

1998

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
APRESENTADA NA ÁREA DE PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA
CLÍNICA DO INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Maria da Conceição M. G. Oliveira

O Senhor Negritude: Um caso de suicídio, depressão e dor mental

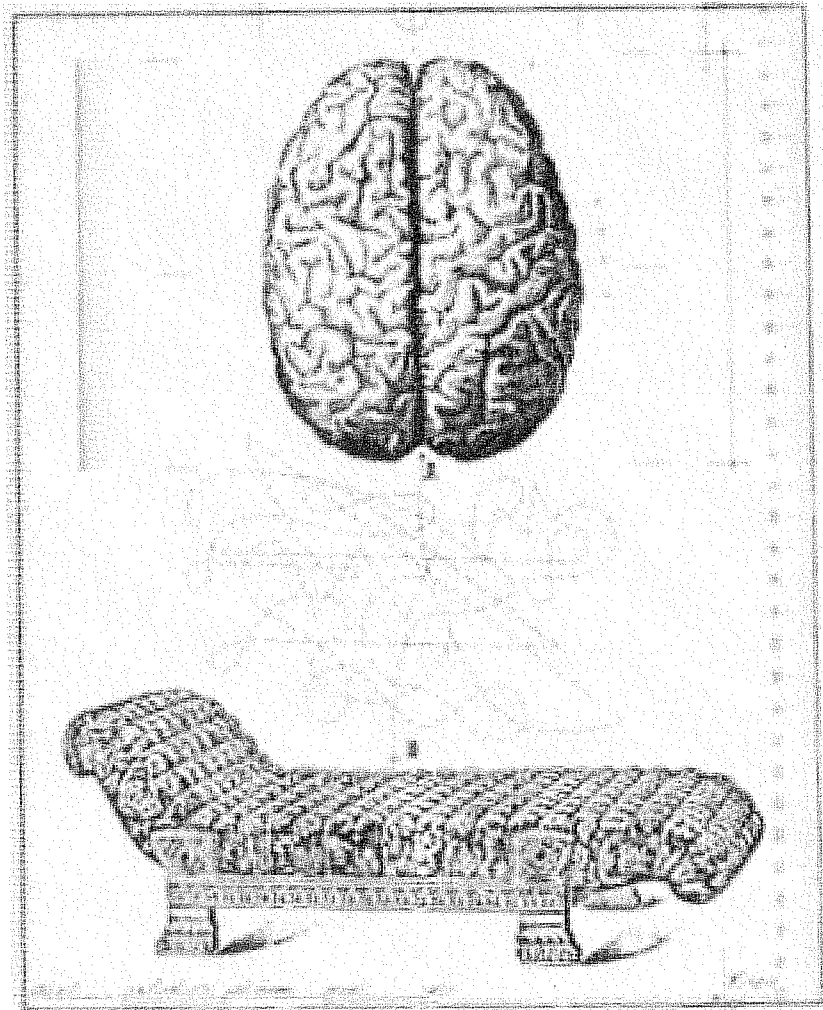
ORIENTADOR: Carlos Amaral Dias



Centro de Documentação do I.S.P.A.

Telf. 881 17 00

Reg. 11713



Ao Professor Doutor Carlos Amaral Dias, a minha gratidão por ter aceite iniciar-me nos labirintos da mente e pela orientação precisa, mas também livre, dada a este trabalho.

À equipa do Serviço de Psicologia do Hospital Miguel Bombarda pela forma carinhosa com que fui recebida, incentivo decisivo que me possibilitou trabalhar e continuar, ainda uma vez mais.

Ao Zé da Encarnação e ao Chico Velez Roxo pela ajuda dada na revisão do texto e suporte emocional.

À Maria da Conceição e ao Vitor Quintas pela sua constante disponibilidade e incondicional suporte emocional.

Ao Carlos Manuel, ao João Carlos e ao Pedro Henrique pelo seu amor.

E a todos aqueles que contribuíram, directa ou indirectamente, para a elaboração deste trabalho, expresso os meus sinceros agradecimentos.

Índice

INTRODUÇÃO	2
1. MÉTODO	5
2. SUICÍDIO	8
2.1. O SUICÍDIO, A IDEIA DE MORTE, A NOÇÃO DE MAL E DE CULPABILIDADE: IMPLICAÇÕES RELIGIOSAS E FILOSÓFICAS.	8
2.2. O SUICÍDIO: PRINCIPAIS DESENVOLVIMENTOS HISTÓRICO-FILOSÓFICOS	19
2.3. O SUICÍDIO: PRINCIPAIS APROXIMAÇÕES ETIOLÓGICAS	24
2.3.1. <i>Os desenvolvimentos psicanalíticos</i>	24
2.3.2. <i>Os desenvolvimentos nosológicos</i>	31
2.3.3. <i>Os desenvolvimentos sociológicos</i>	34
2.4. A HETEROGENEIDADE DO ACTO SUICIDA	39
2.4.1. <i>Suicídio, tentativa de suicídio e ideação ou pensamento suicida</i>	39
2.4.2. <i>Epidemiologia</i>	42
2.4.3. <i>O suicídio e os factores de risco</i>	50
3. DEPRESSÃO	62
3.1. A DEPRESSÃO: CONSIDERAÇÕES HISTÓRICO-FILOSÓFICAS	64
3.2. A DEPRESSÃO: PRINCIPAIS APROXIMAÇÕES ETIOLÓGICAS	72
3.2.1. <i>O modelo clínico e o DSM-IV</i>	72
3.2.2. <i>A abordagem fenomenológica-existencial</i>	77
3.2.3. <i>A abordagem cognitiva-comportamental</i>	85
3.2.4. <i>A abordagem psicanalítica</i>	92
4. DOR MENTAL	100
4.1. A DOR MENTAL: ASPECTOS FILOSÓFICOS	101
4.2. A DOR MENTAL EM FREUD.....	103
4.3. A DOR MENTAL EM BION: AS VICISSITUDES DE PS ↔ D	107
5. ELEMENTOS DA SITUAÇÃO PSICANALÍTICA	114
6. PALCOS REAIS E PALCOS IMAGINÁRIOS: O SR. NEGRITUDE	120
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	134
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139

Introdução

María Zambrano no seu livro *O Homem e o Divino* afirma: “Toda a morte deixa uma herança”.

O presente trabalho *O Sr. Negritude: Um caso de suicídio, depressão e dor mental* é parte integrante de uma herança recebida e que se quer partilhar. E o que se partilha não é a experiência devastadora que o terapeuta enfrenta com a morte de um dos seus pacientes, mas sim, a interrogação acerca do saber que não se tem e se necessita para que se possa melhor acompanhar e, talvez mesmo, contribuir para evitar idênticos desfechos finais.

A vida e a morte são em si mesmas um enigma, encerradas na multiplicidade dos padeceres dos seus próprios estados e longe de uma pretendida unidade. Abandonada a esperança de unidade, caminho mais fácil para a obtenção de uma resposta, fica-se com um questionamento alimentado de incertezas e contradições, única forma de se saber.

Este trabalho é, em si próprio, um esforço de ir um pouco mais longe no que já se sabe mesmo sabendo, à partida, que se ficará muito longe do que seria desejável.

Apresenta-se o estudo de um caso de suicídio onde estão em causa as problemáticas da depressão e da dor mental. Inicia-se o trabalho com a parte dedicada ao *Método* onde se insere a metodologia psicanalítica dentro das *ciências humanas* ou das *ciências em construção*. Seguem-se cinco partes dedicadas: Ao suicídio; à depressão; à dor mental; aos elementos da situação psicanalítica e aos palcos reais e palcos imaginários: O Sr. Negritude. Termina-se com a *Discussão e Conclusões* onde se caracteriza o funcionamento do paciente, da psicose melancólica e do estado depressivo.

As quatro primeiras partes - suicídio; depressão; dor mental; elementos da situação psicanalítica - são desenvolvidas a partir de um enquadramento filosófico seguido do histórico-filosófico e finalizando no factual onde se procuram abranger as principais correntes explicativas para o caso de suicídio apresentado. A quinta parte - palcos reais e palcos imaginários: O Sr.

Negritude - apresenta o caso tendo sido seleccionados os conteúdos teóricos e vivenciais que melhor ajudam a compreender a sua dinâmica.

A parte *Suicídio* tem três títulos: O suicídio, a ideia de morte, a noção de mal e de culpabilidade: Implicações filosóficas, religiosas e patológicas; o suicídio: Considerações histórico-filosóficas; a heterogeneidade do acto suicida.

No primeiro - O suicídio, a ideia de morte, a noção de mal e de culpabilidade: Implicações filosóficas, religiosas e patológicas - faz-se a abordagem de algumas questões filosóficas, religiosas e patológicas que a ideia de morte, a noção de mal e de culpabilidade desempenham no acto suicida. A ideia que o Homem tem da morte constitui um organizador imaginário por excelência originando todo um conjunto de fantasias e fazendo aparecer a própria temporalidade ao introduzir a descontinuidade. Por outro lado, a noção de mal e de culpabilidade surge como uma questão crucial ao relacionar-se com o mais íntimo e subjectivo do ser - a sua dimensão ontológica - contribuindo para o esclarecimento da própria patologia.

O segundo título - O suicídio: Considerações histórico-filosóficas - inicia-se com a origem da palavra *suicidium* e desenvolve, depois, os principais desenvolvimentos histórico-filosóficos, ou seja, os diferentes significados do suicídio ao longo dos tempos e no contexto das diferentes culturas e religiões. Foca-se, ainda, as principais aproximações etiológicas dando conta das diferentes causas do acto suicida desde os finais do século passado e à luz dos diferentes quadrantes teóricos: O psicanalítico, o nosológico e o sociológico.

O terceiro título - a heterogeneidade do acto suicida - subdivide-se em três subtítulos: Suicídio, tentativa de suicídio e ideação ou pensamento suicida; epidemiologia; o suicídio e os factores de risco. Pretende-se dar uma visão holística da conjunção e da intersecção dos diferentes factores que se desenham e aconhecem no acto suicida: A dificuldade de delimitar as diferentes formas do “não querer viver”; a recolha dos dados referentes à sua frequência e distribuição; a identificação dos factores de risco comuns.

A parte *Depressão* desenvolve-se ao longo de três títulos: A depressão: Considerações histórico-filosóficas; a depressão: Principais aproximações etiológicas Subdivide-se este último em: A abordagem clínica e o DSM-IV; a abordagem fenomenológica-existencial; a abordagem cognitivo-comportamental; a abordagem psicanalítica.

Esta segunda parte começa por dar uma panorâmica histórica da depressão seguindo-se um breve enquadramento filosófico da importância assumida pelo *tempo* - questão crucial para a fundamentação da essência e da experiência humana - e finaliza com a apresentação da heterogeneidade dos quadros sintomatológicos e seus enquadramentos teóricos.

A parte *Dor Mental* apresenta três títulos: Dor mental: Aspectos filosóficos; a dor mental em Freud; a dor mental em Bion: As vicissitudes de Ps ↔ D. Partindo da lição da sabedoria trágica de que fala Ésquilo no seu Prometeu - o “aprender padecendo” - aborda-se o principal objectivo deste capítulo: A problemática da dor mental enquanto noção-chave dos desenvolvimentos psicanalíticos, nomeadamente nas obras de Freud e Bion.

A parte *Elementos da situação psicanalítica* pretende fazer a transição e o enquadramento teórico subjacente à parte *Palcos reais e palcos imaginários: o Sr. Negritude*. Nesta última, apresentam-se os aspectos teóricos e técnicos significativos para a compreensão da dinâmica inerente ao caso, objecto de estudo deste trabalho.

1. MÉTODO

Segundo Pinto (1990), o método remete para os procedimentos ou técnicas específicas para a recolha e análise de dados. A metodologia descreve e analisa “ (...) os métodos científicos, as suas potencialidades e limites, assim como aos pressupostos subjacentes à sua aplicação. O objectivo da metodologia não é compreender os produtos da investigação científica, mas antes o próprio procedimento científico.” (p. 35).

Ainda segundo Pinto (1990), o estudo de casos é um método de observação que pretende descrever, de modo preciso, os comportamentos de um indivíduo. Constituí um tipo de investigação muito semelhante ao da observação naturalista não tendo por objectivo manipular variáveis ou estabelecer relações entre elas. No método de estudo de casos o investigador é, frequentemente, um observador participante, podendo efectuar modificações e ajustamentos no seu comportamento por forma a avaliar certas hipóteses específicas que tenha previamente desenvolvido e estando o seu interesse mais centrado num determinado tipo de comportamentos previamente seleccionados, do que na totalidade deles.

Abraham Moles no seu livro *As Ciências do Impreciso* (1990/1995), refere-se a dois tipos de ciência – a *ciência acabada* e a *ciência em construção*. A ciência acabada reporta-se a um dado momento da evolução do conhecimento cultural e dispõe de um “corpus” de conhecimentos controlados segundo as regras da lógica e do método experimental. A ciência em construção é formada por um conjunto de conhecimentos inexactos, imprecisos, vagos, com correlações fracas constituindo um campo de possíveis, recortado e circunscrito por uma verdade e uma falsidade subjectiva. O investigador aparece como um ponto que vagueia ao longo de uma trajectória complexa e arriscada, passando através dos campos dos “provisoriamente possíveis” e “provisoriamente impossíveis”. Trabalha com definições abertas reforçadas por séries de exemplos, na analogia e na metáfora e esforça-se por “ (...) transformar em indução a infralógica onde a «distância de coerência» das proposições entre si é sempre limitada.” (p. 28).

O. Zadeh, investigador em física matemática citado por Abraham Moles (1990/1995), definiu, num artigo datado de 1965, o termo “fuzzy concepts” (conceitos indistintos). Este conceito encontra-se muito próximo da ideia de conceitos imprecisos de Abraham Moles podendo ser definido como:

conjuntos (fuzzy sets) que, muito embora permanecendo perfeitamente operacionais ao nível do pensamento e da criação, possuem definições bastante vagas, e que de modo algum será útil precisar abusivamente, já que uma definição demasiado estreita os esvazia do seu valor heurístico e os despoja também do seu conteúdo (p. 36).

Abraham Moles (1990/1995) coloca a psicanálise no domínio das ciências em construção mas reconhece-lhe rigor no modo com que lida com os fenómenos que são confusos, imprecisos e de terminologia duvidosa, afirmando ser o seu esforço para conceptualizar mais relevante do que “ (...) o esforço de medida ou mesmo o da não conceptualização, o qual visivelmente se situa num estágio ulterior.” (p. 43).

António Muniz de Resende, na intervenção intitulada “Bion: Aspectos epistemológicos” e proferida no I Seminário Internacional sobre a Obra de Bion, a 19 de Janeiro de 1996 em Lisboa, chamou a atenção para a necessidade de empregar o plural quando se fala do pensamento contemporâneo. Assim, em vez de ciência dever-se-á falar de ciências: As “ciências formais”, as “ciências empírico-formais” e as “ciências humanas”. As primeiras têm como paradigma a matemática, o seu objecto é constituído por elementos puros e exactos, o critério de cientificidade é a racionalidade, o de operacionalidade é a estrutura relacional, aparecendo a verdade concebida como coerência, isto é, na medida em que for racional. As segundas tem como paradigma o físico-matemático. O objecto impõe-se ao sujeito, o critério de cientificidade é a realidade encarada como matéria em movimento de acordo com leis que regem esse movimento. A objectividade surge

como submissão à realidade que se impõe ao sujeito e o seu critério de operacionalidade é o movimento dialéctico. As terceiras, as ciências humanas, têm dificuldade de encontrar o seu paradigma que poderá situar-se na área da antropologia. O objecto é a relação sujeito-objecto onde o objecto é o próprio sujeito. O critério de cientificidade é a inter-subjectividade e o de operacionalidade é a estrutura relacional. A análise da estrutura é o próprio acto científico. E, continua, referindo que, embora a psicanálise se enquadre nas chamadas ciências humanas ela é, contudo, pós-paradigmática ao promover uma experiência diferente de todas as outras ciências porque não instrumentalizada e não provocada. O seu objecto é o conhecimento do projecto, o seu critério de cientificidade é a “analisabilidade no interjogo de transferência/resistência”, o seu critério de operacionalidade é capacidade negativa traduzida no dizer não às respostas já dadas - “já sabemos e ainda não” - e assente na associação livre. A verdade foi (ou poderá ser) o recalcado, o guardado, o reprimido ou, segundo Bion, a procura incessante da verdade - o O e em direcção a O. Deste modo, o autor situa a psicanálise no espaço do pensamento e afirma que ela polarizou o seu trabalho à volta do simbólico. Ora, a primeira característica do símbolo é ser polissémico, isto é, ter uma pluralidade de sentidos. E esta pluralidade de sentidos só pode ser alcançada pela experiência que se tem no divã, o que faz da psicanálise uma experiência clínica e uma arte.

E poder-se-á terminar (o que em si mesmo é interminável) dizendo que a psicanálise se encontra em consonância com as concepções que Karl Popper faz de ciência, não sendo “ (...) mais o que mostra, e muito menos o que demonstra (Descartes), mas a que esconde o que mostra, mostrando o que se esconde.” (Amaral Dias, 1988, p. 129).

2. SUICÍDIO

2.1. O suicídio, a ideia de morte, a noção de mal e de culpabilidade: Implicações religiosas e filosóficas.

Tudo está vivo; o que chamamos de “morte” é uma abstracção.

(David Böhm, citado por Lysebeth (1991/1994), *Tantra, o culto da feminilidade*, p. 92)

Quando se fala em suicídio é inevitável que também se fala de morte, surgindo o primeiro como uma das duas alternativas que o Homem tem relativamente à segunda: esperar por esta ou, antecipando-a, matar-se.

Segundo Lysebeth (1991/1994) e numa perspectiva filogenética, a morte é uma necessidade que permite a substituição dos indivíduos e assegura a cada espécie a maleabilidade indispensável à sua sobrevivência, perante a concorrência das outras formas de vida e do desafio imposto pela perpétua mudança do meio. Nesta perspectiva, a morte permite a evolução das espécies aparecendo, por oposição à imortalidade (esta, fonte de tédio e de estagnação), como o “motor da vida”.

Mas quem fala de morte fala de uma abstracção, de uma experiência que não existe do ponto de vista psicológico. Afinal, morrer é algo que acontece ao outro. Está-se, assim, perante um facto emocional intransponível pois a experiência que se tem da morte não é a da própria morte, mas apenas do que nela projecta da própria existência e dos sentimentos de perda, sentidos com a morte dos outros, tornando a relação do sujeito com a morte perspectiva e nunca prospectiva. Porque esta só o é com a vida.

O Homem, com a sua inerente dificuldade de suportar as dúvidas, as incertezas, isto é, de lidar com o “não saber”, transformou a morte num organizador imaginário por excelência, autorizando todo o sistema de fantasias, de sintomatologia e organizando a relação com tempo

(Amaral Dias, 1995, Comunicação pessoal).

No texto *Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte*, na parte II - *Nossa Atitude Para Com a Morte* de 1915, Freud explora as relações e as fantasias que o homem mantém para com a morte, começando por referir que:

qualquer um que nos desse ouvidos nos mostrávamos, naturalmente, preparados para sustentar que a morte era o resultado necessário da vida, que cada um deve à natureza uma morte e deve esperar pagar a dívida - em suma, que a morte era natural, inegável e inevitável. Na realidade, contudo, (...) Revelávamos uma tendência inegável para pôr a morte de lado, para eliminá-la da vida. (...) De facto, é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores (p. 327).

Partindo da analogia com o homem primitivo, Freud acrescenta que quando este:

viu morrer alguém que lhe pertencia - a esposa, o filho, o amigo - a quem indubitavelmente ele amava como amamos os nossos (...) em sua dor, foi forçado a aprender que cada um de nós pode morrer, e todo o seu ser revoltou-se contra a admissão desse fato (...) O homem já não podia manter a morte à distância, pois havia provado em sua dor pelos mortos; não obstante, não estava disposto a reconhecê-la, porquanto não podia conceber-se a si próprio como morto. Assim, idealizou um meio-termo: admitiu também o fato de sua própria morte, negando-lhe, porém, o significado de aniquilamento (pp. 331-332).

A insuportabilidade do sentimento de desaparecimento que a morte em si traz para o ser humano, é reforçado por Amaral Dias quando afirma “quem morre nunca existiu”, uma frase devastadora das fantasias de onipotência de todo o ser pois condena ao desaparecimento todo o

sujeito que morre. Isto é, o sujeito da experiência viva ao morrer, desaparece como organizador da sua experiência enquanto vivo, sendo a morte o fim de toda a temporalidade (Amaral Dias, 1995, Comunicação pessoal).

Numa outra perspectiva, Hartocollis (1978) considera não haver nenhuma experiência humana sem a experiência do tempo, que considera ser uma dimensão omnipresente em todo o ser humano, a partir da qual são definidos todos os outros sentimentos tais como o amor, a alegria, o aborrecimento, a angústia, a depressão e onde se toma a liberdade de acrescentar a morte.

Zambrano (1955/1995) encontra no tempo a dimensão da paradoxalidade do homem frente à morte. É o tempo que traz em si o “aviso da finitude” e é ele também que permite ao homem esquecer-se da sua própria morte. Para esta autora são as diferentes formas de sentir e viver o tempo, que fazem as diferenças humanas e explicam as suas histórias até culminar na morte, vista como uma situação limite onde “tudo de repente se torna passado”.

