflição que sentiria um homem se estivesse no lugar deste inseto diante de uma fêmea, sem saber qual era a máscara que escondia sua verdadeira identidade; se seria de um louva-a-Deus macho ou não. Sabemos que a louva-Deus fêmea costuma devorar seus parceiros assim que se completa o acasalamento. Disto presumimos que:

A angústia do sujeito decorre do fato de perceber-se interpelado pelo desejo do Outro, sem saber ao certo que imagem ele próprio sustenta ante o olho do Outro (Pereira, 2002, p. 110).

Para Rabinovich (2005), Lacan demonstrou que há uma intrínseca relação entre o duplo do sujeito e a estrutura do objeto na cena da fantasia. Isto porque o duplo representa o objeto *a* na cena fantasmática. Sendo assim, esse lugar-tenente,

que deveria estar vazio, é ocupado por um objeto. O momento do *Unheimlich*, em que o *heim*, o familiar, torna-se estranho, é aquele em que a fantasia não é mais um jogo do qual o sujeito extrai satisfação, mas sim um gerador de angústia. Quando o estranho se manifesta, isto indica que a fantasia passou a funcionar sozinha, e por essa razão o sujeito não pode mais brincar com ela, perdendo seu jogo lúdico (Rabinovich, 2005).

O *Unheimlich* é produzido, segundo a autora, quando a demanda do Outro, que costuma se instalar nesse espaço onde, na neurose, a falta prevalece, é subvertida pela aparição do desejo do Outro. Portanto, no lugar onde deveria haver um vazio, para que houvesse demanda do Outro, aparece o duplo, que representa o objeto *a*, e evoca o desejo do Outro, causando angústia.

Em seu livro em que esmiúça em detalhes as aulas do Seminário X, Rabinovich (2005) brinda-nos com um ótimo exemplo do momento em que o estranho é produzido, uma passagem do filme *Dança dos vampiros* de Polanski, em que um casal dança pelo salão e quando se aproxima de um grande espelho localizado no recinto, apenas um reflexo é nele produzido. “O momento em que o vampiro deixa de ser pessoa e se torna vampiro pode ser assinalado como a passagem do familiar ao não familiar” (Rabinovich, 2005, p. 92). Apenas com a imagem e sem que haja palavras, o público toma conhecimento da identidade do vampiro e do destino de seu par na dança, que se transforma em um objeto pronto para ser sugado. Deste modo, o sujeito transmuda-se em uma fonte de alimento, portanto, ele não é mais representado por um corpo ou por uma imagem, é reduzido a um objeto, para sermos mais exatos, a uma grande soma de sangue. Sendo assim, o momento do estranho é aquele em que a presença do duplo faz do sujeito um puro objeto:

O momento do estranho é, então, aquele em que o sujeito se experimenta em sua não-autonomia de sujeito, como assinala Lacan, como puro objeto. Seu corpo já não é ali imagem especular ou nada que se lhe assemelhe (Rabinovich, 2005, p. 93).

Então, no breve momento em que cai a fantasia, surge a angústia, justamente por expor o sujeito à condição primordial de objeto do gozo do Outro. Nessa ocasião, o sujeito perde as suas referências subjetivas e, com isso, dissolve-se. Daí a seguinte afirmação:

O fenômeno do estranho é justamente a aparição do objeto que faz balançar essa ilusão [de ter uma imagem completa, não despedaçada] levando o próprio sujeito a vacilar. Ocorre quando algo mobiliza um investimento primitivo do corpo que ficou de fora como um resíduo na constituição da imagem especular (Rudge, 2005a, p. 13).

Para Rabinovich (2005), o duplo que faz do sujeito um mero objeto é o duplo real e não o imaginário (da rivalidade), com quem o sujeito disputa os objetos desde a infância. Este é o duplo que está na cena fantasmática como objeto causa do desejo, cuja aparição é impossível de se suportar.

Dessa forma, o fenômeno do estranho desvela a falta que estava encoberta pela ilusão neurótica. Somos todos castrados na neurose. A cola imaginária que mantém integrada uma unidade do eu é relativa, em certos momentos, ela perde sua aderência, ocorrendo um fenômeno próximo à despersonalização.

Segundo Rabinovich (2005), estar à mercê do desejo do Outro não gera a angústia sinal, mas sim a primordial, a da *Hilflosigkeit*, a do desamparo freudiano. Mas sua opinião não é unânime. Rudge (2005a) acredita que nesses breves momentos de estranhamento, sobre os quais Freud se referiu em 1919, não é a angústia traumática que desponta, mas sim a angústia como sinal do retorno do recaiado. Nesse sentido, a angústia sinaliza o retorno do desejo recaiado “do desejo do Outro como desejo inconsciente” (Rudge, 2005a, p. 11). A angústia traumática para Rudge despertaria sim nos pesadelos, e em episódios ligados à psicose, mas não nos momentos de *Unheimlich*, que, segundo Freud, são tão sutis que a literatura é um campo especialmente propício para apreender sua dinâmica.

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 terríficas 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 profunda 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 lembrou 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*, angustiando 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 objetal, 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 significativa 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. Ocorreria 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 seqüela 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 relembrada 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 reear 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 sorrído? 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 psicologicamente, 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 saíra 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 lembrança. 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

havia 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.

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 protegermos. 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 forclusão 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.

7. Referências Bibliográficas

AULAGNIER, P. **O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro**: do discurso identificante ao discurso delirante. São Paulo: Editora Escuta, 1984 (impressão 1989).

_____. Entrevista concedida em 20 de dezembro de 1986. Gravada e traduzida por Diana Liniado, www.Groups.google.com/ni/group/psikolibro, p.1-8.

BESSET, V. L. **Angústia**. São Paulo: Editora Escuta, 2002.

_____. (Org.). A clínica da angústia: um lugar para o sujeito. **Temas de Psicologia**. [online]. Campinas, v.9, n.2, p. 1-7, 2003.

BICALHO, P. P. G. de. **Subjetividade e abordagem policial**: por uma concepção de direitos humanos onde caibam mais humanos. 2005. 200f. Tese de doutorado – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRAUSTEIN, N. A. Sobrevivendo ao trauma. **Tempo Psicanalítico**. Rio de Janeiro: Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, v. 35, p. 93-114, 2003.

BRETAS, M. L. **A guerra nas ruas**: povo e polícia na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

CARUTH, C. **Trauma**: explorations in memory. London: The Johns Hopkins University Press, 1995.

_____. **Unclaimed experience**: trauma, narrative and history. London: The Johns Hopkins University Press, 1999.

CASTRO, C. **O espírito militar**: um estudo de antropologia social na Academia Militar das agulhas negras. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

CASTRO, S. L. S. **Aspectos teóricos e clínicos da perversão**. 2004. 87 f. Dissertação de mestrado – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DAMATTA, R. **A casa & a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 1991.

DAYAN, M. **Trauma et devenir psychique**. Paris: PUF, 1995.

DELEUZE, G. *Post-scriptum* sobre as sociedades de controle. In **L'Autre Journal**, n.1, p. 219-226, mai., 1990.

FELMAN, S. Educação e crise, ou as vicissitudes do ensinar. In: NESTROVSKI, A. & SELIGMANN-SILVA, M. (ORG.). **Catástrofe e representação**: ensaios. São Paulo: Editora Escuta, p. 13-71, 2000.

FERENCZI, S. Psicanálise das neuroses de guerra. **Obras Completas**, v. III, São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 24^a. ed. Petrópolis: Vozes, 1975. (impressão 1987).

____. **Microfísica do poder**. 4^a. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FREUD, S. Prefácio e notas de rodapé à tradução das conferências das terças-feiras, de Charcot. **ESB**, v. I, Rio de Janeiro: Imago, 1892-94. (impressão 1996).

____. Esboços para a “comunicação preliminar” de 1893. **ESB**, v. I, Rio de Janeiro: Imago, 1940-41[1892] (impressão 1996).

____. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Rascunho B. **ESB**, v. I, Rio de Janeiro: Imago, 1950a[1893]. (impressão 1996).

____. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Rascunho E. **ESB**, v. I, Rio de Janeiro: Imago, 1950b[1894]. (impressão 1996).

____. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Rascunho H. **ESB**, v. I, Rio de Janeiro: Imago, 1950b[1895a]. (impressão 1996).

____. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Rascunho K. **ESB**, v. I, Rio de Janeiro: Imago, 1950b[1896a]. (impressão 1996).

____. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 52. **ESB**, v. I, Rio de Janeiro: Imago, 1950c[1896b]. (impressão 1996).

____. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 69. **ESB**, v. I, Rio de Janeiro: Imago, 1950d[1897]. (impressão 1996).

____. Projeto para uma psicologia científica. **ESB**, v. I, Rio de Janeiro: Imago, 19650e[1895] (impressão 1996).

____. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (Breuer e Freud). **ESB**, v. II, Rio de Janeiro: Imago, 1893a. (impressão 1996).

____. A psicoterapia da histeria (Freud). **ESB**, v. II, Rio de Janeiro: Imago, 1893b. (impressão 1996).

____. As neuropsicoses de defesa. **ESB**, v. III, Rio de Janeiro: Imago, 1894. (impressão 1996).

____. Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia. **ESB**, v. III, Rio de Janeiro: Imago, 1895b[1894] (impressão 1996).

____. Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia. **ESB**, v. III, Rio de Janeiro: Imago, 1895c. (impressão 1996).

____. A hereditariedade e a etiologia das neuroses. **ESB**, v. III, Rio de Janeiro: Imago, 1896a.(impressão 1996).

____. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. **ESB**, v. III, Rio de Janeiro: Imago, 1896b. (impressão 1996).

____. Interpretação dos sonhos. **ESB**, v. IV e V, Rio de Janeiro: Imago, 1900. (impressão 1996).

____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. **ESB**, v. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1905 (impressão 1996).

____. Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. **ESB**, v. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1906[1905]. (impressão 1996).

____. Atos obsessivos e práticas religiosas. **ESB**, v. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1907. (impressão 1996).

____. Algumas observações gerais sobre ataques histéricos. **ESB**, v. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1909[1908]. (impressão 1996).

____. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. **ESB**, v. X, Rio de Janeiro: Imago, 1909. (impressão 1996).

____. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*). **ESB**, v. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1911. (impressão 1996).

____. Totem e tabu. **ESB**, v. XIII, Rio de Janeiro: Imago, 1913. (impressão 1996).

____. Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). **ESB**, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1914a. (impressão 1996).

____. Sobre o narcisismo: uma introdução. **ESB**, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1914b. (impressão 1996).

____. Instinto e suas vicissitudes. **ESB**, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1915b. (impressão 1996).

____. Repressão. **ESB**, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1915b. (impressão 1996).

____. Luto e melancolia. **ESB**, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1917[1915]. (impressão 1996).

____. Conferência VI: Premissas e técnicas de interpretação. **ESB**, v. XV, Rio de Janeiro: Imago, 1916-1917a[1915-17]. (impressão 1996).

____. Conferência VIII: Sonhos de crianças. **ESB**, v. XV, Rio de Janeiro: Imago, 1916-1917b[1915-17]. (impressão 1996).

____. Conferência XIV: Realização de desejo. **ESB**, v. XV, Rio de Janeiro: Imago, 1916-1917c[1915-17]. (impressão 1996).

____. Conferência XVIII. Fixação em traumas – o inconsciente. **ESB**, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1917a[1916-17]. (impressão 1996).

____. Conferência XX. A vida sexual dos seres humanos **ESB**, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1917b[1916-17]. (impressão 1996).

____. Conferência XXII. Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia. **ESB**, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1917c[1916-17]. (impressão 1996).

____. Conferência XXIII. Os caminhos da formação dos sintomas. **ESB**, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1917d[1916-17] (impressão 1996).

____. Conferência XXIV. O estado neurótico comum. **ESB**, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1917e[1916-17] (impressão 1996).

____. Conferência XXV. A angústia. **ESB**, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1917f[1916-17] (impressão 1996).

____. Conferência XXVII. Transferência. **ESB**, v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1917g[1916-17] (impressão 1996).

____. História de uma neurose infantil. **ESB**, v. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1918[1914] (impressão 1996).

____. Introdução a *A psicanálise e as neuroses de guerra*. **ESB**, v. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1919a (impressão 1996).