Ainda segundo Zambrano (1955/1995), a morte aparece como organizador da própria temporalidade fazendo com que as três dimensões do tempo - passado, presente e futuro - fiquem “fundidas e nenhuma delas ultrapassa a outra” vivendo o homem na fluência destes três tempos, num presente que é sempre agora. E continua, afirmando “ (...) se não for agora, não é nunca, é outra vez sem o tempo, a morte que não é um mais além do tempo” (p. 11). Mais ainda, considera que a morte é também uma descontinuidade neste fluir onde tudo passa e vai ficando em que vive o homem porque, no tempo, a aparição da descontinuidade “(...) é a actualização constante da morte; do contínuo morrer de todo.” (p. 201).

Também para Amaral Dias, a relação do tempo com a morte é dupla no sentido em que num primeiro momento o “presente-passado” origina a tristeza e num segundo, “presente-futuro” organiza a angústia encontrando-se a própria morte como o limite desta. Nesta perspectiva, o suicídio é a negação extrema da capacidade de viver, projectando um ideal de vida num espaço desconhecido, isto é, estabelecendo com este uma relação de vida e não de morte. O suicida é o

sujeito que pensa resolver o problema da vida através de um acto que funciona como uma forma radical de evitamento de uma angústia através da anulação da raiz da própria angústia (Amaral Dias, 1997, Comunicação pessoal).

Sampaio (1991/1996), fazendo uma revisão de Hendin (1963), Furst e Ostow (1979) e França de Sousa (1984), resume as ideias de morte que se encontram frequentemente ligadas ao suicídio. A morte pode aparecer como um “refúgio pacífico”, um “triunfo” sobre as limitações humanas, uma forma de renascer e, assim, obter uma vida melhor, um recuperar do estado funcional mãe-filho idealizado e anulando a distinção “self-objecto”, uma tentativa de identificação com o objecto de amor perdido e de anular a dor interna provocada pela “parte má” do “self” ou como a concretização de um desejo homicida que se volta contra o próprio.

Se o suicídio se encontra intimamente ligado com a morte não deixa de estar menos com a noção de mal e de culpabilidade. Neste domínio, pensamento religioso e filosófico influenciam directamente o significado dado ao papel que o Homem desempenha frente ao mal sendo ou não inteiramente responsável pela culpa de um pecado cometido.

Esta culpabilidade sentida não é fruto de um erro cometido, pertencendo á esfera do real e do objectivo, gerador de sentimentos como o remorso e a má consciência e podendo até ser reparado pela aplicação de uma sanção prevista num qualquer código de direito penal. Esta culpabilidade relaciona-se sim com o mais íntimo e subjectivo do ser, com a sua dimensão ontológica.

Vegetti (1991/1994) refere que na Grécia antiga a experiência religiosa era caracterizada pela proximidade que o homem tinha com os deuses estando estes presentes nos momentos significativos da sua vida privada e social. Os deuses Gregos eram personagens concretas que se destacavam do humano pela sua força e pelas multifunções desempenhadas em domínios diferentes estando até submetidos à ordem do cosmo.

Snell (1975/1992) reforça esta ideia ao considerar que os deuses da Grécia antiga pertencem

ao mundo natural e são tidos como algo evidente competindo-lhes a iniciativa e o começo de algo que vai para além do habitual. Deste modo os deuses gregos, longe de oprimirem o homem, são seus conselheiros e companheiros o que lhe permite sentir-se livre perante estes.

Esta familiaridade, embora obedecendo a regras e estando sujeito a sanções, garantia a possibilidade de aproximação entre divindades e homens, aspecto que mantinha o sagrado afastado dos dogmas e tabus, presente noutras religiões monoteísta da bacia do Mediterrâneo.

Os deuses e a religiosidade grega antiga aparecem, assim, marcadas por um politeísmo antropomórfico onde se encontra ausente a onipotência e a onisciência; uma religião sem Profeta e sem Livro onde não há lugar para “(...) nenhuma revelação ‘positiva’ dada directamente pela divindade aos homens”. (Vegetti, 1994, p. 232) .

A época arcaica (Séc. XI - VI a.C.) responsabiliza directamente os deuses pelo mal e pela falta na medida em que eram eles “(...) qui insufflent à l’homme l’ Até, esprit de vertige et d’ erreur.” (Sauvagnat & Larue, 1991, p. 368). A decisão da acção compete inteiramente à divindade não sendo um acto da responsabilidade do sujeito que fica totalmente determinado a partir de fora. Assim, a culpabilidade que o homem homérico conhecia era a culpabilidade objectiva pois não era directamente responsável pelos seus actos.

É esta culpabilidade objectiva que faz do homem homérico¹ um ser “bom”, “agathós”, no sentido de ser “ (...)útil, eficiente, capaz de alguma coisa.” (Snell, 1992, p. 216). A virtude, a “aretê”, é entendida não como uma “virtude moral, mas a nobreza, a capacidade de acção, o êxito e a reputação (...) aretê, é a “capacidade” ou “habilidade” que se espera do homem “bom” “capaz”, de um agathós. ” (p. 216). É o agathós e a aretê que garantem o acesso à felicidade, concebida como “ (...) um resplendor do divino, uma assistência do *daimon*. ” (p. 216).

¹ **Homero** é considerado o maior poeta grego inserindo-se na época arcaica ou antiga. O seu nome significaria, segundo uns, “Cego”, segundo outros, “Refém”. É representado, tradicionalmente, com aspecto de ancião cego. E cego porque não são os olhos que lhe desvendam o mundo exterior mas as visões interiores que lhe inspira a divindade. As obras principais são a *Iliada*, narrativa de um episódio de guerra de Tróia que tem por tema central a cólera de Aquiles, e a *Odisseia*, poema da paz recuperada, não sem dificuldades e aventuras. Poder-se-á dizer que se os Gregos, ao contrário de certos povos orientais, não possuíram livros sagrados com os dogmas da sua religião, os poemas homéricos puderam substituí-los. Este facto faz de Homero o verdadeiro criador dos deuses, com os mitos divinos que narrou e com a

Segundo Vegetti (1991/1994), o homem da época arcaica surge naturalmente “puro”, estando liberto do “pecado original”, explicando-se deste modo a ausência de concepções religiosas ligadas à purificação e à salvação.

No período que se desenrola até à época clássica (Séc.V - IV a.C.), a transformação das mentalidades, fruto da evolução religiosa, política e social, leva a uma crescente responsabilização do sujeito pelos seus actos. Deste modo, a evolução da tragédia grega ilustra bem a modificação havida no equilíbrio entre a ideia de necessidade externa, representada pela arbitrariedade dos deuses, e a da determinação interna - imputação pessoal da falta e da dimensão da intencionalidade.

Se em Aquiles² a decisão do agir do homem aparece ainda como dependente da divindade, em Ésquilo³ esta já é um acto interno do sujeito aparecendo ainda de uma forma mais determinante em Eurípides⁴ onde a essência do agir do homem reside na sua própria espiritualidade. “O homem é agora determinado pelas suas paixões, pelo seu conhecimento e pelo conflito das forças anímicas...” (Snell (1975/1992), p. 157).

Segundo Sauvagnat e Larue (1991), este percurso característico no sentido da individualização da falta e da interiorização do mal, tem em Platão (428/7-348/7 a.C.) uma etapa fundamental. No pensamento platónico, a problemática do mal encontra-se estreitamente ligada com as ideias de queda, de dualismo e de expiação inspiradas pela tradição órfica⁵. Para esta

nomenclatura que lhes deu (Defradas, 1965).

² “A *Iliada* relata a luta que levantou todo o mundo aqueu, sob o comando de Agamémnon, contra Tróia: a cólera de Aquiles que, saindo do combate depois da querela com Agamémnon devido à captiva Briseida, voltará ao mesmo, louco de dor, quando o seu amigo Pátroclo cair na batalha. Então vingará, na pessoa de Heitor, a morte de Pátroclo” (Lévêque, 1967).

³ **Ésquilo**, poeta ateniense, nasceu em 525 e faleceu em Gela, em 456-455. O alto conceito que tem da divindade faz com que tente provar a não existência de vítimas inocentes. Deste modo os deuses não fulminam injustamente quem não é culpado. Em *Ésquilo*, Zeus aparece como deus supremo e de justiça, é o altíssimo, o perfeito, o que dá toda a perfeição. O próprio Apolo, conforme o dogma reconhecido em Delfos, não é mais do que o seu profeta. Zeus impõe aos homens provações que lhes permitem sublimar-se - “aprender sofrendo”-, tal é o princípio enunciado no coro de Agamémnon e a grande lição da tragédia de *Ésquilo*. A sua principal obra é a *Oresteia* onde nos seus versos se pode encontrar a expressão de um alto pensamento religioso (Defradas, 1965).

⁴ **Eurípides** é um trágico ateniense que nasceu em 480 e morreu em 405. As suas obras são: *Alceste*, datada de 438; *Medeia*, de 431; *Hipólito*, de 428; *As Troianas*, de 415, *Helena*, de 412; *As Fenícias*, anteriores a 407; *Oreste*, de 408, *Ifigénia em Áulide* e as *Bacantes*. Eurípides impregnou os seus dramas de um ambiente de terror: acumula mortes inúteis e multiplica cenas de barbarismo sendo, também, frequentes máximas afirmando a superioridade dos pobres sobre os ricos e dos plebeus sobre os aristocratas. São, ainda, frequentes as diatribes contra a religião e comentários onde expõe a incredulidade que o ensino sofisticado pôs em moda (Defradas, 1965).

⁵ **Órficos** - “ (...) movimento religioso-filosófico grego do século vi a.C., alegadamente iniciado pelo mítico Orfeu (...)

última, com efeito, a teofagia do deus-criança Dionísio cometido pelos Titãs alterou a origem do carácter divino da natureza humana. Assim, os primeiros homens nascidos das cinzas dos Titãs, mortos pelo raio punidor de Zeus, ficaram irremediavelmente manchados por uma culpa originária que se perpetua em cada indivíduo.

Segundo Vegetti (1991/1994), para Empédocles (490-430 a.C.), sábio ligado à religiosidade órfica e à filosofia pitagórica⁶, o corpo mortal do homem passa a ser portador de “ (...) uma alma - demónio imortal, de origem divina mas expulsa da sua morada celeste devido a um assassínio ou a um perjúrio, e obrigada depois a expiar a sua culpa vivendo uma vida terrena.” (p. 246). Nesta abordagem, a vida passa a ser o espaço onde se aplica o castigo da culpa originária tornando o homem num ser violento, consumido pela angústia numa dor interminável. Contudo, os limites atroztes da condição humana são possíveis de serem resgatados pela libertação da alma de todo e qualquer elemento de corporeidade conseguido através do sacrifício, da renúncia e da ascese.

De acordo com Sauvagnat e Larue (1991), o pensamento estóico vai permitir compreender a evolução da problemática do mal, do mundo greco-romano ao mundo cristão, sendo um dos principais responsáveis pela interiorização do mal, pelo encerramento do homem em si mesmo fazendo dele o único juiz das suas acções. Será ainda e em parte, responsável pelas noções de liberdade e de vontade encontradas no centro da ética cristã e da representação do homem ocidental.

O aparecimento do cristianismo introduz, segundo Sauvagnat e Larue (1991), um só e único Deus que é “ (...) transcendente e pessoal, isto é, ao mesmo tempo, inacessível e excepcionalmente próximo - para ter adquirido uma forma humana.” (p. 368), um Deus caracterizado pela onipotência e a onisciência. O homem cristão mantém com o seu Deus uma relação simbiótica e aspira à sua perfeição divina mas condena-se também à culpabilidade pela impossibilidade que

preocupavam-se com a cosmogonia, a teogonia, a criação original do homem e com o seu destino depois da morte, no qual pensavam poder influir positivamente através da vida pura e da austeridade (...) acreditavam na reencarnação da alma.” (Runes (1983/1990), pp.282-283).

⁶ **Filosofia pitagórica** - “ (...) de Pitágoras (c. 572-497 a. C.) e da sua escola que floresceram até perto do fim do século IV a. C. A filosofia pitagórica era um dualismo que distinguia rigorosamente o pensamento e os sentidos, a alma e o corpo, as formas matemáticas das coisas e as suas aparências perceptíveis.” (Runes (1983/1990), p 294)

tem em alcançar essa mesma perfeição. Encontra-se claramente em Santo Agostinho (654-430 a.C.) a importância da dialéctica do pecado e da graça divina. O cristão aspira a um estado de pureza total, característica dos anjos e dos santos, modelos que procura desesperadamente alcançar na ânsia de se aproximar de Deus. Mas o seu corpo concupiscente perdeu a graça divina estando a sua alma pecadora expulsa do paraíso.

Esta “ovelha tresmalhada” só pode ser recuperada pela intervenção de um salvador - Jesus Cristo, o redentor. Mas o sacrifício redentor de Cristo remete o homem para uma dívida só possível de atenuar sem nunca a saldar, afastando-o definitivamente da sua pessoa divina. O nível ontológico da culpabilidade cristã está enraizada na impossibilidade de perfeição que o homem cristão tem e sem a qual a acção redentora de Cristo ficaria sem significado e valor.

Ainda de acordo com Sauvagnat e Larue (1991), contrariamente à religião cristã, a tradição judaica mantém o ser humano longe da aspiração a uma relação simbiótica com Deus dando a possibilidade deste manter com Ele uma relação dialogante e interpelativa. O significado do mal e da culpabilidade encontra-se no tema central da “Aliança”. É na ruptura da aliança privilegiada existente entre Deus e Israel que reside a origem do mal. Se a ideia de aliança pressupõe a existência de dois protagonistas a sua ruptura não implica menos uma responsabilidade partilhada pelas partes envolvidas. Pelo envolvimento de Deus o homem deixa, assim, de ser o único responsável pelo mal e passa a partilha-lo com Ele. Deste modo, e contrariamente à doutrina cristã, o homem assume um papel activo na sua própria redenção não estando o seu ser originariamente maculado. Assim, na religião judaica a tese do pecado original é refutado e recusado.

Para Sauvagnat e Larue (1991), o pensamento filosófico ocidental⁷ encontrou-se sempre

⁷ Entende-se por **Filosofia ocidental** toda a filosofia “...desenvolvida na Europa e, posteriormente, na América. Aqui, temos as seguintes subdivisões: a) Filosofia antiga que compreende a filosofia grega, a romana e a dos inícios da era cristã; b) Filosofia medieval, dominada na sua maioria pela chamada *filosofia cristã* que, tendo em conta a tradição patristica e a grega transmitida pelos Árabes e Judeus, veio a dominar nas escolas, designando-se, por isso, como *filosofia escolástica*; c) Filosofia moderna, com início no Renascimento e que veio a prolongar-se, sob a influência de Descartes, em duas grandes correntes (racionalismo e empirismo), das quais Kant tentou uma síntese crítica, originando novo impulso filosófico que culminou em Hegel; d) Filosofia contemporânea, que costuma iniciar-se em meados do século passado e subdividir-se numa multiplicidade de correntes; estas, através de uma linha de feição preponderante idealista e de outra de índole materialista, vieram a desabrochar, em nossos dias, num conjunto de filósofos ou

marcado pelos dois aspectos relevantes do pensamento cristão, dualismo e mal originário. A metafísica⁸ tradicional afirmou a superioridade ontológica do Ideal sobre a realidade concreta, a prevalência do espírito sobre a matéria, traduzidos na perspectiva tomista e no dualismo cartesiano. O pensamento tomista⁹ defrontou-se com a dificuldade de conciliar a perspectiva cristã do pecado original com a ontologia racionalista e optimista da Antiguidade. O dualismo cartesiano¹⁰, posterior organizador do pensamento científico moderno, apenas permitiu uma explicação mecanicista do universo material.

Ainda segundo Sauvagnat e Larue (1991), a problemática do pecado, marcada por uma inquietude religiosa, é particularmente notório em Pascal¹¹ (1623-1662) e na tradição filosófica alemã. Pascal, ao situar a dualidade na natureza íntima do homem, apela para um rigoroso ideal ascético. Para ele, assim como posteriormente para Schopenhauer¹² (1788-1860) e Kierkegaard

pensadores, agrupados principalmente à volta da fenomenologia, da filosofia da existência, da neo-escolástica, do personalismo, do materialismo dialéctico e do positivismo lógico” (Enciclopédia Luso Brasileira de cultura, 1969, p. 889)

⁸ A **Metafísica** é “...tradicionalmente apresentada pela frase oracular: «A ciência do ser enquanto ser». Distinta do estudo do ser sob qualquer aspecto particular; daí oposta às ciências que se ocupam do *ens mobile, ens quantum*, etc. O termo ciência é aqui usado no seu sentido clássico de «conhecimento pelas causas», onde «conhecimento» contrasta com «opinião», e o termo «causa» tem todo o significado do grego *aitia*. As «causas», que são o objecto da cognição metafísica, dizem-se «primeiras» na ordem natural (primeiros princípios) enquanto fundadas nas mais elevadas ou mais completas eneralizações acessíveis ao intelecto humano, através das suas próprias capacidades naturais” (Runes (1983/1990), pp. 256-257).

⁹ Contra a tendência dos agostinianos do século XIII em desacreditar a capacidade inata da razão humana para conhecer a verdade, **São Tomás** insistiu na capacidade da razão para actuar como uma causa suficiente e autêntica do verdadeiro conhecimento no seio da ordem natural. Contra as tendências ocasionalistas do pensamento de Avicena que reduzia tanto o homem como o mundo que girava à sua volta a um papel de espectadores passivos da exclusiva actividade de Deus (i.e., o *intellectus agens*), São Tomás defendeu a causalidade secundária mas autónoma do homem na produção de conhecimento, e a causalidade primária das realidades sensíveis na produção de mudança. (...) Na harmonia da fé e da razão (...) devemos ver (...) não só um sensato e sintético diagnóstico da filosofia grega, mas também uma incorporação sintética das ideias gregas no pensamento cristão; e significa também a apologia final do humanismo e o naturalismo da filosofia tomista.” (Runes (1983/1990), p. 373).

¹⁰ **René Descartes** (1596-1650) é o “...fundador da filosofia moderna com o método da dúvida radical. Racionalista, usou o método matemático e a não contradição para estabelecer a verdade. (...) As suas mais importantes obras incluem o *Discurso do Método* (1637), *Meditações* (1641), *Princípios da Filosofia* (1644) e *Tratado das Paixões da Alma* (ética, 1649)” (Runes (1983/1990), p. 99).

¹¹ **Blaise Pascal**, foi um filósofo, matemático e cientista francês. “Da preocupação com a ciência, virou-se para o estudo do homem e dos seus problemas espirituais e achou a fé um guia mais seguro do que a razão. Nesta fase do seu pensamento, a teologia torna-se central”(Runes (1983/1990), p. 288).

¹² **Arthur Schopenhauer** tem como obra principal *O Mundo como Vontade e Representação* onde desenvolve a tese de que o mundo “...é a minha representação, um facto primário da consciência que implica a inseparabilidade do sujeito e do objecto (refutação do materialismo e do subjectivismo). (...) Mas o mundo é também vontade obstinada, cega, impetuosa (...) que se objectiva a si mesma em níveis progressivos no mundo das ideias, começando com as forças da natureza (gravidade, etc.) e terminando na vontade de viver e nos produtos dos seus desejos. (...) Propondo um determinismo e um conseqüente pessimismo, Schopenhauer rivaliza com Kant no carácter intelegível da liberdade, faz da compaixão a base da ética e defende o ideal budista de supressão do desejo como um meio para aliviar a vontade.

¹³(1813-1855), o mal reside no mais profundo do ser, sendo a salvação só possível pela intervenção sobrenatural. O pessimismo alemão¹⁴ influenciado pelo pietismo¹⁵ integra o pecado original na trama do pensamento filosófico. Em Hegel¹⁶ (1770-1831) o pecado surge inerente á condição humana mas é também um mal necessário destinado a gerar um bem maior, pois pode ser redimido pelo advir, uma conquista definitiva do espírito. O pecado em Schopenhauer surge apenas passível de ser resgatado pela negação da vontade. Em Kierkegaard o pecado é uma dimensão que define a essência da condição humana só podendo ser redimido pelo desespero e pela negação do ser.

A psicopatologia desempenha um papel importante no esclarecimento do funcionamento psíquico considerado normal e no posicionamento que a tradição religiosa tem na representação do mal. O carácter extremo das manifestações do funcionamento patológico evidenciam mais claramente a imbricação do suicídio na problemática do mal e da culpabilidade. O “ (...) *discours de la folie, miroir de la culture, contient toujours quelque reflet de la symbolique du mal.*” (Sauvagnat & Larue, 1991, p. 368)

Numa articulação mais evidente da abordagem psicopatológica, a melancolia e a neurose obsessiva são entidades clínicas bem eloquentes da expressão de uma culpabilidade impossível de

Tendo produzido inteligência, a vontade criou a possibilidade da sua própria negação numa vida calma, ascética e abstinente” (Runes (1983/1990), p. 340).