____. O “estranho”. **ESB**, v. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1919b (impressão 1996).

____. *Memorandum* sobre o tratamento elétrico dos neuróticos de guerra. **ESB**, v. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1955[1920] (impressão 1996).

____. Além do princípio de prazer. **ESB**, v. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1920 (impressão 1996).

____. Psicologia de massa e a análise do eu. **ESB**, v. XVIII, Rio de Janeiro: Imago, 1921 (impressão 1996).

____. O eu e o isso. **ESB**, v. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1923 (impressão 1996).

____. Neurose e psicose. **ESB**, v. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1924[1923]. (impressão 1996).

____. O problema econômico do masoquismo. **ESB**, v. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1924. (impressão 1996).

____. Uma nota sobre o “bloco mágico”. **ESB**, v. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1925[1924]. (impressão 1996).

____. Inibições, Sintomas e Angústia. **ESB**, v. XX, Rio de Janeiro: Imago, 1926[1925]. (impressão 1996).

____. Dostoiévski e o parricídio. **ESB**, v. XXI, Rio de Janeiro: Imago, 1928[1927]. (impressão 1996).

____. Conferência XXXI. A dissecação da personalidade psíquica. **ESB**, v. XXII, Rio de Janeiro: Imago, 1933[1932] (impressão 1996).

____. Conferência XXXII. Angústia e vida pulsional. **ESB**, v. XXII, Rio de Janeiro: Imago, 1933[1932] (impressão 1996).

____. Análise terminável e interminável. **ESB**, v. XXIII, Rio de Janeiro: Imago, 1937 (impressão 1996).

____. Moisés e o Monoteísmo – Três Ensaaios. **ESB**, v. XXIII, Rio de Janeiro: Imago, 1939[1934-38] (impressão 1996).

____. A divisão do ego no processo de defesa. **ESB**, v. XXIII, Rio de Janeiro: Imago, 1940[1938]. (impressão 1996).

FUKS, B. B. Notas sobre o conceito de angústia, **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**. [online]. Rio de Janeiro. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, v. 1, no. 1, p. 1-9, 2001.

____. A cor da carne. In: RUDGE, A. (Org.). **Traumas**. São Paulo: Editora Escuta (Biblioteca de Psicopatologia Fundamental), p. 23-37, 2006.

GEREZ-AMBERTÍN, M. **As vozes do supereu**: na clínica psicanalítica e no mal-estar na civilização. São Paulo: Editora de Cultura, Caxias do Sul, R.S.: EDUCS, 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7^a. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961 (impressão 2003).

GUIMARÃES, M. C. **A passagem do ato falha: da angústia ao ato na teoria lacaniana**. 2007. 116f. Dissertação de mestrado – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

HARDCASTLE, D. N. Some notes on traumatic neurosis and allied conditions. *Int. J. Psycho-Anal.* 25, p. 132-142, 1944.

HARTMAN, G. Holocausto, testemunho, arte e trauma. In: NESTROVSKI, A. & SELIGMANN-SILVA, M. (ORG.). **Catástrofe e representação**: ensaios. São Paulo: Editora Escuta, p. 207-235, 2000.

JONES, E. *On the nightmare*. New York: Liverlight, 1931. (impressão 1971).

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise** – o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

KUPFERBERG, M. **Filhos da guerra**. 2005. 96 f. Tese de doutorado – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2005.

LACAN, J. O seminário, **Livro 3**: as psicoses, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1955-1956. (impressão 1988).

_____. O seminário, **Livro 4**: a relação de objeto, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1956-1957. (impressão 1995).

_____. O seminário, **Livro 5**: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1957-1958. (impressão 1999).

_____. O seminário, **Livro 10**: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1962-1963. (impressão 2005).

_____. O seminário, **Livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1964 (impressão 1998).

_____. O seminário, **Livro 23**: o sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1956-1957. (impressão 1995).

_____. Kant com Sade. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 776-803.

_____. O estágio do espelho como formador da função do eu: tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. Comunicação feita ao XVI Congresso Internacional de Psicanálise de Zurique em 17 de julho de 1949. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 96-103.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. 3ª. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998 (impressão 1987).

LAURENT, E. O avesso do trauma. **Revista digital da EOL [online]**, p. 1-13, 2002.