¹³**Søren Kierkegaard** foi um filósofo dinamarquês, fundador do existencialismo. A sua ideia principal “...é uma reacção contra o racionalismo hegeliano: «O pensamento abstrato...ignora o concreto e o temporal...Para opensador abstrato, dado que ele é um indivíduo que existe, deve numa maneira ou doutra sofrer de distração.» A existência, considera ele, é apaixonante e até cómica, mas não é racional. A verdade é a subjectividade, a única verdade possível para os indivíduos existentes. Kierkegaard não nega a possibilidade da verdade objectiva, mas apenas que os seres humanos a possam conhecer” (Runes (1983/1990), p. 218).

¹³ “...tipo de religião ou de filosofia da religião que incorpora a concepção de Deus como um ser unitário..” (Runes(1983/1990), p. 365)

¹⁴ **Pessimismo** é “uma atitude derivada da reflexão sobre a vida, o homem e o mundo (...) que torna a pessoa lúgubre, abatida, avolumendo o mal e a tristeza, ou desprezando o mundo” (Runes (1983/1990), p. 293)

¹⁵ **Pietismo** “ (...) consiste na ênfase posta na apropriação da verdade religiosa pelo indivíduo relativamente à sua aceitação formal. Como movimento, o termo refere-se especificamente à reacção contra as rígidas ortodoxias do protestantismo alemão dos finais do século XVII e do século XVIII. Philip Spener (1663-1727) é considerado o pai do pietismo alemão” (Runes (1983/1990), p. 294).

¹⁶ **Friedrich Hegel** Fundador do hegelianismo defende que o método e a doutrina são logicamente inseparáveis. “O método baseia-se sempre no sistema; e a transição da tese e antítese para a síntese é considerada como necessária pela estrutura do sistema (...). Por consequência, o avanço dialéctico apresenta *pari passu* a estrutura do sistema que é a sua matriz; a síntese é completamente positiva. Esta característica do método, o seu «segurar com firmeza o positivo no negativo», é aquilo a que Hegel chama a sua negatividade; e esta característica é, para ele, a essência da dialéctica. (...) A análise dialéctica só é possível no interior de sistemas concretos, isto é, constituídos por afirmações de possibilidade baseadas em factos. (...) a análise dialéctica é idêntica à resolução de contrários” (Runes (1983/1990), pp. 179-180)

ter origem num erro realmente cometido e passível de ser sanado. Elas constituem uma “ (...) *véritable incarnation d' une expérience metaphysique.*” (p. 368).

Centrando-se sobre a entidade clínica melancólica, constata-se que a problemática do melancólico vai muito para além da insanidade pois a sua expressão não pode ser reduzida a uma produção mórbida insana, a uma expressão incomunicável e incompreensível da loucura. A violência devastadora sentida pelo melancólico, que se torna predador de si mesmo, encontra uma melhor compreensão se entendida e articulada com a dimensão ontológica do sentimento de culpabilidade proveniente do simbolismo do mal do mundo cristão ocidental.

2.2. O suicídio: Principais desenvolvimentos histórico-filosóficos

Ninguém é responsável pelo seu nascimento, cada um é livre de escolher a morte, portanto de rejeitar o fardo
que recebeu sem o ter pedido

(Raymond Aron (1975), citado por Daniel Sampaio (1991/1996), *Ninguém morre sozinho*, p.29)

O suicídio é um fenómeno tão antigo como a própria Humanidade variando apenas as atitudes humanas para com este, desde a simples aceitação e compreensão à condenação moral com ou sem perseguição jurídico-religiosa.

Sauvagnat e Larue (1991) referem que, ao nível individual, a conduta suicidária encontra explicações em motivações diferentes assumindo significações diversas consoante o contexto cultural onde se dá.

Segundo Prats (1987) citado por Sampaio (1991/1996):

não há nenhuma sociedade ou microcultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista suicídio, embora gerido em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade e ideologias específicas sobre a vida e o seu valor social e simbólico, sobre a morte e o significado do após a morte (p. 29).

No campo da Filosofia, o suicídio constitui uma questão fundamental acerca da qual filósofos de todas as épocas e correntes reflectiram e procuraram encontrar respostas para a perda do significado da vida. Na Religião, o suicídio é muitas das vezes uma forma que o homem tem de se juntar à divindade numa procura de perfeição. Na área Social, o suicídio aparece também como uma solução possível para situações em que é necessário ao sujeito assegurar a manutenção da honra ou, ainda, uma sanção aplicada pelo próprio grupo social a erros cometidos ou a desvios havidos às

condutas morais em vigor ou não.

Para Grisé e Hooff referidos por Gomes (1996), a palavra “suicidium” e o seu derivado “suicida” (suicidado) têm origem no latim e são formados por dois nomes “sui” (de si) e “caedes” (morte violenta).

Na língua grega e na latina arcaica existiam expressões que julgavam o acto suicida como no caso grego, “apokteino heauton”, (matar-se a si próprio), “anachraomai heauton”, (acabar consigo próprio) e no latim arcaico “finere se”, (pôr fim à vida), “necare se”, (matar-se) mas não existia nenhum termo para designar apenas o suicídio. Na Idade Média as expressões usadas eram “sui homicida” ou “sui ipius homicidium” que acentuavam o aspecto homicida do acto de suicídio. No século XVII surge o termo “suicídium” aparecendo no século XVIII as palavras suicidium e suicida pela primeira vez na obra do teólogo e moralista Caramuel, *Quaestio de suicídio 4.*, segundo Gomes (1996) reportando-se a Grisé.

Do ponto de vista etimológico o suicídio é a “morte de si mesmo”. De acordo com Gomes (1996), atendendo à etimologia da palavra, seria melhor utilizar “suicidar” que designa o acto de alguém se matar a si próprio e não “suicidar-se” que considera ser uma redundância.

Desde a Antiguidade e em culturas tão longínquas quanto diferentes era frequente a prática do suicida cometido pelos crentes durante as cerimónias do culto.

Segundo Ramos (1995), na Ásia a influência do bramismo sentido na Índia, na China e no Tibete levava os monges a suicidarem-se em festas religiosas com o objectivo de encontrarem o “nirvana”, o “vazio absoluto”, único redentor do mal. Na Germânia bárbara, era também frequente a prática do suicídio pelos crentes numa passagem que garantia a união com as divindades. Em Atenas o suicídio era considerado sacrilégio ficando o corpo privado de sepultura apenas sendo enterrada a mão direita amputada ao cadáver. No Egipto Antigo existiam seitas que tinham institucionalizado o suicídio como forma de libertação e de alcançar a união com os deuses. Segundo Sauvagnat e Larue (1991), os famosos rituais de auto-desventração japoneses conhecidos por “*hara-kiri*” ou

“*seppuku*” encontravam-se enraizados no confucionismo¹⁷ que responsabilizava directamente o sujeito pela ligação com o seu grupo social próximo. Esta ligação era particularmente exigente para aqueles que lhe tinham dado a vida, com relevo especial para a mãe. Se nalguns casos esta ligação constituía uma protecção noutros, contrariamente, levava ao suicídio. Na ausência de um Deus transcendente o homem nipónico tem medo de estar em dívida para com o outro.

Segundo Gomes (1996), em Roma, até ao primeiro século da nossa era, o suicídio foi considerado de uma forma neutra ou até mesmo positiva sendo permitido no plano jurídico e reconhecido pela lei romana. Competia ao Estado autorizar ou não o acto depois de avaliar as razões que tornavam a vida intolerável ao suicida. As razões expostas assumiam um papel preponderante na apreciação moral e jurídica do suicídio. No principio do século II a tolerância revelada pelo Direito Romano sofreu alterações significativas acentuando o rigor na distinção feita entre as causas socialmente consideradas toleráveis e as tidas como repreensíveis. Na opinião de Grisé referido por Gomes (1996), a lei romana continuou a tolerar o suicídio para os homens livres reconhecendo também este direito aos escravos. Contudo, aos militares, cuja vida deixava de lhes pertencer depois do “*sacramentum*”, o suicídio era fortemente reprimido e considerado como uma fuga às suas obrigações.

A posição inicial da Igreja Católica caracterizava-se pela tolerância do suicídio. A partir do século IV assistiu-se a uma mudança de atitudes frente à problemática do suicídio passando a ser considerado um pecado. No concílio de Arles o suicídio foi considerado um crime inspirado por uma possessão demoníaca, no concílio de Praga recebeu sanção penal e no concílio de Toledo ficou decretada a excomunhão de todos aqueles que atentassem contra as suas vidas. Santo Agostinho¹⁸

¹⁷ Confúcio (557-479 a.C.)” (...)mantinha uma severa autodisciplina e praticava aquilo que ensinava. Era sério, honesto, polido, devotado à mãe, severo com o filho e amistososo com os alunos. Os seus ensinamentos mais fiáveis encontram-se no *Lun Yu* (Analecta), aforismos recolhidos pelos seus seguidores” (Runes (1983/1990), p. 83)

¹⁸ “O método característico de Santo Agostinho, um empirismo interior (...), começa pelo exterior das coisas, prossegue no interior até ao âmago e sobe para Deus. Estes três aspectos da dialéctica agostiniana são polarizados pela sua doutrina do iluminismo moderado. É necessária uma iluminação ontológica para explicar a estrutura metafísica das coisas. A verdade do juízo exige uma iluminação noética. (...) Todo o ser é ontologicamente iluminado pelo número, forma, unidade e seus derivados e ordem. Uma coisa é o que é na medida em que é mais ou menos inundada pela luz destes constituintes ontológicos. (...) A mente humana também é contingente e mutável e não pode dar o que não

(354-430) e São Tomás de Aquino (1225-1274) reforçam esta posição afirmando que só a Deus compete decidir a morte do Homem. A partir da Idade Média o direito canónico condena “ (...) o suicídio como uma força de assassinato exercida pelo próprio contra a prerrogativa da vida que lhe foi dada por Deus, dela único Senhor, e considerado como um acto de possessão diabólica e uma desobediência a Deus.” (Gomes, 1996, p. 26). Durante todo este período os suicidas ficavam privados do santo ofício da missa não tendo também direito ao enterro. Também recaía sobre a família do suicidário penas materiais ficando esta sem direito à herança dos seus bens. O cadáver do suicidário era alvo de várias práticas burlescas com o intuito de dissuadir os que tinham tais intenções. A título de exemplo, citemos o hábito de pendurar o cadáver pelos pés nas praças e lugares públicos. Segundo Castel (1994) citado por Ramos (1995), o Novo Catecismo da Igreja Católica considera que o suicídio “ (...) contraria a inclinação natural do ser humano para conservar e perpetuar a sua vida”. Contudo, as profundas alterações sociais vieram flexibilizar a posição da Igreja Católica podendo ser lido no Catecismo da Igreja Católica de 1993 que “(...) não se deve desesperar da salvação eterna das pessoas que se suicidaram. Deus pode, por caminhos que só ele conhece, oferecer-lhes ocasião de um arrependimento salutar. A Igreja ora pelas pessoas que atentaram contra a sua própria vida.” (p.46).

Segundo Gomes (1996), no período que vai desde o Renascimento até à Reforma, dominado pelas correntes de pensamento clerical representadas por Martinho Lutero¹⁹ (1483-1546) e João Calvino²⁰ (1509-1564) e fazendo a apologia do homem como ser que está absolutamente dependente da vontade de Deus, continuou a haver uma forte repressão de todos os suicidários fazendo do suicídio

possui. Uma vez que as ideias nem são inatas nem recordadas de uma existência prévia da alma, só podem ser explicadas por uma fonte imutável, mais elevada do que a alma. O homem, na medida em que é dotado de um intelecto, é um ser naturalmente iluminado por Deus, que pode ser comparado a um sol inteligível. O intelecto humano não cria as leis do pensamento; encontra-as e submete-se a elas” (Runes(1983/1990), pp. 24-25).

¹⁹ **Martinho Lutero**, monge agostinho e professor da Universidade de Wittenberg é considerado o fundador da Reforma protestante. Preconizava a “ (...) salvação pela fé, onde é acentuada a livre graça de Deus, completamente independente do mérito ganho e das sanções institucionais. Considera que a essência da Igreja como comunidade gira à volta da pura Palavra revelada de Deus e dos sacramentos do baptismo e da comunhão.” (Runes (1983/1990), p. 243)

²⁰ **João Calvino** fundador de uma corrente de pensamento teológico cujo “ (...) pensamento (...) é um sistema no qual Deus é o centro de tudo o que existe e ocorre, a vontade de Deus impregna os acontecimentos humanos e cósmicos e o homem é absoluta e alegremente dependente Dele.” (Runes, 1990, p. 63)

um crime do século XVII. No século XVIII as correntes humanísticas, influenciadas por filósofos como Charles Montesquieu²¹ (1689-1755) e Jean-Jacques Rousseau²² (1712-1778), vieram legitimar o suicídio ao terminarem com as penas previstas surgindo o suicídio como uma garantia máxima da condição humana. É neste século também que David Hume²³ (1711-1776) escreve o célebre ensaio “Sobre o Suicídio”, considerado como sendo o primeiro trabalho que aborda esta problemática da autodestruição fora da esfera do crime e do pecado. No século XIX, Esquirol (1772-1840), considerado um dos fundadores da psiquiatria moderna, e o psiquiatra Brière de Boismont, viam no suicídio um problema demencial, sintoma psicótico que resulta de uma anomalia individual. Esta concepção foi posteriormente adoptada no meio psiquiátrico e reforçada pelos estudos epidemiológicos. Nos finais do século XIX, princípios do século XX surgem os trabalhos de Emile Durkheim (1858-1917) e as obras de Sigmund Freud (1856-1939) que iniciam respectivamente as abordagens sociológicas e psicanalíticas deste tema, contribuindo decisivamente para o desenvolvimento posterior dado à problemática do suicídio.

Gomes (1996) conclui referindo que os trabalhos desenvolvidos por Durkheim e Freud embora partam de posições teóricas diferentes - concepção da inclinação colectiva que conduz ao suicídio *versus* as noções psicanalíticas da pulsão de morte - apresentam, no entanto, um aspecto em comum visível, o determinismo do comportamento humano. Este comportamento estaria sujeito a forças poderosas - a sociedade e o super-ego - em relação às quais o sujeito não teria um pleno domínio interventivo.

²¹ **Charles Montesquieu** foi um escritor e um historiador político francês. “A sua obra-prima, *L’Esprit des lois*, oferece uma filosofia política e social ao apontar a relação entre as leis e a constituição do governo. Encontrou uma relação entre todas as leis nas leis das leis, as relações necessárias que derivam da natureza das coisas.” (Runes (1983/1990), p. 264)

²² **Jean Jacques Rousseau**, nasceu em Geneve, Suíça. “O seu pensamento caracterizou-se pelo cepticismo e pela crítica da civilização ocidental, considerada por ele como um triste desvio das condições naturais de existência, descrito de forma imaginária na sua *Nova Heloísa*.” (Runes (1983/1990), p. 333)

²³ **David Hume** defendia a não existência de “ (...) argumentos logicamente obrigatórios para as proposições morais e religiosas, os princípios da moral e da religião têm que ser explicados de uma forma naturalista, em termos de hábitos mentais humanos e costumes sociais. A moralidade depende, assim, de aspectos fundamentais da natureza humana, tais como interesse egoísta e simpatia altruísta.” (Runes (1983/1990), p.189)

2.3. O suicídio: Principais aproximações etiológicas

A partir dos finais do século passado e durante este século a complexidade do acto suicida continuou a seduzir vários autores de múltiplos quadrantes teóricos que tentaram explicitar a etiologia deste fenómeno. Assim, o suicídio conhecerá vários desenvolvimentos que se iniciaram pela tentativa de o explicitar à luz de concepções mais individuais, de cariz patológica ou não, até aos enquadramentos sociais.

2.3.1. Os desenvolvimentos psicanalíticos

Golstein, citado por Sauvagnat e Larue (1991), refere que no início do movimento psicanalítico o interesse demonstrado pelo suicídio enquadrava-se estrategicamente na problemática pedagógica, uma forma de se demarcar das questões institucionais envolvendo as questões psiquiátricas e as médico-legais da área jurídica.

Segundo Sauvagnat e Larue (1991), alguns dos psicanalistas vienenses do início deste século preocupavam-se com o impacte das características do sistema educativo austro-húngaro nas crianças e sustentavam as seguintes posições face à problemática do suicídio: Hitschmann, insistia no sentimento de abandono que provocava um desejo compulsivo de vingança frequentemente encontrado nos suicídios juvenis; Sadger, sexologista, considerava haver em todos os casos de suicídio um factor desencadeante. Nas pessoas idosas seria a falta de amor devido ao facto de terem menos possibilidade de serem amadas e de amar. Nos jovens o aumento das necessidades de amor na altura da puberdade para o qual os seus pais não estariam particularmente preparados para os compreender; Federn, seguindo a tradição estóica, considerava o suicídio como uma reacção normal às experiências negativas tidas na vida; Stekel considerava o suicídio como uma “masturbação final” que fazia triunfar os fantasmas incestuosos recalcados; Adler, retomava as suas celebres concepções centradas no sentimento de inferioridade, insistindo também na importância de motivos

como o “ castigo dos pais”, a revolta contra o pai acompanhados por um sentimento de vergonha e de degradação ao qual se opõe o carácter ilimitado do orgulho inconsciente; Yung, via no suicídio uma espécie de renascimento biológico que permitia ao sujeito recuperar o sentido da vida (Ramos, 1995).

Ainda segundo Sauvagnat e Larue (1991), para Freud o suicídio nunca foi uma questão de primeiro plano embora tenha desenvolvido explicações psicanalíticas, como as tendências auto-agressivas, à luz das quais se compreende os mecanismos subjacentes a este. Facto que poderá ser explicado por um certo desinteresse prudente acerca das questões postas pelo suicídio, influenciado pela desconfiança tida na psiquiatria médico-legal e pela falta de interesse pelos actos verdadeiramente irreparáveis em que enquadrava o suicídio sendo mesmo considerado como tendo contra-indicações para uma abordagem psicanalítica, posição que Freud partilhava com outros psicanalista do ciclo de Viena.

Assim, de acordo com Sauvagnat e Larue (1991), no debate sobre o suicídio infantil havido na Sociedade Psicanalítica de Viena em 1910, Freud defendia dever ser a escola um meio que facilitasse a passagem do individuo do seio familiar para a vida e atribuía ao suicídio infantil não às práticas educativas mas ao “desespero de nunca ter sido amado”. De acordo com a tradição estóica, Freud apresentava o suicídio como resultando da vitória da libido sobre as pulsões do eu, o que o remetia para a esfera da psicose de que seria um equivalente. Até à altura da publicação do estudo metapsicológico *Luto e Melancolia* em 1917, a posição assumida por Freud evidenciava a dificuldade teórica de encontrar uma explicação verdadeiramente válida para o suicídio fora do estudo da melancolia, que na altura englobava os agora denominados “estados de depressão”. Segundo nota do editor inglês, Joan Riviere, os avanços teóricos encontrados na obra *Luto e Melancolia*, ficaram-se a dever à “ (...) introdução dos conceitos de narcisismo e de ideal do ego”, (S.E. Brasil, vol. XIV, p. 272) podendo ser vista como “...um prolongamento do trabalho sobre o narcisismo” escrito por Freud em 1914 (p. 272). Na obra *Luto e Melancolia*, e ainda segundo Joan

Riviere, Freud atribui o enigma da tendência para o suicídio ao sadismo do melancólico e refere ser a melancolia uma demonstração do retorno do investimento objectal que faz com que o suicidário se trate a si mesmo como um objecto representando, também, a reacção original do eu para com objectos do mundo externo.

Segundo Sampaio (1991/1996), a introdução do instinto de morte na obra de 1920, *Para além do princípio do prazer*, vai permitir a Freud generalizar o facto clínico e ultrapassar o campo da patologia tornando a tendência à autodestruição central no funcionamento psíquico e ligando todo o desejo agressivo ou sexual ao desejo de morte.

De acordo com Mendes et al. (1979), poder-se-á dizer que em Freud as bases do suicídio e da depressão são as mesmas. Assim, o suicídio resulta da ausência de exteriorização dos sentimentos agressivos que se viram contra o próprio, tornando-se numa reacção à perda de um objecto ambivalentemente amado e vivenciado num contexto sempre depressivo.

Esta hipótese “biológica”, segundo Sauvagnat e Larue (1991), vai permitir que a par dos movimentos da pulsão de vida - *Eros* - apareça uma outra tendência fundamental à entropia do sistema do individuo e que será responsável não só pelas tentativas de suicídio como também por um outro conjunto amplo de acontecimentos importantes da esfera analítica, nomeadamente a chamada “reacção negativa terapêutica”. Assim, a aceitação da formulação metapsicológica dos instintos de vida e de morte esteve longe de ter sido pacífica no meio analítico. Analistas como W. Reich, S. Ferenci, K. Horney, E. Fromm e I. Hermann sempre a recusaram enquanto que Federn, Fenichel, e Hartmann tentaram separar ao máximo as manifestações clínicas que a podiam fazer evocar e evitaram centrar-se na análise das “resistências do eu”. Por outro lado, desde os finais dos anos vinte, três correntes particularmente importantes reconheciam a existência da pulsão de morte: A corrente kleiniana; uma grande parte dos analistas franceses tais como Laforgue, Codet, Odier, Marie Bonaparte, J. Lacan e a que se formou à volta de Karl Menninger.

A corrente kleiniana reafirmou:

o dualismo das pulsões de morte e das pulsões de vida, atribuindo mesmo um papel primacial às pulsões de morte desde a origem da existência humana, não apenas na medida em que são orientadas para o objecto exterior, mas também na medida em que operam no organismo e induzem a angústia de ser desintegrado e aniquilado (Laplanche e Pontalis, 1976, pp. 533-534).

Na opinião de Sauvagnat e Larue (1991), a corrente francesa, muito mais implicada nas práticas psiquiátricas e criminológicas do que a vienense, centrou a explicação de fenómenos como o suicídio e o crime à volta de um “surmoi” “criminologizado”, mais pulsional do que regulador. Os trabalhos mais articulados que subsistiram desta corrente foram os de J. Lacan e D. Lagache onde o Eu do “estádio do espelho” funciona como o centro desta presunção primordial aparecendo como a verdadeira fonte que origina as reacções agressivas e suicidárias.

Sauvagnat e Larue (1991) consideram Karl Menninger como o único psicanalista que desenvolveu uma teoria geral da conduta suicida à volta do papel desempenhado pelas pulsões de morte. Nitidamente inspirado na Escola de Chicago, nomeadamente em Franz Alexander, a sua obra ultrapassa a simples atestação expandindo-se por uma vasta perspectiva das ligações constituindo os trabalhos sobre os *boderline* dos seus discípulos Knight e Kernberg assim como os diferentes programas de pesquisa e as ligações propostas pela *Menninger Clinic* uma consequência inevitável.

Segundo Weiss (1974), na sua obra mais conhecida datada de 1938, *Man against himself*, Menninger concebe o suicídio como a vitória de *Thanatos* sobre *Eros*. Todas as formas de auto-mutilação quer psíquicas quer físicas podem ser submetidas a esta definição ficando o acto suicida entre o instinto agressivo dirigido ao Eu e a contenção desta tendência em relação á preservação do Eu e à restauração das relações deste para com os outros seres humanos.

Ainda segundo Weiss (1974), Menninger sublinha que o suicídio constitui uma forma

particular de morte à volta da qual elaborou os mecanismos subjacentes na bem conhecida teoria de que o verdadeiro suicídio engloba o *desejo de matar*, o *desejo de ser morto* e o *desejo de morrer* bem como na discussão à volta da tendência *parcial* ou *crónica* da auto-destruição.

Karl Menninger, citado por Sampaio (1991/1996), considera que o desejo de matar constitui uma reacção instintiva cujo objectivo é suprimir uma ameaça ou uma privação podendo ser ultrapassado por mecanismos como a sublimação. Alguns traumatismos podem repentinamente fazer aumentar a quantidade de energia disponível para o amor e para o ódio, originando ocasiões em que "o desejo de matar, desviado de maneira inesperada de situações exteriores e de objectos de gratificação inconsciente se vira contra a pessoa que o experimenta, realizando-se sob a forma de um suicídio" (p. 43). Segundo Ramos (1995), esta situação seria característica do suicídio passional que por vezes é precedido da ideia de assassínio.

Ainda segundo Menninger (1938), referido por Sampaio (1991), o desejo de ser morto seria uma forma de submissão e uma interiorização da autoridade em que o Eu sofreria em relação directa à da agressividade que desenvolve para o exterior - "se o indivíduo dirige um ataque determinado contra alguém do seu meio, a consciência, ou Super-Eu, dirige um ataque da mesma natureza contra o Eu" (p. 43). E de acordo com Ramos (1995), consistiria numa vivência de "autopunição ligada ao masoquismo e à culpabilidade do inconsciente que leva à sádica intervenção do super-ego, assumida como castração." (p. 67).

O *desejo de morrer* corresponderia a uma quantidade de energia auto-destruidora com a anulação progressiva das tensões reflectida na passividade que se esbateria gradualmente na morte de todo o indivíduo e que no suicida, contrariamente, agiria de um modo abrupto conduzindo-o à morte repentina (Sampaio, 1991/1996). Este desejar morrer funcionaria como "(...) o regresso ao sono tranquilo, aproximando-o tanto do prazer sexual quanto da saciedade do lactente, por vezes investido de significações eróticas como um simples orgasmo." (Ramos, 1995, p. 67) e poder-se-á associar o seu significado às palavras dormir, Nirvana, prazer, desejo oral passivo, vontade de

regressar ao seio materno, renascimento e imortalidade. (Gomes, 1996).

De acordo com Sampaio (1991/1996), os mecanismos internos acima descritos traduziriam-se nos seguintes comportamentos suicidários: O *suicídio crónico*, o *suicídio focal* e o *suicídio orgânico*. O *suicídio crónico* abrangeria comportamentos como o ascetismo, o martírio, o neuroticismo crónico e incapacitante, o comportamento anti-social e a psicose; o *suicídio focal*, circunscrito a uma parte do corpo, englobaria as auto-mutilações, a doença maligna, as operações cirúrgicas múltiplas, os acidentes, a impotência e a frigidez; o *suicídio orgânico* incluiria os componentes auto-destrutivos, agressivos e eróticos da doença orgânica.

O carácter universal da teoria de Menninger, cujo objectivo se centra na tentativa de compreender globalmente a conduta suicidária, enferma dos males dessa mesma universalidade tornando-a, segundo Sampaio (1991/1996), “abusiva e insuficiente”. Assim, embora alguns estudos relacionem certas condutas tais como o alcoolismo e a toxicomania com os impulsos suicidários mais ou menos conscientes, torna-se difícil relacionar-se todas as situações acima descritas com o *suicídio* e não se encontra uma explicação plausível para certas condutas suicidárias dentro das formulações de Menninger.

Outros autores, referidos por Weiss (1974), deram a sua contribuição para o estudo e entendimento do *suicídio* dos quais sublinha-se: Fenichel, Sullivan, Furst e Ostor. Assim, Fenichel (1945), definiu as disposições psicológicas para comportamentos agressivos como “an ambivalent dependence on a sadistic superego and the necessity to get rid of an unbearable guilt tension at any cost.” (p. 474). A pessoa submete-se à punição e à crueldade do super-ego expressando talvez um pensamento passivo de desistência de uma luta activa. Simultaneamente, e de um modo mais activo, poderá existir um voltar do sadismo contra a própria pessoa, uma espécie de revolta contra a punição do superego. De acordo com o mesmo autor, a intensidade deste conflito reflectir-se-ia nas tendências suicidas dos pacientes deprimidos. O ego é culpado e tenta apaziguar o superego pela submissão. No entanto, a esperança de obter perdão não pode ser atingida porque uma parte da

personalidade, através da regressão, tornou-se sádica e, do ponto de vista do superego, o suicídio expressa o facto da tensão induzida pela pressão do superego ter-se tornado insuperável. Frequentemente a perda da auto-estima é tão completa que qualquer hipótese de recuperação é abandonada. Sullivan (1956), viu o suicídio como uma falha da não resolução interpessoal de conflitos ocorrendo, de acordo com Horney, dentro de um contexto de extrema alienação do Eu e resultando da grande disparidade entre o Eu idealizado e da entidade psicossocial percebida. Segundo Sampaio (1985), Furst e Ostor (1979) realçam seis mecanismos psíquicos que podem conduzir ao suicídio começando com as situações de sofrimento intenso onde o indivíduo esforçasse para se libertar daquilo que pensa estar na origem da sua dor. Referem que sempre que o objecto real não pode ser atacado, a experiência da dor pode ser transferida para o órgão de percepção ou para o próprio self fazendo da auto-destruição uma equivalente à destruição do objecto. Um segundo mecanismo prende-se com a dor interna que, por ser intolerável, pode conduzir a uma tentativa de eliminar o sítio da dor. Deste modo, o suicídio aparece como forma de acabar com a angústia que se tornou insuportável. Um terceiro mecanismo indica que a auto-destruição pode surgir como uma forma extrema de pressionar aquele que se ama de forma a obter a resposta desejada. O quarto mecanismo faz surgir o suicídio como vingança face ao objecto de amor não gratificante. Em quinto, aparece o suicídio relacionado com o masoquismo primário fruto da fusão imperfeita do instinto de morte com a libido. Finalmente, o suicídio pode estar relacionado com um desejo de auto-destruição que denuncia a emergência de um forte instinto de morte.

Voltando a Sauvagnat e Larue (1991), poder-se-á resumir dizendo que para o movimento psicanalítico do início deste século as questões relacionadas com o suicídio caracterizaram-se por um desinteresse estratégico prudente que o enquadrou na área pedagógica. É no seio dos psicanalistas dos anos 30 que nascerá o debate do reencontro consistente entre as preocupações dos analistas e as do campo da psiquiatria. Seguidamente a questão pôr-se-á mais claramente na integração da experiência recolhida de acordo com as preocupações de uma racionalização

estratégica resultando, nos anos 60, do interesse pelas teorias do agir por parte dos psicanalistas.

2.3.2. Os desenvolvimentos nosológicos

Segundo Ramos (1995), os desenvolvimentos nosológicos nascem da escola psiquiátrica do século XVIII e procuram o princípio explicativo para o suicídio no indivíduo. No século XIX, Esquirol e Brière de Boismont consideravam o suicídio um problema demencial, sintoma psicótico resultando de uma anomalia individual. Esta concepção foi posteriormente adoptada no meio psiquiátrico e reforçada pelos estudos epidemiológicos. Ladame dá exemplos de autores que partilham esta ideia: Schneider afirma ser a existência de uma perturbação psíquica uma condição indispensável ao suicídio; Haim refere tratar-se de um acto profundamente psicótico; Friedman e os seus colaboradores vêem no suicídio um sinal patológico grave.

No âmbito da epidemiologia, Cordeiro (1986), citado por Sampaio (1996), faz referência aos estudos realizados por Robins em 1959 e Barraclough em 1974. Estes, constataram que em cada 100 suicidas, 93 foram diagnosticados como sofrendo de doença mental. Achille-Delmas restringe mesmo o conceito de suicídio à existência de uma doença orgânica, só raramente considerada como causa de suicídio ou inscrita em certos tipos de personalidades das quais os ciclotímicos e os hiperemotivos seriam os mais propensos ao suicídio. Este autor atribuía ao comportamento suicidário uma base hereditária que explicaria particularmente os suicídios dos melancólicos.

Ramos (1995) refere-se a Ringel que, contrariamente, considera ser o suicídio não hereditário e não reactivo a uma dificuldade ou circunstância estando relacionado com um comportamento que se desenvolve englobando toda a personalidade. Nestes sujeitos, o instinto de conservação encontrar-se-ia enfraquecido devido a acontecimentos traumáticos ocorridos durante a infância como a perda precoce de um ou dos dois progenitores, relações familiares perturbadas,

doença mental na família ou “handicaps” físicos. Os suicidas fariam uma evolução da personalidade com características determinadas e designada por "síndrome pré-suicidário", um estado psíquico apresentando traços comuns e que precede a passagem ao acto.

Este síndrome seria constituído, de acordo Baechler (1975), referido por Sampaio (1991/1996), por uma tríada sintomática caracterizada pelo:

estreitamento da esfera vital com renúncia a certos objectivos, estagnação (incapacidade de alargar o campo das suas experiências) e regressão, em que o indivíduo se vira para o passado, mergulhando mais tarde no narcisismo; a agressividade, bloqueada durante muito tempo, vai ser descarregada no gesto suicida; a fuga *no imaginário*, que permite surgir na consciência tendências irresistíveis, constituindo o ponto de menor resistência onde as pulsões afluem (pp.47-48).

Segundo Ringel (1986) citado por Ramos (1995), os fantasmas suicidas desenvolvem-se em três fases crescentes de perigosidade - *O Gostaria de morrer*, *o Podia suicidar-me* e *Como é que me hei-de matar?* Segundo Sampaio (1991/1996) a teoria de Ringel aproxima-se do ponto de vista de Baechler (1975) ao considerar dever ser o acto suicida interpretado tendo em conta o indivíduo em causa e o contexto situacional. Baechler define o:

suicídio como todo o comportamento que procura e encontra solução para um problema existencial através do atentar contra a vida do sujeito, o que faz deslocar o centro de interesse para aqueles que se suicidam, para o sentido do acto suicida e finalmente para factores que podem influenciar a formação de problemas e de situações onde a solução suicídio será provável (p. 48).

Ainda segundo Sampaio (1991/1996), a interpretação que Baechler faz do suicídio requer

que se analise detalhadamente a personalidade do indivíduo e o contexto ambiental de forma a tentar compreender por que é que certos sujeitos em certas circunstâncias decidem pôr termo à vida. Posteriormente, Baechler tenta caracterizar os "sentidos típicos" do suicídio propondo uma tipologia com quatro géneros - o *suicídio de afastamento* ou *escapiste*, o *agressivo*, o *oblativo* e o *lúdico* .

Trata-se de um suicídio escapiste ou de afastamento sempre que o sentido do acto seja um movimento de fuga. Este engloba três subtipos: a *fuga*, sempre que a situação se revela insuportável para o sujeito; o *luto*, sempre que ocorra após a perda de um elemento central da personalidade ou da vida do sujeito; o *castigo*, sempre que o suicida procure expiar uma falta, real ou imaginária. Trata-se de um suicídio agressivo sempre que o objectivo do acto se traduza numa agressão perpetrado contra um terceiro. Este subdivide-se em: O *crime*, se o atentar contra a vida arrastar também um terceiro para a morte; a *vingança*, se o gesto for executado com o objectivo de causar remorsos em terceiros; a *chantagem*, se a auto-destruição tiver como objectivo fazer pressão sobre um terceiro privando-o de qualquer coisa; o *apelo*, sempre que a auto-destruição tiver como objectivo avisar e modificar o ambiente. Trata-se de um suicídio oblativo sempre que o sujeito pretenda satisfazer as necessidades de terceiros. Este engloba: O *sacrifício*, onde se pretende salvar ou alcançar um valor julgado superior à vida pessoal; a *passagem*, no qual se pretende alcançar um estado mais agradável. Finalmente, aparece o chamado *suicídio lúdico* que pode subdividir-se em dois tipos: O *ordálico*, onde se solicita o julgamento dos deuses; o *jogo*, onde se brinca com a vida. Baechler chama, também, a atenção para o facto destes tipos-ideais constituírem simulações estratégicas cujo objectivo seria permitir compreender a lógica interna de um comportamento suicidário a partir do fim procurado.

Depois, Sampaio (1991/1996) refere-se a Bracinha Vieira (1979) como apresentando uma perspectiva etológica do suicídio do melancólico que estaria em consonância com as forças selectivas da natureza. Assim, o intento de morte do melancólico corresponderia, paradoxalmente, ao temor que este tem da morte. Esta posição assumiria também um valor estratégico constituindo

uma espécie de resposta reguladora do mecanismo de selecção natural interiorizado que auto-excluiria os menos aptos.

Ramos (1995) refere-se a Poldinger que considera o acto suicida como abrangendo a presença de três fases cuja amplitude de duração poderá ir de horas a meses. Na primeira fase, *consideração da possibilidade de morrer*, o indivíduo põe a possibilidade de morrer como uma forma adequada de poder resolver os problemas reais ou aparentes da sua própria vida. A situação de isolamento social e as inibições da agressividade contribuem significativamente para o reforço desta convicção. Na segunda fase, *ambivalência*, o indivíduo experiêcia uma luta interna de prós e de contras oscilando entre o pólo construtivo e destrutivo. Na terceira e última fase, *consolidação*, o indivíduo já tomou a decisão de pôr termo à vida. Poldinger refere que na fase de ambivalência indícios existentes são do tipo indirecto tal como os avisos feitos a familiares e a amigos e que frequentemente não são tomados a sério pelos outros, embora 60 a 75% o façam antes de porem termo à vida. Na fase de consolidação os indícios passam a ser directos e traduzem-se por actos preparatórios, formas de realizar o acto e, às vezes, pelo aparecimento de um período de serenidade que precede e em contrasta com uma situação prévia de grande angústia e de depressão.

2.3.3. Os desenvolvimentos sociológicos

A escola sociológica considera o suicídio um acto eminentemente social para o qual se reveste da maior importância o estudo das condições sociais de que depende.

O fundador deste movimento foi Emile Durkheim que publicou em 1897 a obra *O Suicídio* considerada o marco histórico que permitiu retirar o suicídio da esfera do individual e passa-lo para o domínio do social.

Podemos ler logo na introdução desta obra o seguinte:

entre as diversas espécies de mortes, há as que apresentam o seguinte traço particular: o facto de serem obra da própria vítima, de resultarem de um acto de que o paciente é o autor; e, por outro lado, acontece que essa mesma característica se encontra na própria base da ideia que normalmente se tem do suicídio. A natureza intrínseca dos actos que produzem esse resultado não é aliás muito importante (Durkheim (1897/1996), p. 8).

Na página seguinte acrescenta “As causas de morte estão situadas fora de nós muito mais que em nós e só nos atingem se nos aventurarmos a entrar na sua esfera de acção.” (p. 9). E continua reafirmando:

se em vez de vermos neles (suicídios) apenas acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e que necessitam, cada um por si de um exame particular considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa determinada sociedade durante uma dada unidade de tempo, constatamos que o total assim obtido, não é uma simples soma de unidades independentes, uma colecção de elementos, mas que constitui por si um facto novo e sui generis, que possui a sua unidade e a sua individualidade, a sua natureza própria por conseguinte, e que, além disso, tal natureza é eminentemente social (pp. 12-13).

Durkheim define o suicídio como “ (...) todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir este resultado.” (p. 10) e surgindo como um sintoma das sociedades modernas interpretado como sinal de “miséria moral” e fruto de um acto premeditado que conduz à escolha deliberada da morte.

Esta escolha deliberada da morte, segundo Gomes (1996), é causada pela influência

familiar, religiosa e social podendo ser estudada com base nas taxas de suicídio que “ (...) reflectiam o grau de organização e de inserção social dos indivíduos na sociedade, apresentando-se constantes nos períodos inter-criticos e registando variações nos momentos críticos de mudança social.” (p. 28)

Segundo Ramos (1995), Durkheim parte das constantes estatísticas e das suas correlações para definir três tipos de suicídios: O *suicídio anómico*, onde se dá a perda das normas em consequência da desorganização existente nas sociedades modernas e reflectindo as dificuldades de adaptação tidas pelo sujeito numa sociedade em permanente mudança; o *suicídio egoísta*, que corresponderia à fuga de uma situação insuportável face à deterioração e ao controlo da sociedade denotando, assim, uma débil integração no grupo caracterizado por escassa coesão social; o *suicídio altruísta*, onde é a boa integração social que conduz o sujeito ao sacrifício da sua vida por motivos éticos, históricos ou políticos e representado pela devoção fanática a uma causa.

Para Catroga (1988), nestes três tipos de suicídio, independentemente da expressão psicológica que cada um deles revela - irritação/ desgosto, apatia/ energia e paixão -, são sempre os actos individuais, condicionados socialmente, os responsáveis por eles, embora a natureza do condicionamento varie de sociedade para sociedade e de grupo para grupo.

Na opinião de Sampaio (1991/1996), a análise feita por Durkheim pretende detectar as "causas sociais" eliminando todos os factores individuais habitualmente utilizados na explicação do suicídio. Assim, Durkheim retira dos seus estudos as disposições orgânico-psíquicas, a raça e a hereditariedade, os factores cósmicos - temperatura, clima, variações sazonais, etc.. Retirando os factores acima descritos, Durkheim trabalha sobre dois pólos sociais explicativos dos vários tipos de suicídio: o pólo *egoísmo/altruísmo*, funcionando à volta da desintegração/integração social, ocorrendo o suicídio no primeiro caso por carência e no segundo, por excesso; o pólo *anomía/fatalismo*, relativo à carência ou excesso de regulamentação.

Resumindo e segundo Gomes (1996), poder-se-á dizer que Durkheim, opondo-se às concepções patologizantes da psiquiatria oitocentista, situa-se na confluência da preocupação moral

sobre o estado das sociedades onde o suicídio alastrava e abre o caminho às investigações sociológicas ao fazer a reavaliação do binómio indivíduo/sociedade.

Segundo Sampaio (1991/1996) as conceptualizações e os métodos durkheimianos sofreram várias críticas das quais destaca as feitas por Halbwachs (1930) e Douglas (1967). Assim, Halbwachs (1978), referido por Gomes (1996), faz uma nova abordagem às estatísticas existentes sobre o suicídio. Reformula a definição de suicídio proposta por Durkheim e procura ultrapassar a dicotomia existente entre os factores individuais e os sociais chamando a atenção para o papel desempenhado pela intenção. A definição que Halbwachs dá de suicídio é a de “ (...) todo o acto realizado pela própria vítima com a intenção de se matar ou tendo em vista matar-se e que não é um sacrifício.” (p. 30). Halbwachs considera que o suicídio, longe de ser um acto impulsivo, inscreve-se numa rede complexa de relações onde estão em causa “estilos de vida” que remetem o sujeito para o “vazio social” salientando ser um acto voluntário e individual, o que o distingue do sacrifício cuja decisão de morte pertence ao grupo.