LIMA, M. A. &. **A major da PM que tirou a farda**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2002.

LIRA, S. da F. **Estudo da perversão à luz da metapsicologia freudiana**. 2000. 37f. Monografia – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MENDLOWICZ, E. **Revisitando a depressão**. 2003. 158f. Tese de doutorado – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. Trauma e depressão. In: RUDGE, A. **Traumas**. São Paulo: Editora Escuta, p. 51-60, 2006.

MUNIZ, J. de O. **Ser policial é, sobretudo, uma razão de ser: cultura e cotidiano da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro**. 1999. 286f. Tese de doutorado – Faculdade de Ciência Política, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NETROVSKI, A. R. e SELIGMANN-SILVA, M. (Org.). **Catástrofe e representação**. São Paulo: Editora Escuta, 2000.

PEREIRA, M. E. C. Sim ou não: a angústia e a voz do Outro. In: Besset, V. L. **Angústia**. São Paulo: Editora Escuta, p. 105-116, 2002.

QUINET, A. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

RABINOVICH, D. **A angústia e o desejo do outro**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

RAPPAPORT, E. A. Beyond traumatic neurosis – a psychoanalytic study of late reactions to the concentration camp trauma. **International Journal of Psycho-Analysis**, 49, p. 719-731, 1968.

REIK, T. Le besoin d' avouer. In: _____. **Effroi: névroses traumatiques**. [online]. Payot, p. 1-18, 1925 (impressão 1973).

ROUANET, S. P. Os traumas da modernidade. In: RUDGE, A. **Traumas**. São Paulo: Editora Escuta, p. 141-155, 2006.

RUDGE, A. M. Trauma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, prelo, 2008.

_____. Jones e Lacan: pesadelos, demônios e angústia. **Pulsional. Revista de Psicanálise**, São Paulo, v.XVII, n.181, p. 80-87, 2005a.

_____. Angústia e pensamento. **Psychê**. [online]. **Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 1-10, jun., 2005b.

_____. Trauma e temporalidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Editora Escuta, v. VI, n. 4, p. 102-116, dez., 2003.

_____. Versões do supereu e perversão. **Revista Psicologia: Reflexão & Crítica**. Porto Alegre, UFRGS, v. XII, n. 3, p.1-12, 1999.

SCHWEIDSON, E. Inscrito como testemunha: Primo Levi e a escrita do trauma. **Tempo Psicanalítico**. Rio de Janeiro: Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, v. 35, p. 23-36, 2003.

SELIGMANN-SILVA, M. A história como trauma. In: NESTROVSKI, A. & SELIGMANN-SILVA, M. (ORG.). **Catástrofe e representação**: ensaios. São Paulo: Editora Escuta, p. 73-98, 2000.

_____. (Org.). **História, memória, literatura**: o testemunho na era das catástrofes. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.

_____. Testemunho e a política da memória: o tempo depois das catástrofes. **Proj. História**, São Paulo (30), p. 71-98, jun., 2005.

SIMMEL, E. **Neurosis de guerra**. In: Neurosis, sexualidad y psicoanalysis. Buenos Aires: Paidós, p. 59-93, 1958.

SOARES, L. E. **Meu casaco de general**: 500 dias no *front* da segurança pública do Rio de Janeiro. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SOLLER, C. (1998). Os discursos tela. In: ALBERTI, S. e CARNEIRO RIBEIRO, M.A. **Retorno do exílio**: o corpo entre a psicanálise e a ciência. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, p. 1-20, 2004.

SOUZA, O. Trauma, defesa e criatividade. **Tempo Psicanalítico**. Rio de Janeiro: Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, v. 35, p. 115-135, 2003.

SOUZA, N. S. A propósito do *acting-out*. **Mimeo**, p. 1-9, ago., 2001.

TADDEI, J. dos S. **Grade analítica da organização militar em seus comportamentos protagônicos**. 2001. 140f. Dissertação de mestrado – Faculdade de Ciência Política, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TEMPO PSICANALÍTICO. **Trauma**. Rio de Janeiro: Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, v. 35, 2003.

VIDAL, E. A. Passagem ao ato e *acting-out*. **Revista Letra Freudiana**. Ano XII, no.1/4, p. 211-221, 1993.