Referido por Martins (1985) e citado por Sampaio (1991/1996), Jack Douglas incide as suas críticas no uso das estatísticas oficiais. Argumenta que a mudança de colectores como, por exemplo de colector clerical para estatal, tornou impossível a comparação entre estatísticas anteriores ou posteriores o que inviabiliza o aperfeiçoamento da colheita de dados estatísticos facto este agravado pela instabilidade regional e local nos valores encontrados. A existência de diversas estatísticas oficiais nalguns países apresentando cada uma diferentes dados e as tentativas de ocultação do suicídio fazem com que existam vários erros não controláveis e que enviesam os resultados obtidos com a sua análise. Douglas refere, ainda, a importância do grau de verificação das causas de morte, tornada obrigatória a partir de certa altura e que foi responsável pelas diferenças verificadas entre meio urbano e rural, existindo uma menor eficiência na sua execução em meios evoluídos.

Sampaio (1991/1996) refere, também, os trabalhos recentes efectuados por Pierce (1971) e Sainsbury (1971). Os trabalhos do primeiro validam, de certo modo, a mudança como factor

responsável pelo aumento das taxas de suicídio. Os do segundo autor referem serem as taxas de suicídio altamente influenciadas pela mudança rápida e não pela direcção de mudança. Ao estudar o suicídio nos diversos bairros da cidade de Londres, reencontra os pontos de vista de Durkheim ao verificar serem as taxas de suicídio maiores nas situações de isolamento e de desorganização social.

De acordo com Sampaio (1991/1996), quer se adopte uma posição mais critica ou mais consonante com os pontos de vista de Durkheim, não se poder negar a importância da obra *O Suicídio* como marco obrigatório para o estudo sociológico do tema.

2.4. A heterogeneidade do acto suicida

2.4.1. Suicídio, tentativa de suicídio e ideação ou pensamento suicida

O estudo da génese e da etiologia do suicídio constitui um fenómeno complexo, amplo e revestido de múltiplas significações para qual o homem tem vindo a procurar encontrar explicações e a pôr em prática medidas preventivas, tarefa difícil e muitas vezes ingrata se atendermos à amplitude e diversidade da conduta suicida.

Historicamente, a palavra suicídio remonta ao século XVIII onde foi pela primeira vez empregue por Desfontaines em 1773. Segundo Mendes et al (1979), designava a morte de si próprio procurada de uma forma deliberada. Esta designação vai contribuir para a evolução da perspectiva de suicídio no sentido de uma escolha premeditada e deliberada de morte.

Enquadram-se nesta perspectiva as definições de autores como: Delmas (1932), em que o suicídio é definido como “o acto pelo qual se dá à morte todo o homem lúcido que, pode escolher viver, escolher morrer, para além de toda a obrigação ética:” (Ramos, 1995, p. 48); Deshaies (1947) em que o suicídio surge como “o assassino de si próprio, de um modo consciente, sendo a morte tomada como um meio ou como um fim” (p. 48); Schneidman para quem o suicídio “é a paragem de toda a experiência consciente actual ou futura” (Mendes et al., 1979, p. 3); Vaz Serra (1971) onde o “suicídio - autodestruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir este fim” (Sampaio, 1991, p. 31).

Contudo, muitas das vezes estas definições são diferentes da realidade ” (...) pois não há um desejo real de morrer, mas apenas desejo de se libertar de uma situação angustiante” (Mendes et al., 1979, p. 2).

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), referida por Secheyay (1979) e citada por Ramos (1995), considera esta situação ao definir o suicídio como “ (...) o acto mediante o qual o indivíduo procura causar danos físicos em si próprio com a intenção mais ou menos autêntica de pôr

termo à vida e uma consciência mais ou menos nítida dos seus motivos” (p. 48). Também Rojo (1971), referido por Ramos (1995), concebe o suicídio como “ (...) a manifestação de não querer viver que leva à disposição de morrer” (p. 53).

Definições de suicídio como as anteriores remetem-nos para a heterogeneidade deste comportamento onde os limites do “não querer viver” assumem um papel que tem tanto de difícil como de importante para a compreensão e a prevenção deste fenómeno.

Será o “sujeito suicida” aquele que se suicida ou também o que se tentou suicidar sem o ter conseguido? Será o que apresenta ideias suicidas ou também aquele que apresenta condutas auto-destrutivas? Porque é que não conseguiu concretizar o seu intento? Até que ponto aquelas ideias e actos poderão vir a concretizar-se?

A tentativa de obtenção de respostas para as questões acima colocadas não constitui tarefa fácil e simples “ (...) uma vez que condutas bastante diferenciadas são consideradas “suicidárias”, desde a toxicomania, o alcoolismo, o excesso de velocidade na condução automóvel, até outras situações claramente ligadas à autodestruição, como a intoxicação medicamentosa e o enforcamento” (Sampaio, 1991, p. 31) e levaram o fenómeno suicidário a evoluir no sentido de ser considerado como um processo amplo e revestido de múltiplas significações que se desenrolam num *continuum*.

Na opinião de Gomes (1996), dão conta desta evolução as concepções desenvolvidas a partir da década de 70 por autores como Beck, Greenberg, Reynolds, Meneese, Rich onde o suicídio é “ (...) perspectivado como um processo dinâmico e não apenas como um evento singular, isolado e estático” (p. 41).

Ainda segundo Gomes (1996), referindo-se a Beck “et al” (1979), diz que *O Task Force for the National Institute of Mental Healths Center for Studies of Suicide Prevention* classifica os comportamentos suicidas em *suicídio consumado*, *tentativa de suicídio* e a *ideação/pensamentos suicidas* de acordo com o grau de gravidade, a intenção de morte e o grau de letalidade

apresentados.

Gomes (1996), citando também Martins (1990), refere que no início do aparecimento da designação de “tentativa de suicídio”, os limites estabelecidos entre esta definição e a do suicídio eram rígidos e canalizavam para as designações de suicídio “com êxito” (suicídio) ou suicídio “falhado”/ “frustrado” (tentativa de suicídio), porque não mortal. A tentativa de suicídio e suicídio distinguem-se também quanto á sua natureza, caracterizando-se a primeira pelo seu carácter racional e a segunda pelo carácter impulsivo. Isto originou outros critérios como a intencionalidade - a sua avaliação objectiva através de escalas de letalidade- e os métodos utilizados - os que provocam morte rápida e os que conduzem a uma morte gradual.

Ainda reportando a Gomes (1996), a introdução da tentativa de suicídio no estudo do suicídio veio reforçar não só a necessidade de ter em atenção a ambivalência da “intenção de morte” mas também a diversidade de sentidos incluída no acto suicida. A “intenção de morte” encerra em si uma delimitação difícil e perigosa na medida em que pode conduzir a uma divisão simplista da tentativa de suicídio em “sérias” e “leves”, consoante o desejo de morrer é ou não patente, tendo como base dados apurados através de escalas de letalidade.

Segundo Sampaio (1985), é esta perigosidade encontrada na “intenção de morte” que levou, em 1984, a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) a não incluir na sua definição - “(...) tentativa de suicídio engloba todo o acto não fatal de auto-mutilação ou de auto-envenenamento”- a “intenção de morte” (p. 27).

Na opinião de Gomes (1996), a tentativa de suicídio permite uma melhor compreensão da dimensão auto e hetero-agressiva e das funções de comunicação, apelo e fuga, em que o acto auto-destrutivo se inscreve.

Finalmente temos a ideação suicida considerada como uma fase preliminar que pode dar origem a comportamentos suicidas mais graves e complexos, isto é, a tentativas de suicídio ou suicídio consumado.

Quanto à ideação suicida, Gomes (1996) refere-se aos seguintes autores: Martin e Dixon (1986) que propõem três fases gradativas e ascendentes para a ideação suicida: O *suicídio passivo*, os *gestos suicidas* e o *suicídio impulsivo*. O suicídio passivo é considerado como todo o comportamento que de uma forma inconsciente conduz à morte, como por exemplo, o alcoolismo e o tabagismo; Arieti e Bemporad (1978) dizem incluir os gestos suicidas as tentativas de suicídio simuladas onde se procura manipular e punir o outro; Finch e Poznanski (1971) referem-se ao suicídio impulsivo dizendo que aparece geralmente em indivíduos que não apresentam depressão nem motivos que possam justificar tal acto sendo a sua taxa de sucesso baixa. Esta forma de suicídio é frequente em jovens que procuram vingar-se de terceiros funcionando o acto como uma forma de punição.

Ainda segundo Gomes (1996), o estudo das relações entre pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídio tem-se revelado bastante importante para a compreensão da génese e da perpetração do fenómeno suicida.

2.4.2. Epidemiologia

Segundo Goldman (1984), compete à epidemiologia reunir dados referentes à frequência e à distribuição de determinado fenómeno verificado na população em geral com o objectivo de determinar padrões de ocorrência quanto à idade, ao sexo, à raça, à localização geográfica, ao estatuto socio-económico, ao estilo de vida e a outros factores que contribuem para o aparecimento e a severidade do fenómeno em causa. Os dados coligidos fornecem pistas para a génese e a etiologia do fenómeno e, ao identificar os factores de risco, contribuem para a identificação das populações em risco e pôr em prática medidas de prevenção.

Ainda continuando com Goldman (1984), os estudos epidemiológicos envolvem áreas e

técnicas diversas que ultrapassam o campo estrito do fenómeno em causa. Assim, as investigações da epidemiologia psiquiátrica transcendem o domínio psiquiátrico. Factores como a classe social, o *stress*, os conflitos culturais, a migração, o racismo, o sexismo, a idade, o desemprego ficaram implicados nos estudos epidemiológicos a par dos factores genéticos que incluem o estudo de gémeos monozigóticos e de histórias familiares, tendo-se recorrido a uma gama ampla de técnicos nomeadamente sociólogos, antropólogos e geneticistas. A validade dos dados epidemiológicos está determinada pelos critérios e pelos métodos usados. No campo específico da saúde mental os dados encontram-se particularmente limitados pela heterogeneidade dos critérios de diagnóstico o que levou à introdução de critérios auxiliares de correcção de diagnóstico tais como o grau de severidade e duração. Os métodos empregues são vários e incluem os chamados métodos indirectos e os directos. São exemplos dos primeiros os registos hospitalares e, dos segundos, os questionários e as entrevistas. Quer uns quer outros podem ou não recorrer à intervenção directa de pessoal médico.

Para Weiss (1974), a clássica investigação de Durkheim originou o aparecimento de numerosos estudos baseados em estatísticas e em características de personalidade das pessoas que fizeram tentativas de suicídio ou se suicidaram, o que se estendeu quase exclusivamente até aos finais da Segunda Guerra Mundial. Assim, investigações levadas a cabo por Dahlgren, Dublin, Farberow e Shneidman, Rost, Sainsbury, Stengel e Weiss revelaram que quanto mais séria ou bem sucedida tinha sido a tentativa de suicídio mais envolvia pessoas idosas, homens, divorciados, viúvos, solteiros, ou casados sem filhos, pessoas socialmente isoladas, com um ou mais familiares falecidos ou com histórias de suicídio na família, que já tinham feito anteriores tentativas de suicídio, que usaram armas de fogo ou recorreram ao enforcamento na tentativa, que justificam o acto com motivos relacionados com a “falta de saúde” ou a “perda de amor” e pessoas diagnosticadas como sofrendo de psicoses afectivas, reacções esquizofrénicas, estados de delírio, alcoolismo crónico e ainda todas as que se encontram deprimidas.

Estes estudos, ainda citando Weiss (1974), revelaram que, apesar da incidência de suicídio não estar significativamente relacionada com o clima, na grande maioria dos países observa-se que as taxas de suicídio seguem as mudanças das estações do ano, havendo maior incidência na Primavera. Nos Estados Unidos é o mês de Abril que tem, quase sempre, o maior número médio diário sendo o mês de Dezembro o que apresenta o menor. Embora não se verifique uma relação causal directa entre factores económicos e suicídio, as taxas de suicídio tendem a diminuir em tempos de prosperidade e a aumentar em tempos de depressão. A relação entre as taxas de suicídio e o nível socioeconómico é contraditória apesar de haver indicações de que os membros de classes sociais mais baixas tenham taxas inferiores quando comparados com os membros das classes mais altas, excepto depois dos 65 anos onde as taxas para os homens de classes sociais baixas se tornam consideravelmente mais altas do que para as classes mais altas. As taxas de suicídio entre os médicos são três vezes mais elevadas do que para a população geral dos Estados Unidos e, destes, são os psiquiatras aqueles que apresentam taxas mais altas. As taxas de suicídio decrescem durante os períodos de guerra, aparentemente um fenómeno que tem sido encontrado em todos os países que estiveram em guerra e que se estendeu a algumas das nações neutras durante os tempos de guerra. Apesar de ser difícil medir estatisticamente a influência da religião nas taxas de suicídio, a mortalidade do suicídio é geralmente baixa em países em que a população é católica. Contudo, as taxas de suicídio entre católicos, vivendo em países não-católicos, não é significativamente mais baixa do que a verificada nos protestantes vivendo nos mesmos países. As taxas de suicídio entre os judeus tem sofrido variações mas, particularmente nos anos mais recentes, têm sido baixas nos Estados Unidos e em Israel.

Como foi referido anteriormente, os dados epidemiológicos são determinados pelos critérios e pelos métodos usados para definir e identificar os casos em questão o que faz com que a validade e a importância destes, nomeadamente como um instrumento auxiliar para a análise clínica, constitua um assunto polémico. Contudo, segundo Gomes (1996), as questões que se levantam à

volta da validade dos registos oficiais, agravadas pela falta de uma definição homogénea do suicídio, não foram suficientemente fortes para impedir que uma das actuais vias de investigação continue a centrar-se nos dados estatísticos.

Sampaio (1991/1996) refere que, em 1984, a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) considerou mesmo “possível a análise das tendências dos comportamentos suicidários, a partir das estatísticas oficiais dos suicídios provenientes dos países ocidentais” (p. 32).

Segundo Weiss (1974), a morte causada por suicídio é um fenómeno extenso e de grandes proporções. Os números permitem saber que uma média de 1 000 pessoas em cada dia cometem suicídio no mundo. Talvez meio milhão de pessoas no mundo morram pelas suas próprias mãos em cada ano figurando o suicídio entre as primeiras doze causas de morte desde há muitos anos na maioria dos países Europeus e na América do Norte.

Weiss (1974) refere, ainda, que nos Estados Unidos, as mortes causadas por suicídio representam cerca de 1 ou 2 % de todas as mortes ocorridas durante um ano. Sampaio (1991/1996) diz que na Europa os dados estatísticos apontam o suicídio como variando entre a quinta e a décima causa de morte. E, Gomes (1996) apresenta os registos oficiais do *World Health Statistics Annual (W.H.S.A.)* da O.M.S. de 1986, 1989 e 1993 em que são os países do Norte da Europa - Dinamarca, Finlândia, Holanda, Irlanda, Noruega e Suécia - e do Centro da Europa - Áustria, Bélgica, França, Hungria, Luxemburgo, Alemanha e Suíça - que apresentam as taxas de suicídio mais altas. A Hungria é o país com maior taxa de suicídio por cem mil habitantes. Os países do Sul da Europa - Portugal, Espanha, Itália e Grécia - têm as taxas mais baixas. O Reino Unido aproxima-se destes últimos países sendo a Grécia o país que apresenta a taxa mais baixa de suicídio.

Para Sampaio (1991/1996), Ramos (1995) e Gomes (1996), apesar de se verificarem variações importantes nas taxas de suicídio dos diferentes países estas encontram-se constantes ao nível do sexo, idade, estado civil, situação económica e situação espaço-temporal. Assim, a taxa de suicídio é maior nos idosos, nos homens, especialmente os viúvos que vivem sós sendo crítico o

primeiro ano de viuvez, os desempregados, os que vivem nas zonas urbanas sendo o período da Primavera especialmente crítico. Os mais jovens, as mulheres, os que são casados com filhos e vivendo em zonas rurais, suicidam-se relativamente menos.

Ainda segundo os mesmos autores (Sampaio (1991/1996); Ramos, 1995 ; Gomes, 1996), as taxas de suicídio em Portugal seguem as características europeias sendo muito mais elevadas nos homens, independentemente da faixa etária, nos viúvos e nos divorciados de ambos os sexos sem filhos comparativamente aos jovens, solteiros e aos casados com filhos. As taxas de suicídio mais baixas aparecem no Outono e no Inverno e as altas na Primavera e no Verão, sobretudo nos meses de Abril, de Maio, de Junho, de Julho e de Agosto. Socio-profissionalmente são os desempregados, reformados, os sem profissão desempregados os que apresentam taxas mais elevadas. No aspecto geográfico, a incidência do suicídio é muito variável nos vários distritos do país, com taxas que variam desde 25/100 000 a perto de 2/100 000 habitantes. Gomes (1996), refere que os distritos do Sul, nomeadamente Faro, Beja, Évora e Portalegre, apresentam uma taxa cinco vezes mais alta do que os distritos do Norte e três vezes mais em relação à taxa nacional. Ramos (1995), diz que, em Lisboa e no Porto, a taxa de suicídio é baixa sendo inferior aos valores médios encontrados para o respectivo distrito. E Sampaio (1991/1996) indica que, em Portugal, as taxas de suicídio são mais elevadas nas regiões rurais do que nas industrializadas, fenómeno contrário à tendência geral observada.

Do ponto de vista epidemiológico também o suicídio difere das tentativas de suicídio havendo diferenças marcadas entre eles constituindo, assim, duas populações distintas. O número de sujeitos que fazem tentativas de suicídio é maior do que os que cometem suicídio, apresentam características diferentes e só uma parte deles é que evolui para o suicídio (Mendes et al., 1979; Sampaio, 1985; Ramos, 1995; Gomes, 1996). Segundo Ramos (1995), o número de tentativas de suicídio é oito ou dez vezes maior do que os suicídios, sendo as mulheres três vezes mais afectadas do que os homens. Ramos (1995) refere, também, que o “ (...) quociente tentativa de

suicídio/suicídio parece ser significativamente maior nos grupos etários mais jovens, provavelmente porque os velhos, principalmente os homens, embora efectuando menos tentativas, consomem frequentemente o acto, por usarem habitualmente meios violentos.” (p. 55).

Sampaio (1991/1996) refere que o suicídio e as tentativas de suicídio na infância e na adolescência constituem uma das primeiras causas de morte entre a população jovem. Um estudo de 1984 realizado pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) indica que o seu número aumentou nitidamente nos últimos anos e atingiu valores que ultrapassam largamente os dos adultos na idade média e na terceira idade. Segundo Toolan (1974), as taxas de suicídio ocupam o quarto lugar nas causas de morte no grupo dos quinze aos dezanove anos sendo apenas ultrapassado pelos índices dos acidentes de viação, do carcinoma e do homicídio e superando as mortes devidas à tuberculose, leucemia, nefrites, febre reumática, apendicite e todas as restantes doenças contagiosas. Segundo Reynolds (1991), citado por Gomes (1996), verifica-se um aumento de 300% da taxa de suicídio entre os jovens de 15 a 24 anos nos Estados Unidos. Gomes (1996) diz ser o suicídio a terceira causa de morte dos jovens portugueses sendo a faixa etária dos 25-29 anos especialmente preocupante no sexo masculino. Estes números são ainda mais assustadores se tivermos em atenção o facto dos números referentes ao suicídio estarem especialmente subestimados para as crianças e para os adolescentes. Toolan (1974) indica que o *Suicide Prevention Center of Los Angeles* estimou que mais de 50% de todos os suicídios são mascarados de acidentes chamando a atenção para o facto da causa mais significativa de morte na infância e na adolescência ser o acidente.

Se o estudo do suicídio através das estatísticas tem permitido uma delimitação das variáveis envolvidas sabe-se que, por si só, não é suficiente. O emprego de outros métodos na investigação do suicídio tem sido difícil até pela própria natureza do fenómeno onde os alvos a investigar não estão acessíveis pelo facto de se terem suicidado. No entanto, no caso do suicídio e de todas as mortes cujas causas são equívocas, poder-se-á empregar um outro método, o da autópsia psicológica.

Gomes (1996) refere que o conceito de autópsia psicológica nasceu em Los Angeles nos anos sessenta fruto da colaboração entre Curphey, médico legista, e Shneidman, Farberow e Litman, técnicos do Centro de Prevenção do Suicídio desta cidade californiana. Estes procuravam esclarecer as dúvidas levantadas por mortes cuja causa era equívoca através da reconstrução do papel que a vítima tinha desempenhado na sua morte e assim poder distinguir as mortes devidas a acidente, a suicídio e a homicídio.

Segundo Ramos (1995) e Gomes (1996), a autópsia psicológica é um método de investigação retrospectivo feito no terreno por uma equipa interdisciplinar de que fará parte, entre outros profissionais possíveis, um psiquiatra, um psicólogo, um sociólogo e um médico legista, baseando-se no método da entrevista e cujo principal objectivo é o esclarecimento das razões do suicídio e a determinação dos acontecimentos que o precederam.

Gomes (1996) diz que na autópsia psicológica são entrevistados todos os elementos significativos que se relacionaram com o suicida especialmente no último ano de vida. A primeira entrevista realiza-se na casa do suicida e deverá incluir toda a família “(...) explorando cuidadosamente os sentimentos negativos e procurando determinar a configuração total da família, a posição em termos de função da pessoa que se suicidou e o nível geral de adaptação á vida. O trabalho deve prosseguir através de encontros periódicos (uma semana, um mês, seis meses, um ano após o suicídio).” (p. 48).

Sampaio (1991/1996) e Gomes (1996) apresentam este método como tendo contribuído não só para a compreensão das determinantes do suicídio e da sua prevenção mas também para a organização do luto das famílias que ficam muito fragilizadas pelo impacte que tem a perda de um dos seus membros nestas circunstâncias assumindo, deste modo, um papel terapêutico.

Em relação à compreensão das determinantes do suicídio, Sampaio (1991/1996) refere os estudos de Barraclouch e Robins que evidenciaram a associação entre depressão e alcoolismo em 85% e 72%, a presença de tentativas de suicídio anteriores em 30 % e 18% e a comunicação da

intenção de suicídio em 55% e 69%, respectivamente. Em relação ao papel terapêutico, Gomes (1996) menciona os estudos de Danto e Kutscher onde a estimativa da percentagem de depressões entre os familiares e amigos do suicida é superior a 25% fazendo-se, por vezes, acompanhar da presença de comportamentos auto-destrutivos e recriminativos nas pessoas pertencendo ao meio relacional do suicida.

Segundo Gomes (1996), uma outra via de investigação actual recorre à investigação do registo oficial do suicídio a partir do estudo de caso tendo como principal objectivo avaliar a “ (...) categorização de uma morte como suicídio tendo em conta o período que conduz ao suicídio, o período decorrido entre o acto e a morte ou não e o período entre a morte e o seu registo como suicídio.” (p. 46). Este método surge para obviar as dificuldades e as críticas tecidas aos métodos estatísticos e procura fazer a reconstituição biográfica onde são tidos em conta uma sequência de acontecimentos relacionados com as pessoas significativas do envolvente do suicida.

Para Fisher e Shaffer (1984), citados por Sampaio (1991/1996), um outro método possível de ser usado é o que recorre a inquéritos e entrevistas realizadas em consultas da especialidade ou a indivíduos que se encontram em tratamento. Pelas suas características é particularmente usado nas tentativas de suicídio e parte do princípio que suicídio e tentativas de suicídio são fenómenos que abrangem populações distintas sendo as primeiras suficientemente importantes no âmbito da prevenção para merecerem um estudo detalhado e à parte.

O estudo epidemiológico do suicida, nas suas diferentes vertentes, tem contribuído com dados importantes para a compreensão e prevenção do suicídio. Contudo, perante o suicídio de alguém muitas perguntas ficam sem respostas e constatamos como se está ainda longe de compreender a extensão do fenómeno e muito particularmente a dor daquele que se mata, que se torna predador dele mesmo.

2.4.3. O suicídio e os factores de risco

O que é que levou aquele homem ou aquela mulher a pôr termo à sua vida? Ou ainda, o que é que leva o sujeito a activar os instintos de morte e a negar o principio da conservação? Eis as grandes questões para as quais várias respostas têm sido dadas ao longo da longa história do suicídio sem contudo terem sido suficientes para explicar o seu surgimento.

Na origem do impulso de morte intervêm factores biológicos, sociais, culturais, familiares e individuais cujo significado e intensidade diferem consoante as situações. Do ponto de vista fenomenológico, a etiopatogenia do acto suicida é multifactorial assentando a compreensão do acto destrutivo na dialéctica existente entre a organização interna própria do individuo e as condições de existência. Assim, os factores desencadeantes do acto suicida são complexos e não podem ser considerados separadamente (embora aqui se faça para facilitar a exposição).

Gomes (1996) faz a compilação de algumas investigações nomeadamente as realizadas por Davis, 1983; Simons e Murphy, 1985; Capuzzi 1986; Haffen e Frandsen, 1986; Fairchild, 1986; Balon, 1987; Stillion e Mc. Dowell, 1991; Caldas, 1993; Harris e Lennings, 1993 e, a partir delas, identifica os factores de risco comuns classificando-os em *personais*, *sociais* e *familiares*. Segundo Asberg e Traskman, 1981; Banki e Arato, 1983; Asberg, Nordstrom e Traskman-Bendz, 1986, citados por Gomes (1996), os factores pessoais aparecem subdivididos em biológicos, psicológicos e cognitivos.

Nas investigações realizadas na área dos factores biológicos aparecem três orientações para a determinação das causas do suicídio acentadas no funcionamento do cérebro, a nível celular, na genética, e respectivas bases genéticas, e no sexo. Em relação ao funcionamento do cérebro do sujeito deprimido, estudos levados a cabo parecem ligar a depressão a certos neurotransmissores pelo que uma deficiência a nível dos reguladores emocionais, nomeadamente a serotonina, seria responsável pelo aparecimento do estado depressivo e comportamento suicida. Em relação à base

genética, as investigações realizadas têm incidido sobre o suicídio em gémeos monozigóticos fazendo “ (...) estudos transgeracionais para determinar a quantidade da própria 'natureza' subjacente a um comportamento” (p. 77). Finalmente, as diferenças a nível da variável sexo evidenciam que o quociente de suicídio masculino é superior ao quociente feminino verificando-se a situação inversa em relação aos pensamentos suicidas e às tentativas de suicídio. Para Gomes (1996), as duas primeiras linhas de orientação apresentam resultados pouco consubstanciados e parciais devido à complexidade da sua natureza e carácter sendo os estudos efectuados com a variável sexo os que se afiguram mais sólidos.

Os factores psicológicos subdividem-se em depressão, sentimentos de desespero e inutilidade, baixa auto-estima, fracas aptidões para a resolução de problemas e um stress elevado. Carlson e Cantwell, 1982; Martin e Dixon, 1986; Balon, 1987; Slaby e Mc.Guire, 1989, referidos por Gomes (1996), apresentam a depressão, quer seja de origem biológica quer provocada por factores contextuais, como estando frequentemente ligada ao suicídio. Mas nem todas as investigações encontram correlações significativas entre o suicídio e a depressão. Assim, apesar da depressão ser considerada uma variável importante quando tomada isoladamente não se revela um bom preditor de risco sendo necessário inter-relaciona-la com outras variáveis, nomeadamente os sentimentos de desespero e a baixa auto-estima. Schotte e Clum, 1987, também citados por Gomes (1996), dizem que a falta de capacidade para a resolução de problemas constitui mais outro factor que intervêm no risco de suicídio. O sujeito não é capaz de desenvolver processos que lhe permitam ajustar a sua capacidade de resposta a situações desfavoráveis - “coping” - recorrendo, por exemplo, ao álcool ou à droga. Esta falta de capacidade é tida ainda como responsável pelo aparecimento de outro factor, o stress. Este seria provocado pelo “(...) desfasamento entre aquilo que ele (indivíduo) pensa que lhe é exigido e aquilo que ele pensa ser capaz de fazer criando desta forma uma relação desfavorável entre o indivíduo e o seu ambiente.” (p. 82). Ainda segundo Gomes (1996), podem constituir factores de stress conducentes a sentimentos de desespero e a

pensamentos suicidas a doença grave, a perda de um ente querido ou a perda de emprego.

Stillion e McDowell, 1991, citados por Gomes (1996), apresentam os factores cognitivos como assumindo também grande relevo no estudo do comportamento suicida. Os estudos mais conhecidos nesta área são os efectuados por Beck e seus colaboradores (1985) que levaram a cabo vários estudos envolvendo pacientes hospitalizados com ideação suicida tendo caracterizado quatro formas de pensamento: a rigidez de pensamentos, a abstracção selectiva, as generalizações excessivas e as rotulações incorrectas. A rigidez de pensamento traduz-se na dificuldade que o sujeito tem em considerar as alternativas positivas e em aprender novas estratégias de coping. A abstracção selectiva traduz-se na centração que o sujeito faz dos aspectos, ideias e soluções negativas em detrimento dos aspectos e soluções positivas para os seus problemas que são constantemente ignoradas. As generalizações excessivas traduzem-se na tendência que o sujeito tem para se centrar nos factores negativos de tudo o que o rodeia e acontece não demonstrando esperança na resolução do situação. A rotulação incorrecta traduz-se na interpretação negativa sistemática das suas acções mostrando-se logo á partida derrotado e recriminando-se por tudo o que lhe acontece de mau. Estes tipos de pensamentos avolumam-se revelando-se o auto-reforço sempre negativo, fenómeno que Meichenbaum denominou “negative self-talk”.

Desde de Durkheim (1897/1996) que o suicídio passou a ser equacionado como um acto que espelha as características da sociedade em que ocorre. Ramos (1995) refere-se aos factores sociais incluindo nestes a situação profissional, as condições religiosas, as circunstâncias políticas e económicas e a estrutura e densidade social. Simons e Murphy (1985), citados por Gomes (1996), referem que a situação profissional do individuo numa dada sociedade representa um certo nível intelectual que se faz também acompanhar de um certo nível de vida a partir dos quais se encontra não só satisfação pessoal mas também aceitação e reconhecimento social. Estudos revelam que as situações de precariedade de emprego, e muito em especial as de desemprego, ao comprometerem o acima mencionado e ao fazerem perigar as condições de subsistência do individuo e do seu

agregado familiar estão fortemente relacionadas com comportamentos suicidas nos adultos. Aliño et al., 1982, citados por Ramos (1995), apresentam as condições religiosas como exercendo um papel muito importante no fenómeno do suicídio ao funcionarem como uma espécie de segurança ao condenarem tal acto. As circunstâncias políticas se forem adversas, como é o caso das situações de guerra, funcionam paradoxalmente como um factor inibidor do suicídio. Contrariamente, as condições económicas, nomeadamente as crises, aumentam o índice de suicídio. Finalmente, em relação com a estrutura e a densidade social, Giner e Leal consideram o suicídio relacionado de forma positiva com o alto nível de vida, a residência em grandes metrópoles e a alta densidade populacional. A religiosidade, a pertença a classes socio-económicas mais baixas, a ocupação rural e a baixa densidade populacional relacionam-se negativamente com este fenómeno.

Vários investigadores tais como Simons e Murphy, 1985; Asarnow et al., 1987; Hutchinson e Dragnus, 1987; Dukes e Lorch, 1989; Woznica e Shapiro, 1990; Asarnow, 1992; Harris e Lennings, 1993; King et al., 1993; Tousignant et al., 1993, indicados por Gomes (1996), consideram os factores familiares como sendo os melhores preditores do comportamento suicida. A família é considerada como a célula de base da sociedade ocidental actual garantindo-lhe coesão e estabilidade sendo o seu representante mais íntimo, mais coerente e durável. Do ponto de vista sistémico, a família é considerada um sistema aberto em permanente relação dinâmica com o meio exterior, possuindo uma certa autonomia, experienciando transformações e conservando uma certa permanência e continuidade de modo a permitir o crescimento psicossocial de cada um dos seus membros. Segundo Ramos (1995), a família constitui o primeiro sistema onde se desenvolve o desenvolvimento do sujeito. É na família que o suicídio encontra muitas vezes explicações e consequências que provêm da história anterior ou se projectam na família alargada durante muitas gerações. É, também, na família que o aspecto comunicacional do acto suicida tem maior intensidade.

Stillion e Mc.Dowell (1991), referidos por Gomes (1996), realizaram diversas investigações

e concluíram que o abuso físico e o abuso sexual, antecedentes de alcoolismo, antecedentes de tentativas de suicídio e de suicídio, comunicação pobre, famílias desfeitas - separação, divórcio ou vivências infelizes - e perda ou morte repentina de um ente querido ou de uma relação afectiva são os factores de risco mais frequentes para o desencadeamento do acto suicida.

Tem-se revelado essencial saber quais os factores de risco que podem conduzir ao suicídio na criança e no adolescente pelo que será objecto de um desenvolvimento mais específico. A resposta a esta questão está longe de ser simples. Segundo Toolan (1974), as análises dos pacientes mostram que muitos deles provêm de famílias disfuncionais onde menos de um terço reside com os dois progenitores. Do ponto de vista de diagnóstico, distúrbios de comportamento e de carácter compõe o grupo maioritário. De uma forma geral trata-se de jovens imaturos, impulsivos reagindo de uma forma excessiva ao stress. Ainda segundo o mesmo autor, do ponto de vista dinâmico, os pacientes encontram-se divididos em cinco categorias: 1) Raiva do outro que foi interiorizada sob a forma de culpa e de depressão. Frequentemente os pais ou os substitutos parentais foram os objectos originários; 2). Tentativas de manipulação para ganhar amor e afeição ou para punir o outro. Tais tentativas são frequentemente direccionados contra os pais com a fantasia de “ Como vão lamentar quando eu estiver morto. Vocês vão perceber o quanto me trataram mal”; 3) Um sinal de angustia. O jovem muitas das vezes sente-se impellido a fazer tal gesto dramático como forma de chamar a atenção dos pais para os seus problemas, o que estes muitas das vezes negligenciam ou ignoram; 4) Reacção aos sentimentos de desintegração interna como, por exemplo, resposta a comandos alucinatórios; 5). Um desejo de se juntar a um parente morto.

Autores como Roses (1980), Wright (1985), Capuzzi (1986), Nelson (1987), Ingersoll e Orr (1988), referidos por Gomes (1996), chamaram a atenção para os traços de personalidade que caracterizam habitualmente os jovens suicidas destacando a baixa auto-estima, as fracas aptidões comunicacionais, a excessiva orientação para a realização, as fracas aptidões na resolução de problemas, o compromisso total com uma só relação de amizade ou um só objectivo, stress elevado,

hipersensibilidade, fraca rede de suporte social, desespero e sentimentos de culpa.

Para Samy (1989), citado por Ramos (1995), assim como para a maioria dos autores, o perfil do jovem que se suicida é diferente daquele que faz uma tentativa de suicídio pelo que se reveste da maior importância a sua distinção. Deste modo, o grupo de jovens que se suicidam é frequentemente constituído por rapazes com uma idade média de 19 ou de 20 anos, com relações estáveis e sofrendo, num terço dos casos, de uma doença psiquiátrica ou de uma perturbação psicológica severa. Estes jovens vivem muito isolados e as suas perturbações são pouco visíveis e difíceis de descobrir. Frequentemente motivados por uma pulsão suicidária, estes jovens procuram activamente a morte para pôr fim a um estado psíquico intolerável, cumprindo o suicídio um objectivo autoplástico. A nível dos antecedentes não se encontra aparentes perdas objectais ou outros factores de stress sendo frequente um excelente rendimento escolar. Provêm, em muitos dos casos, de famílias que procuram uma boa posição social para os seus descendentes e onde, por vezes, existem doenças psiquiátricas e suicídios nas famílias. Recorrem quase sempre a meios violentos para morrer como, por exemplo, ao estrangulamento ou às armas de fogo. O grupo de jovens que efectua tentativas de suicídio é formado principalmente por raparigas, sendo a média de idades de 15 ou de 16 anos e caracterizando-se pela instabilidade dos laços efectivos. Este grupo procura, de uma forma mais ou menos consciente, modificar o seu meio sócio-afectivo constituindo a tentativa de suicídio uma forma de comunicar com o adulto sendo, deste modo, aloplástico. Neste grupo de jovens encontra-se carências precoces e acontecimentos precipitantes. O seu rendimento escolar é frequentemente medíocre, facto pouco valorizado pela família que é geralmente pouco ambiciosa em relação aos seus descendentes, apresentando frequentemente problemas físicos e psiquiátricos e antecedentes de tentativas de suicídio. Os meios usados não são violentos e raramente põe a sua vida em perigo, como é o caso da “overdose”.

Se a avaliação correcta do potencial suicida não é nunca um assunto simples no caso das crianças e dos adolescentes ela constitui um verdadeiro desafio. Salvaguardando o facto referido

por Amaral Dias e Nunes Vicente (1984) da depressão e do suicídio não serem inteiramente sobreponíveis, constata-se que a avaliação passa pelo diagnóstico da depressão que é, de todos os quadros clínicos psiquiátricos, o que mais se encontra associado ao suicídio.

Segundo Toolan (1974), inicialmente pensava-se que as crianças e os adolescentes não se deprimiam e muito menos se suicidavam. O diagnóstico diferencial pautava-se pelos sintomas presentes nos adultos não percebendo que este grupo tem formas diferentes de expressar os estados depressivos. Para Sampaio (1991/1996), as dificuldades persistem pois continuam as dificuldades de diagnóstico da depressão durante o período da adolescência. Isto fica-se a dever sobretudo ao facto de não existir adolescência normal sem depressão (considerando o conceito mais lato de depressão - uma baixa da auto-estima caracterizada por momentos depressivos como uma forma de resposta a situações de frustração e perda que ocorrem durante este período) agravado pela sintomatologia patológica ser atípica e variada. Apesar da sintomatologia ser variada e atípica, os sintomas mais frequentemente apresentados, segundo Beck e Beamesderfer citados por Workman e Beer (1992) e referidos por Gomes (1996), são: Isolamento social; sentimento de desencorajamento e de pessimismo; sentimento de fracasso; problemas com o corpo a nível da auto-imagem corporal negativa; preocupações excessivas com o corpo com frequentes queixas somáticas. Segundo Sampaio e Santos (1990), ainda referidos por Gomes (1996), é frequente o aparecimento de fadiga, lentificação psico-motora, astenia, humor irritável, agressividade, rigidez, *actings-outs* sob a forma de fugas, delinquência, toxicoddependência, promiscuidade e uma vivência de intenso aborrecimento que faz com que o jovem se sinta incapaz de concretizar os seus objectivos.

O suicídio e a tentativa de suicídio da criança e do adolescente podem ser também entendidos como uma forma de comunicação familiar e social. O suicídio nos jovens aparece como um grito de desespero, de sofrimento e de alarme inserindo-se num sistema de comunicação paradoxal. Paradoxal no sentido dado por Larelère (1973), referido por Ramos (1995), e em que coexistem de uma forma simultânea o desejo de morrer e o continuar mas a viver melhor. Muitas

das vezes, segundo Ladame (1981) e Ramos (1995), o suicídio e a tentativa de suicídio têm como objectivo denunciar uma “détresse” familiar e exprime "um apelo à ajuda colectiva".

Para Ramos (1995), este plano conceptual ficou-se a dever a Watzlawick e colaboradores com a célebre obra *Pragmática da Comunicação Humana* (1967). Parte do principio dos sintomas serem uma espécie de informação dentro do sistema familiar e não a expressão de um conflito intrapsíquico. Está-se num outro quadro conceptual, o da “pragmática da comunicação”, tal como a desenvolveu o Grupo de Palo Alto e a Escola de Milão. Do ponto de vista epistemológico, dada a dificuldade de compreensão das suas causas, esta Teoria da Comunicação procura compreender o sistema patológico detectando o seu efeito na interacção dos indivíduos tornando o sintoma, enquanto segmento de um comportamento, uma redundância que, do ponto de vista da comunicação, só pode ser compreendida no contexto em que se produz. O suicídio e a tentativa de suicídio adolescente é considerada como uma metacomunicação sobre a distorção ou a ausência de comunicação na família e/ou entre o adolescente e o seu meio familiar e social com o objectivo de mudar esse bloqueio comunicativo. O adolescente, inserido no sistema familiar, tenta repor ou redefinir a comunicação familiar mas está condenado a um impasse - mudança I, que se dá no interior de um sistema sem contudo o mudar - pois a verdadeira mudança de comunicação no sistema passa mudança do próprio sistema - mudança II. Partindo do principio que as modalidades mais relevantes da tentativa de suicídio são o apelo, o desafio, a fuga e o renascimento, poder-se-á redefini-las neste quadro conceptual da seguinte forma: O apelo, traduz-se numa posição de complementaridade em que o sujeito se coloca face aos elementos da classe, neste caso o grupo familiar, visando maximizar a diferença; o desafio, traduz-se numa posição de simetria relativamente aos elementos da classe que o sujeito se situa procurando a igualdade e a minimização da diferença; o renascimento, em que o sujeito pretende, através do seu gesto onnipotente de morrer para nascer de novo, alterar a organização do sistema. No apelo e no desafio é mais saliente o plano relacional enquanto que no renascimento e na fuga parece

predominar a procura de uma solução individual através da qual o sujeito, por renascimento ou sacrifício, "regenerará" o sistema familiar.

Do ponto de vista da prevenção do suicídio mostra-se necessário desmistificar o conceito de que "quem ameaça suicidar-se jamais o concretizará" e equacioná-lo como sinal de alarme que transmite um pedido de ajuda. Trabalhos de Sainsbury (1955) e de Poldinger (1969), referenciados por Serra e Saraiva (1982) e citados por Ramos (1995), indicam que mais de 50% dos para-suicidas tinham indicado o seu gesto. Assim, segundo Gomes (1996) mostra-se particularmente relevante identificar os mitos que rodeiam o suicídio em adolescentes e fora do âmbito da população clínica psiquiátrica e não psiquiátrica. Ainda continuando com Gomes (1996), os mitos mais comuns referenciados por Capuzzi (1986), Serra (1971) e Klagsbrun (1981), são os seguintes: Mito 1 - Os jovens que falam em se suicidar ou no suicídio não o concretizam. Este mito das pessoas, segundo Stengel (1980) e citado por Gomes (1996), que ameaçam suicidar-se não se suicidar é um erro demasiado perigoso pois constata-se que a maioria dos adolescentes suicidas fizeram uma ou mais tentativas, verbais ou não verbais, para que mais alguém soubesse da sua dor de viver e ajudasse a encontrar soluções. Alguns psiquiatras relataram que 60 % a 75% dos seus pacientes que se suicidaram tinham feito avisos. Deste modo, qualquer referência ao suicídio deve ser avaliada como uma referência séria; Mito 2 - Quem se suicida não avisa. Outro mito demasiado perigoso pois a maioria dos adolescentes fornece numerosas pistas e avisos acerca da sua ideação e intenção suicidária mas não são levados a sério pelos outros ou porque são tidos como "históricos" querendo atrair a atenção sobre si sem corresponderem a verdadeiras ameaças ou por não haver conhecimento ou registo anteriores. Entre 60 a 70% dos casos, os jovens comunicaram a sua intenção de pôr termo à vida a alguém, geralmente um familiar, um amigo ou uma figura de suporte comunitário como é, por exemplo, o padre; Mito 3 - Os adolescentes pertencentes à classe social alta suicidam-se e fazem mais tentativas de suicídio do que os jovens pertencentes à classe baixa. Os jovens suicidas repartem-se de igual modo nos diferentes grupos socio-económicos. Contudo, segundo

Caldas (1993), citado por Gomes (1996), a *décalage* económica e cultural entre o meio familiar e o meio social circundante, parece assumir papel de relevo já que estudos de ecologia humana têm revelado uma crescente taxa de casos de suicídio, em áreas fortemente desorganizadas no que diz respeito às redes de suporte social; Mito 4 - A ideia suicida no adolescente ficará para sempre. As ideias suicidas na maioria dos adolescentes têm uma duração limitada. Segundo a experiência de Capuzzi, o período mais perigoso da "crise" situa-se entre as 24 e as 72 horas; Mito 5 - Muito frequentemente, os adolescentes que cometem suicídio deixam mensagens. Este mito faz com que muitos suicídios sejam avaliados como acidentes. Segundo estudos realizados por Heim e Lester (1990) a percentagem de adolescentes que comete suicídio deixando mensagens oscila entre os 10 a 25%; Mito 6 - É durante a noite que ocorre a maioria dos suicídios em adolescentes. Este pressuposto é erróneo pois a maioria dos adolescentes quer ser ajudado. São os períodos do meio da manhã e do meio da tarde onde se registam a maioria das tentativas, uma vez que, a estas horas, existe maior probabilidade de um dos membros da família ou de um amigo estar nas proximidades; Mito 7 - É durante o Inverno quando o tempo é sombrio, escuro, triste e melancólico que a maioria dos jovens comete o suicídio. Contrariamente a esta crença, o suicídio é mais frequente na Primavera. Uma das explicações possíveis para este paradoxo liga-se às cores da Primavera e ao seu esplendor que parece actuar como uma recordação insuportável da situação de desespero em que o indivíduo se encontra. Pelas mesmas razões, Klagsbrun realça a quadra natalícia que agudiza a dicotomia existente entre o desespero sentido pelo indivíduo e a felicidade vivida nesta época; Mito 8 - Os adolescentes que se suicidam ou tentam suicidar-se encontram-se deprimidos. Apesar da depressão desempenhar um papel muito importante no adolescente suicidário não se encontra sempre associada ao comportamento suicidário. Muitos dos adolescentes acabam por encarar o suicídio como única saída para fugirem a um conjunto de circunstâncias pois falta-lhes aptidões que lhes permitam agir mais eficazmente por forma a reduzir o stress e a trabalhar no sentido da resolução dos seus problemas de uma forma eficaz; Mito 9 - O suicídio é hereditário. A ocorrência

de suicídios e de tentativas de suicídio tendem a acontecer mais frequentemente em certas famílias do que noutras facto que pode ser explicado pela partilha do mesmo clima emocional no que diz respeito à gestão das situações de stress; Mito 10 - Após uma tentativa de suicídio o adolescente não repetirá o seu gesto novamente. No período a seguir à primeira tentativa outras poderão ocorrer se o adolescente não tiver seguimento terapêutico ou se este não for bem sucedido. É provável que a letalidade aumente em cada nova tentativa. Pfeffer e colaboradores (1993), referidos por Gomes (1996), levaram a cabo uma investigação com adolescentes hospitalizados devido a tentativas de suicídio, adolescentes hospitalizados sem tentativas de suicídio e adolescentes não hospitalizados e constataram que os adolescentes hospitalizados com tentativas de suicídio apresentavam uma probabilidade seis vezes superior de virem a repetir o acto quando comparados com os adolescentes não hospitalizados; Mito 11 - Nunca se deve falar de suicídio aos jovens porque lhes transmitimos essa ideia. Pelo contrário, se um adolescente é suicidário e a palavra suicídio for mencionada poderá ser uma forma de o levar a verbalizar os seus sentimentos de desespero e ajudá-lo a pedir auxílio.

Poder-se-á concluir que a tentativa de suicídio na criança e no adolescente constitui um “grito de ajuda” que tem de ser “ouvido”, tomado a sério e encaminhado, atempadamente, para os técnicos de saúde. Segundo Toolan (1974), todas as tentativas de suicídio independentemente do grau de letalidade devem ter uma avaliação psiquiátrica e aconselha, sempre que possível, um período de observação num hospital. Especialmente no caso das crianças, a hospitalização permite melhor proteger a criança de si própria e melhorar os planos terapêuticos a adoptar ao avaliar a criança, os pais e a situação familiar num ambiente neutro. Às vezes, contribui para a interrupção do conflito muitas vezes existente entre os pacientes suicidas e as suas famílias. Este autor chama também atenção para o facto dos pais minimizarem o potencial suicida das acções dos seus filhos ficando até zangados por estes lhes terem causado angústia, perturbando a harmonia família pelo que se reveste da maior importância a necessidade dos pais ficarem activamente envolvidos na

terapia sem o qual os planos de ajudar a criança ficarão comprometidos.

Resumidamente, poder-se-á dizer que as verdadeiras raízes do suicídio dependem da interacção complexa de forças que, em determinado momento, precipita a conduta autodestrutiva.

3. DEPRESSÃO

XXXII

Qu'importa? Tudo é o mesmo. A mim quer seja
 Manhã inda d'orvalho arrepiada,
 Dia, ligeiro ao sol, pesado em nuvens,
 A tarde,
 A noite misteriosa,
 Tudo, se nele penso, só me amarga
 E me angustia.

(Fernando Pessoa (1986), *Fernando Pessoa. Obra Poética*. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguiar, p.629)

Do ponto de vista epidemiológico, sabe-se que a depressão afecta entre dez a vinte por cento dos indivíduos em todo o mundo o que a torna num dos grandes problemas de saúde pública absorvendo todos os anos avultadas verbas em custos directos, como é o caso dos medicamentos, e indirectos, como por exemplo, o absentismo.

Mas deixemos estes dados, fruto das estatística e dignos de um qualquer relatório político sobre saúde e emprego, e centremo-nos no saber, no sentir de cada um de nós... E o que sabemos? E o que sentimos? Sabemos e sentimos o que o homem sempre soube e sentiu - os sinais de um estado de tristeza e de desinteresse de que a depressão é apenas uma ampliação, uma exageração deste estado normal tão característico do humano - e que Fernando Pessoa tão bem soube transmitir no poema acima transcrito.

Zambrano (1955/1995), considera que a depressão traduz a ausência da “certeza natural” que o divino confere ao homem. Sem Deus o homem fica sozinho perante a sua incerteza, perante a “ (...)”

angústia da descontinuidade, angústia dos múltiplos instantes separados entre si por abismos, de vazio e de silêncio (...) (sem poder) sentir o tempo, o seu tempo próprio, o ritmo da sua vida.” (p. 185).

Para André Haynal (1976), a depressão faz parte do repertório humano de respostas expressando uma experiência subjectiva universal do desenvolvimento humano através da qual o homem tenta ultrapassar os conflitos, a frustração, a decepção e a perda.

Amaral Dias e Nunes Vicente (1984) vêem na depressão “ (...) um dos sinais mais humanos, vitais e paradoxalmente mais thanáticos, o repensar pessoal da “dor de existir” (p. 9). Do ponto de vista clínico, consideram ser mais importante perceber “ (...) o como e o porquê dessa perda do prazer de funcionar, desse desinvestimento do mundo” (p.11) tão peculiar da espécie humana e com uma tão longa história, acompanhando “ (...) a história colectiva dos homens, colorindo e colorindo-se na cultura” (p. 10).

Ao longo desta parte procuraremos responder às questões acima mencionadas. Começa-se com um desenvolvimento histórico, onde se aborda a questão do tempo na depressão. Seguem-se as abordagens feitas pelo modelo clínico, pelas teorias fenomenológica-existencial, cognitiva-comportamental e termina-se com a visão psicanalítica.

3.1. A depressão: Considerações histórico-filosóficas

Segundo o referido por Amaral Dias e Nunes Vicente, 1984; Cardoso, 1997; Widlocher, 1983, a história da depressão remonta a Hipócrates que no século V a.C. introduz o termo de melancolia no seu *Corpus Hippocraticum*. A melancolia significaria bílis negra cujo excesso, ao invadir o sangue, agiria sobre o corpo e a alma do doente criando um estado caracterizado pela tristeza e pelo abatimento.

De acordo com Widlocher (1983), numa primeira leitura, a descrição da doença surge como se fosse basicamente organogenética com os sintomas psíquicos decorrendo das perturbações do funcionamento da alma provocado pela viciação dos humores. Mas, numa segunda leitura, os dois aparecem numa dependência recíproca onde as paixões da alma influenciam o estado dos humores. A clínica da depressão, que emerge do sistema hipocrático, está dependente dos princípios de equilíbrio dos humores conhecendo já a oposição entre a “bílis fria” (melancolia) e a “bílis quente” (mania). Assim, já se sabe que a mania constitui o inverso do quadro melancólico onde o pessimismo opõe-se à euforia, à inibição motora e psíquica, à aceleração da acção e do pensamento. Aristóteles, a partir desta teoria, encontrará no equilíbrio entre os dois fenómenos antagonistas a raiz de uma normalidade que terá o seu auge na criatividade intelectual, que considera ser o espírito por excelência deste mesmo equilíbrio. Se uma das forças em jogo predominar sobre a outra, então, estar-se-ia perante os desvios melancólicos ou maníacos.

Widlocher (1983) refere que é em Arateus de Capadócia, no II século a.C., que aparece a primeira descrição precisa do mal como tratando-se de uma:

Une affection sans fièvre dans laquelle l'esprit triste reste toujours fixé sur la même idée et s'y attache opiniâtement. Elle me paraît être un commencement ou une espèce de demimanie. Il y a cette différence entre l'une et l'autre maladie que dans la manie, l'esprit se porte tantôt à la tristesse, tantôt à la gaieté, tandis que dans la mélancolie l'esprit reste constamment triste et abattu

(pp. 22-23).

Ainda segundo Widlocher (1983), a depressão aparece caracterizada pela tristeza e pelo abatimento opondo-se à mania. Contudo, as duas afecções podem suceder-se e, por detrás da excitação eufórica da mania, pode-se encontrar os elementos da tristeza.

Com Galien, de acordo com o referido por Widlocher (1983), a tradição hipocrática adquire uma forma que permanecerá até ao século XVIII aparecendo a melancolia como “ (...) une maladie de l'esprit, sans fièvre, avec tristesse profonde et éloignement pour les choses les plus chères. C'est une affliction sans mesure.” (p. 23) onde a bÍlis negra actua sobre o cérebro. Esta forma de compreensão da doença estende-se não só à Europa cristã como também a outras áreas geográficas nomeadamente na medicina árabe onde no século IX ,em Bagdad, Ishâd b Imrâm escreve um tratado da melancolia na mais pura linha hipocrática e galénica.

Só nos finais do século XVIII, com o advento da clínica moderna, se assiste ao romper radical com a tradição hipocrática e à individualização da patologia mental. Passa-se a considerar o organismo como um todo sendo a doença física ou moral um sinal dum desequilíbrio global desse mesmo organismo. Segundo Amaral Dias e Nunes Vicente (1984), com o surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos institucionalizados por Pinel ,“ (...) lugar privilegiado para a observação do adoecer psíquico” (p. 14), estabelece-se uma classificação lógica das diferentes formas de que se reveste a alienação mental aparecendo a loucura como uma doença única resultando de causas múltiplas, físicas e morais, sendo considerada como um entrave ao funcionamento da inteligência, devido a uma alteração do cérebro. As diferentes formas de loucura aparecem então descritas com precisão tendo causas distintas e evoluções diferentes. É assim que, segundo Widlocher (1983), o quadro melancólico entra no quadro geral da alienação mental fazendo com que a oposição hipocrática entre excitação maníaca e depressão melancólica suceda aquela entre “folie globale” e “folie partielle”.

Apoiando-se na extensão dos distúrbios do pensamento, e continuando com Widlocher (1983), a mania torna-se o paradigma da folie globale e a melancolia dissolve-se no quadro da folie partielle. Na folie globale, a razão desapareceu totalmente e a excitação maníaca imprime a toda a actividade uma incoerência total. Contrariamente, na melancolia, mesmo nas formas mais graves, o pensamento encontra-se apenas parcialmente afectado pois, apesar do pessimismo colorir todos os pensamentos, ele mantém a qualidade do raciocínio, isto é, apesar de tendencioso continua lógico e coerente. Trata-se bem, no sentido de Pinel e de Esquirol, de uma folie partielle. Em meados do século XIX, separa-se progressivamente os estados que nada têm a ver com a melancolia - obsessão ou delírio emotivo para Morel, em 1859; catotenia delirante para Kahlbaum, em 1863; confusão mental para Delasiauve, em 1851- ao mesmo tempo que se redescobre-se a importância do laço entre a melancolia e a mania - em 1851, J.-P Falret descreve a “folie circulaire”, “ (...) uma doença em que alternariam períodos de euforia e de depressão, a par de uma outra forma simples de melancolia” (Amaral Dias & Nunes Vicente, 1984, p. 15) e, em 1954, Baillarger descreve a “folie à double forme” onde acentua os períodos de remissão (Widlocher, 1983).

Segundo Amaral Dias e Nunes Vicente (1984) e Widlocher (1983), deve-se ao psiquiatra de Munique, E. Kraepelin (1896-1913), o estabelecimento definitivo da ideia de uma única doença, a Psicose Maníaco-Depressiva. Kraepelin constata que os doentes que padecem desta doença ao longo da sua existência conhecem acessos repetidos de mania ou depressão associados ou alternados ficando, contudo, isentos de perturbações de personalidade ou de alterações da inteligência, facto que faz com que a psicose maniaco-depressiva se oponha à Demência Precoce de Kraepelin, e que mais tarde receberá o nome de esquizofrenia, doença que evolui de forma continua e progressiva no sentido de perturbações graves da personalidade e de um enfraquecimento da inteligência. Foi também este psiquiatra o responsável pela divulgação dos termos endógeno e exógeno traduzindo a existência de uma causa interna ou externa responsável pelo aparecimento da doença no sujeito enquanto ser biológico. No caso da Psicose Maníaco-Depressiva (P.M.D.),

Kraepelin atribuí-lhe uma causa endógena.

De acordo com Amaral Dias e Nunes Vicente (1984), em 1904 A. Mayer determina os tipos de reacção e introduz o termo reactivo para caracterizar a depressão causada por um factor precipitante ambiental causando uma mudança na posição etiológica e nosográfica. Contribuiu, assim, para a controvérsia nosológica entre a hipótese dualista e a hipótese unitária. A primeira advoga dois tipos de depressão, a endogeno-psicótica e a reactiva-neurótica, como afecções diferentes. A segunda faz da depressão um contínuum onde as variações seriam quantitativas. Este contencioso permanece não obstante os esforços desenvolvidos para o resolver. Em 1933, Kasanini introduz um outro conceito relevante, o de psicose esquizoaffectiva aplicado aos quadros clínicos em que se misturam sintomas e características das psicoses esquizofrénicas e afectivas. Segundo Tsuang (1979), citado ainda por Amaral Dias e Nunes Vicente (1984), constituirá mesmo uma entidade heterogénea do ponto de vista genético estando subdividida em três subtipos: O afectivo, onde predomina as características afectivas; o esquizofrénico, onde predomina características esquizofrénicas; um terceiro subtipo indiferenciado onde aparecem as características do subtipo 1 e 2 mas de uma forma insuficiente.

Vaz Serra (1972), referido por Amaral Dias e Nunes Vicente (1984), diz que Denison e Yasfin, 1944; Kennedy e Wiesel, 1946; Fernandes da Fonseca, 1959; Lesse, 1968; Lopez Ibor, 1972 apresentam um outro conceito, o de depressão sem depressão ou, ainda, o de depressão mascarada aplicados aos quadros clínicos em que a sintomatologia afectiva aparece sob a forma de queixas somáticas relevantes. Nesta última, os quadros clínicos mais frequentes são as formas álgicas (cefaleia, glossodimnia, meralgia parestésica), a anorexia periódica, a insónia periódica, as formas digestivas e as formas cutâneas (eczema, eritema, neurodermites, psoríase, dermatoses do tipo recorrente).

Cardoso (1997) refere-se a Rouillon (1987) dizendo que este considera ser a depressão um

síndrome clínico que encobre um grupo heterogéneo de patologias existindo entre elas diferenças de natureza e de intensidade permitindo assim fazer um continuum entre o normal e o patológico, característico do modelo dimensional. Segundo este autor, os sintomas mais frequentemente observados são a lentificação psicomotora, a amimia, a dificuldade de concentração e a diminuição da conação seguindo-se a anedonia, a incapacidade de sentir prazer.

Amaral Dias (1988, 1995a) perspectiva a depressão também como um síndrome e não como uma doença devido à carência de elementos etiológicos sendo o grau de patologia do quadro depressivo determinado em parte pela gravidade dos sintomas, pelo tempo de duração destes e do modo como modificam os traços de personalidade do indivíduo.

No decorrer de mais de dois mil e quinhentos anos da história intelectual ocidental quase todos os pensadores deram diferentes respostas para a questão fundamental que se coloca quando se fala de tempo - o que é o tempo?

Para Isaac Newton, citado por Poppel (1985/1989) “O tempo absoluto, verdadeiro e matemático, flui uniformemente devido à sua própria natureza e a partir de si próprio, sem relação com qualquer coisa externa.” (p. 19). Esta famosa definição de tempo, dada há aproximadamente trezentos anos, pressupõe que o tempo flui uniformemente e só esta suposição é que tornou possível a formulação de leis físicas. Muitos anos antes, Aristóteles dizia que “ O tempo é o número do movimento segundo um antes ou um depois” (p. 20) e, muito mais recentemente, o físico norte-americano Richard Feynman, laureado com o Prémio Nobel refere que o “Tempo é o que acontece quando mais nada acontece” (p. 20) parecendo querer com isto dizer que só quando mais nada acontece é que se toma consciência do tempo.

Mas de que tempo falamos quando falamos de tempo? Que tempo é esse que habita a consciência e que constitui uma reflexão sobre essa mesma vivência ? Mais do que saber “*o que é o tempo?*” importa saber “como é que o homem vive” o que definimos como tempo. Esta é a

pergunta essencial que recai sobre a qualidade²⁴ do tempo.

Ainda segundo Poppel (1985/1989), se ao reflectir sobre o tempo se tomar, como ponto de partida, a concepção da física clássica de que o tempo flui uniformemente pode-se considerar que o presente constitui o limite entre passado e futuro. Assim, se o tempo flui uniformemente tem que haver sempre um momento que é este limite - o “agora”. Este agora funciona como um limite inextenso que se move em direcção ao futuro ou através do qual o futuro penetra no passado. Martin Heidegger²⁵ (1889-1976), sendo filósofo e não físico, defendeu igualmente o presente como dimensão temporal. Na sua obra *Ser e Tempo* Heidegger escreve: “Cada agora também já é um ainda-agora ou um logo-a-seguir” (p. 63). Santo Agostinho, no seu 11º Livro das suas Confissões, realça também o significado do presente no que respeita à vivência humana do tempo.

Diz:

são três os tempos: Um presente de passado, um presente de presente e um presente de futuro. Com efeito estes tempos são uma espécie de trindade na alma, e não os vejo noutra lugar: e, decerto, existe aí o presente de passado, nomeadamente, a recordação; o presente de presente, a saber a evidência; o presente de futuro, ou seja, a expectativa (p. 65).

O tempo é um concomitante emocional fundamental para a identidade do sujeito. Na psicopatologia clássica ou da psicopatologia dinâmica toda a problemática insiste na consciência do

²⁴ qualidade é a essência de uma coisa (Poppel (1985/1989))

²⁵ **Martin Heidegger** foi exercitado “...na análise estrutural radical da consciência pura de Husserl e partilha com a fenomenologia o esforço de analisar e descrever metodicamente os significados conceptuais dos fenómenos singulares. Aspirava a uma análise fenomenológica da existência humana a respeito do seu carácter temporal e histórico. (...) Sob a influência de Kierkegaard, segue uma análise «existencial» da existência humana para discutir de um novo modo a questão filosófica original do ser. Investiga muitos fenómenos até então inexplorados, aos quais a ontologia não prestava atenção. *Sorge* (cuidado), que é, por excelência, a estrutura da consciência, é elevada a principio fundamental. O cuidado tem um horizonte de ser totalmente especial. Angústia (*Angst*), o sentimento de estar no limiar do nada, representa um instrumento de conhecimento eminentemente transcendental. (...) Mostra que a essência da angústia é o *Sorge* (cuidado). Uma vez que o cuidado tende a tornar-se obscuro para si mesmo, através do perder distraído da individualidade nas preocupações da vida quotidiana, a solução para isto está na consideração de experiências tais como a consciência, o pressentimento da morte e a consciência existencial do tempo. (...) Em *Ser e Tempo* aborda o significado existencial da morte, a consciência e o poder de escolha resoluta, estruturas mais complexas que explicam os fenómenos do lugar do homem na vida quotidiana e na história (Runes (1983/1990), p.180).

tempo que remete, por sua vez, para a consciência da realidade dando conta da insuportabilidade do real, fundador da cronopatologia. Relembrando Herman Hess em “Sidaarta” que diz ser o rio que está na nascente o mesmo que está na foz e, ainda, o mesmo rio que passa, isto é, nada foi, nada será e nada é. Poder-se-á, então, dizer que a consciência do tempo é uma consciência dolorosa de qualquer coisa que se reconstrói, é uma consciência do presente para o passado e não do passado para o presente, fazendo com que todo o tempo seja presente. Poder-se-á, também, dizer que o tempo é coisa que não existe em termos mentais sendo apenas uma ilusão. Ilusão dolorosa de que o tempo presente foi devorado no passado - a ilusão depressiva - ou que o tempo presente está a ser apenas a capa do futuro que há-de vir, ou, ainda, que o tempo presente é apenas uma forma de viver o tempo futuro que nos parece insuportável - a angústia (Amaral Dias, 1995, Comunicação pessoal).

De igual modo, a consciência do tempo prende-se com a consciência da virtualidade do objecto, isto é, com a consciência de que o objecto é ele mais o não-ele, do seio e do não-seio. É a virtualidade desse objecto que nos faz dizer que esse objecto está lá ou não está lá, mas se não está lá já esteve ou poderá vir a estar. A consciência do real é a consciência da separação e é esta consciência da separação que funda a consciência do tempo.

Widlocher (1983), refere que nas abordagens teóricas feitas à problemática da depressão as questões relacionadas com o tempo estão presentes. A maior parte das análises fenomenológicas esforçaram-se por procurar uma estrutura latente que as ordenasse, lhes desse coerência e orientasse para uma perturbação fundamental da acção - o relacionamento do homem com o tempo. São disso exemplo a análise da perturbação da temporalidade feito por Minkowski, Straus e Tellenbach, entre outros.

Para Amaral Dias (1988), nas abordagens psicanalíticas, Freud foi o primeiro a constatar que o tempo passado “ ‘irritaria’ o aparelho psíquico” (p. 15) sendo, assim, responsável pela ocorrência das neuroses. Freud baseou o seu método terapêutico numa espécie de “cirurgia da alma”, posição contestada por Amaral Dias que afirma sofrer o neurótico não do passado mas ser

ele “ (...) na sua angústia e no seu sintoma, o ‘passado’.” (p. 15). Para Melanie Klein o tempo é a consciência da separação e da realidade em que o passado é uma interpretação da nostalgia e da ansiedade depressiva do objecto ideal o que faz dele uma posição e não uma fase.

Amaral Dias diz que a problemática da depressão reflecte em si própria a questão da realidade. A relação com o tempo é uma relação muito estruturante de natureza fundamental sem a qual o sujeito não pode viver. A fundamentação do tempo é uma fundamentação do real. Entre o tempo real (cronos) e o tempo mental (tempo s/ tempo) existe uma relação em que o que se passou não está passado. Aquilo que se passou e aquilo que se passa tem uma relação complexa que é a relação que existe entre o problema e a sua unidade de significação. Assim, no domínio do universal, daquilo que é característico do Homem, a depressão é algo absolutamente crucial à fundamentação da essência e da experiência humana pois está dela dependente a capacidade de poder olhar o passado e simultaneamente antecipar o futuro. Mas a relação do deprimido com o passado é patológica na medida em que este exclui completamente da sua mente aquilo que não confirma uma ideia bizarra do presente. O deprimido encarrega-se de experienciar o presente à luz do passado generalizando e procurando nele aquilo que lhe fundamente o presente (Amaral Dias, 1995, Comunicação pessoal).

3.2. A depressão: Principais aproximações etiológicas

3.2.1. O modelo clínico e o DSM-IV

Segundo Widlocher (1983), o modelo clínico²⁶, baseado na lógica da doença e socorrendo-se de uma diversidade de classificações e descrições exaustivas das perturbações de humor, continua a não simplificar os problemas postos pelo estudo e diagnóstico da depressão. Contudo, o método clínico permite, a partir da constância dos sintomas e da regularidade da sua evolução, isolar uma certa realidade fenomenal, prescindir de um conhecimento aprofundado das causas e dos mecanismos, fazer um prognóstico e prescrever uma terapêutica. Em simultâneo, serve de ponto de partida às investigações, independentemente das hipóteses mais precisas sobre a natureza do mal.

Ainda segundo Widlocher (1983), os clínicos do século passado, ao estabelecerem uma classificação de conjunto das formas de alienação mental, transmitiram um modelo que remete para a existência de uma natureza idêntica entre as diferentes formas. Uma existência enganosa pois, além do facto delas afectarem toda a actividade mental e comportamental e, assim, pertencerem à mesma especialidade médica, nada mais há que justifique esta unidade. Existem tantas diferenças entre a depressão, uma fobia e uma esquizofrenia como entre uma nefrite crónica, uma pneumonia e uma insuficiência cardíaca.

Para Widlocher (1983), a oposição entre Demência Precoce e Psicose Maníaco-Depressiva estabelecida por Kraepelin congrega, no termo importuno de “psicose”, as anomalias da actividade mental que nada têm em comum. O mesmo se passa para a expressão *depressão neurótica* que sugere uma entidade entre a depressão e as neuroses mas que não encontra nenhuma justificação. A melhor prova é a da depressão poder acompanhar um estado neurótico ou uma psicose esquizofrénicas. O segundo inconveniente está na relação que estabelece entre o normal e o patológico. O trabalho clínico começa logo que a doença se declara sendo o objectivo central

²⁶ A palavra clínico vem de kline que quer dizer leito e traduz a noção de que é “o que visita quem está de cama” (Lopes, 1994)

identificar e tratar, e não distinguir, um estado normal de um estado patológico. Diante de um sujeito que apresenta um conjunto de sinais o clínico, apoiando-se num código que decifra os dados recolhidos empiricamente, e por detrás das características individuais, deve identificar uma dada doença - o diagnóstico positivo - e certificar-se que esta não inclui algum outro sinal que faça suspeitar de uma outra forma de doença - o diagnóstico diferencial.

Na opinião expressa por Rodrigues e Gonçalves (1997), esta redução da conduta concreta ao sinal é um efeito inseparável do estabelecimento da lista de sintomas que definem a doença e que caracteriza o *International Classification of Diseases* ou ICD-10 da Organização Mundial de Saúde e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais -*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* ou “DSM” da Associação Psiquiátrica Americana. Este último será objecto de atenção pois é considerado mais rigoroso e objectivo dispondo de uma edição recente, a IV.

Ainda segundo Rodrigues e Gonçalves (1997), a DSM-IV é um manual de diagnóstico que possui “ (...) um conjunto de critérios objectivos e rigorosos, por vezes quantificados, para o diagnóstico das várias perturbações, assente num sistema multiaxial de cinco eixos (...) com o objectivo de evitar que o acto de diagnóstico seja uma mera colagem de etiquetas, mas avalie o doente em todos os aspectos” (p. 56). Lê-se na introdução ao DSM-IV que esta tem como prioridade “ (...) fornecer um guia que seja útil na prática clínica” e que se baseia na “evidência empírica” (4ª ed., 1996, pp. XV-XVI). Em relação às questões do normal e do patológico o termo perturbação mental aparece como “ (...) um anacronismo reducionista do dualismo mente corpo (...) em que cada perturbação mental é conceptualizada como um comportamento clinicamente significativo ou síndrome psicológica ou padrão que tem lugar num sujeito” não classificando as pessoas mas sim as “per-turbações” que estas têm” (pp. XXI-XXII).

O DSM-IV inclui a depressão no capítulo referente às Perturbações do Humor. Este capítulo está dividido em três partes: A primeira delas descreve os diferentes episódios de alteração do humor - *Episódio Depressivo Major*, *Episódio Maníaco*, *Episódio Misto* e *Episódio*

Hipomaniaco -; a segunda, refere as perturbações do humor - *Perturbação Depressiva Major*, *Perturbação Distímica*, *Perturbação Bipolar I* -; a terceira faz referência aos especificadores ou aos episódios de humor recentes ou á evolução dos episódios recorrentes.

As características dos Episódios de Alteração do Humor são as seguintes: no Episódio Depressivo Major, a característica essencial “ (...) é um período mínimo de pelo menos duas semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades. Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável em vez de triste. O sujeito deve igualmente experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso; sono e actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou planos, tentativas ou ideação suicida. Para ser assinalado como sintoma de um Episódio Depressivo Major, o sintoma deve ou estar presente há pouco tempo ou ser recente ou ter piorado claramente em comparação com o estado da pessoa antes do episódio. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por mal-estar significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.” (pp. 328-329). Nas Perturbações e Características Associadas, a DSM-IV refere que os indivíduos frequentemente apresentam-se “ (...) com choro fácil, irritáveis, preocupados, com ruminacões obsessivas, ansiedade, fobias, preocupações excessivas acerca da saúde física, queixas de dor (por exemplo, cefaleias, dores abdominais ou nas articulações).” (p. 331) e considera ser o suicídio a consequência mais grave deste episódio; O Episódio Maníaco “ (...) é definido por um período distinto durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável. Este deve durar pelo menos uma semana (ou menos se for necessária a hospitalização). A perturbação do humor deve ser acompanhada pelo menos por três sintomas adicionais de uma lista que inclui aumentos na auto-estima ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, discurso

apressado, fuga de ideias, distractibilidade, aumento do envolvimento em actividades dirigidas para objectivos ou agitação psicomotora e envolvimento excessivo em actividades agradáveis com um elevado potencial de terem consequências dolorosas. A perturbação tem de ser suficientemente intensa para provocar uma clara deficiência no funcionamento social ou ocupacional ou requerer hospitalização, ou ser caracterizada pela presença de características psicóticas.” (p. 336); O Episódio Misto “ (...) é caracterizado por um período de tempo (com a duração de pelo menos uma semana) no qual são preenchidos os critérios para Episódio Maníaco e para Episódio Depressivo Major quase todos os dias. O sujeito experimenta alterações do humor de modo rápido (tristeza, irritabilidade, euforia) acompanhadas por sintomas de um Episódio Maníaco e Episódio Depressivo Major. O quadro sintomático inclui frequentemente agitação, insónia, desregulação do apetite, características psicóticas e ideação suicida.” (pp. 341-342); Episódio Hipomaníaco “ (...) é definido por um período distinto durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável que dure pelo menos quatro dias. Este período de humor anormal deve ser acompanhado pelo menos por três sintomas adicionais de uma lista que inclui aumentos na auto-estima ou grandiosidade (não-delirante), necessidade de sono diminuída, discurso apressado, fuga de ideias, distractibilidade, aumento do envolvimento em actividades dirigidas para objectivos ou agitação psicomotora e envolvimento excessivo em actividades agradáveis com um elevado potencial de consequências desagradáveis.”(p. 344).

As características das Perturbações Depressivas são as seguintes: na Perturbação Depressiva Major a “ (...) característica essencial (...) é a evolução clínica que é caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos.” (p. 348). Esta perturbação encontra-se “ (...) associada a uma elevada mortalidade. A taxa de suicídio em sujeitos com Perturbação Depressiva Major grave pode ir até 15%. Os estudos epidemiológicos sugerem, igualmente, que a taxa de morte está quatro vezes mais aumentada em sujeitos com Perturbação Depressiva Major que têm mais de 55 anos.” (p. 349). Em relação à prevalência, a

DSM-IV refere que o “ (...) risco ao longa da vida para a Perturbação Depressiva Major em amostras comunitárias tem variado entre 15% e 25% para as mulheres e de 5% a 12% para os homens” (p. 350) e, acrescenta, que a taxa de prevalência parece não estar relacionada com a raça, nível salarial ou estado civil; na Perturbação Distímica, “ (...) a característica essencial (...) é o humor cronicamente depressivo durante mais de metade dos dias pelo menos durante dois anos.(...) Durante os períodos de humor depressivo, pelo menos dois dos seguintes sintomas adicionais estão presentes: diminuição ou aumento de apetite, insónia ou hipersónia, fadiga ou pouca energia, baixa auto-estima, dificuldades de concentração ou em tomar decisões e sentimento de falta de esperança. (...) A prevalência ao longo da vida para a Perturbação Distímica (com ou sem Perturbação Depressiva Major sobreposta) é de aproximadamente 6%.” (pp. 355-357); As Perturbações Bipolares incluem a Perturbação Bipolar I, a Perturbação Bipolar II, a Ciclotimia e a Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação. Na Perturbação Bipolar I, a “ (...) característica essencial (...) é a evolução clínica caracterizada pela presença de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos. Frequentemente, estes sujeitos têm um ou mais Episódios Depressivos Major. (...) A prevalência ao longo da vida da Perturbação Bipolar I em amostras da comunidade tem variado de 0,4% a 1,6%.” (pp. 361-363). Na Perturbação Bipolar II, a “ (...) característica essencial (...) é a evolução clínica caracterizada pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Major acompanhado pelo menos por um Episódio Hipomaníaco. (...) Estudos na comunidade sugerem uma prevalência ao longo da vida da Perturbação Bipolar II de aproximadamente 0,5%. Na Perturbação Ciclotímica, a “característica essencial (...) é uma perturbação do humor crónica e flutuante que envolve numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e numerosos períodos de sintomas depressivos. Os sintomas hipomaníacos são em número, intensidade, globalidade ou duração insuficientes para preencher os critérios completos para Episódio Maníaco e os sintomas depressivos são em número, intensidade, globalidade ou duração insuficientes para preencher os critérios completos para Episódio Depressivo Major. (...) Os estudos sugerem uma prevalência ao

longo da vida da Perturbação Ciclotímica de aproximadamente 0,4% a 1%. “(pp. 374-375). A Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação “ (...) inclui as perturbações com características bipolares que não preenchem os critérios para nenhuma Perturbação Bipolar específica. Os exemplos incluem: 1. Alteração muito rápida (durante dias) entre sintomas maníacos e depressivos que não preencham os critérios mínimos de duração para Episódios Maníaco ou Episódio Depressivo Major; 2. Episódios Hipomaníacos recorrentes com sintomas depressivos intercorrentes; 3. Um Episódio Maníaco ou Misto sobreposto a Perturbação Delirante, Esquizofrenia residual ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação; 4. Situações em que o clínico conclui que uma Perturbação Bipolar está presente mas é incapaz de determinar se é primária, devida a um estado físico geral ou induzida por substância.” (pp.376-377).

São ainda referidas as perturbações classificadas em Outras Perturbações do Humor, subdividido em Perturbação do Humor Devida a Um Estado Físico Geral, Perturbação do Humor Induzida por Substância e Perturbação do Humor Sem Outra Especificação.

Com a sua abordagem descritiva e genérica, a DSM-IV é um instrumento útil na investigação e na clínica da depressão (e de outras patologias mentais) mas não se pode deixar de ter em conta que a complexidade do ser do processo depressivo transcende em muito o conjunto de sinais e sintomas dado por este manual.

3.2.2. A abordagem fenomenológica-existencial

Segundo mencionado por Teixeira (1996) e Cardoso (1997), o pensamento fenomenológico existencial está longe de ser homogêneo assim como as correntes filosóficas que lhe dão origem. Contudo, há entre estas diversas orientações algumas invariantes que surgem como pontos de convergência - uma certa concepção de Homem, um método, um estilo existencial e uma ética de

liberdade.

Na opinião de Teixeira (1996), no pensamento fenomenológico existencial, a concepção do Homem centra-se especialmente nas capacidades, nas potencialidades, nas dimensões do amor, na criatividade, na consciência, na realização de si, na espontaneidade, na liberdade e na responsabilidade existencial. O Homem aparece como ser intencional, consciente de si mesmo e capaz de fazer escolhas resultando daí o significado da sua existência sendo, ainda, o realizador de todas as estruturas relacionais. A compreensibilidade do Homem reside na sua *Lebenswelt*, ou mundo da experiência, onde os dados objectivos e subjectivos estão ligados num espaço significativo e intencional onde radicam as modalidades de construção do seu mundo. O método é o fenomenológico que, influenciado por Husserl²⁷ (1859-1938), pretende aceder aos fenómenos tal como surgem à consciência. Este método, ao distinguir o Eu e o Outro, torna inteligível tudo o que é subjectivo e afectivo permitindo aceder à compreensão empática do sujeito. Segundo Araújo (1996), o estilo, é o existencial em que o conceito de existência aparece na sua dimensão ontológica, ou seja, o Homem como ser em continuo diálogo com o seu mundo exterior e interior. A vida é um constante experienciar e decidir onde o Homem procura uma razão para a sua existência, onde procura a sua plenitude. A ética é a da liberdade de ser o autor do seu próprio destino e o responsável pela sua existência. O Homem transcende-se ao superar toda a facticidade e assim torna possível outras formas de ser e de vir-a-ser.

Para Besora (1994), em psicopatologia as raízes filosóficas das correntes fenomenológicas e existenciais encontram-se intimamente ligadas às vicissitudes do movimento existencial em filosofia tendo como marco a publicação em 1927 da obra *Ser e Tempo* de Heidegger. Pode-se, assim, distinguir duas épocas fundamentais, a do *existencialismo fenoménico* e a do

²⁷ **Edmund Husserl** foi o primeiro a aplicar o nome «Phanomenologie» a um sistema filosófico. Na primeira edição das *Logische Untersuchungen* (1900-1901) - Husserl deu esse nome às investigações e teorias que constituem a maior parte desta obra e do único volume publicado da *Philosophie der Arithmetik* (1891) - a fenomenologia foi definida como a análise descrita dos processos subjectivos, *Erlebnisse*. O assunto era impropriamente identificado com aquilo que vulgarmente era tido como o tema central da psicologia; considerava-se que as duas disciplinas diferiam apenas no facto de a psicologia estabelecer leis causais ou genéticas para explicitar o que a fenomenologia descreve (Runes(1983/1990). pp. 189-190).

fenomenológico. A primeira, configurada em torno da vivência ou experiência do fenómeno, não se preocupa com a descrição e compreensão deste mas antes na sua dimensão transcendental de inspiração dionisíaca. Caracteriza-se também, originariamente, pela procura angustiante de transcendência e tem como objectivo superar a condição humana que considera inacabada e incompleta. Na linha do existencialismo fenoménico cristão, Santo Agostinho e Pascal são referidos, muitas das vezes, como antecessores do pensamento existencialista do século XIX, particularmente de Kierkegaard. Na linha teísta²⁸ é realçado a influência de Jaspers²⁹ (1883-1969) e na área ateísta³⁰, a de Schopenhauer e Nietzsche³¹ (1877-1900). A segunda, a do existencialismo fenomenológico, tem como preocupação o significado que o Homem dá à sua vivência enquanto ser singular. São considerados antecessores Dilthey³² (1883-1911), Brentano³³ (1838-1917) e Husserl (1859-1938) e os expoentes máximos são Heidegger e Sartre³⁴ (1905-1980). Com Heidegger, o

²⁸ “...tipo de religião ou de filosofia da religião que incorpora a concepção de Deus como um ser unitário..” (Runes (1983/1990), p. 365)

²⁹ **Karl Jaspers** foi inspirado pela psicologia de Nietzsche e de Kierkegaard mas aspirava “...a um método estritamente científico, o «existencialista». Jaspers analisa as atitudes possíveis do homem em relação ao mundo; as decisões que o indivíduo tem de tomar em situações inevitáveis como a morte, a luta, a mudança, a culpa; e os diferentes modos como o homem enfrenta estas situações. (...) Compreendendo a relação problemática decisiva entre filosofia e religião na Idade Média, Jaspers eleva a psicologia e a história a uma posição mais importante no futuro da filosofia” (Runes (1983/1990), p. 210)

³⁰ “Dois usos do termo: (a) a crença de que não existe Deus; (b) alguns filósofos foram apelidados “ateístas” porque não tinham fé num Deus pessoal” (Runes (1983/1990), p. 44)

³¹ **Friedrich Nietzsche** desenvolveu uma filosofia da vida em que perspectivava ser “...só aquela vida que desenvolve a resistência e a integridade para suportar os inevitáveis sofrimentos e infortúnios da existência sem fugir para um mundo imaginário merece a pena ser vivida” (Runes (1983/1990), p. 271).

³² **Wilhelm Dilthey** foi um “...cultor do género biográfico, construiu uma nova metodologia e uma nova interpretação do estudo da sociedade e da cultura. É considerado o “...primeiro historiador filósofo humanista da sua época, introduziu a investigação compreensiva na história do desenvolvimento intelectual” (Runes (1983/1990), p. 103).

³³ **Franz Brentano** considerou três as formas de actividade psíquica: a representação, o juízo e os «fenómenos de amor e de ódio». Estas são também três modos da «intencionalidade», isto é, de referência a um objecto visado. “Os juízos devem ser evidentes em si mesmos e assim caracterizados como verdadeiros e, num caminho análogo, o amor e o ódio devem ser caracterizados como «justos». É nestas caracterizações que se deve basear a teoria dogmática da verdade e do valor. Em qualquer experiência mental o conteúdo é um fenómeno meramente físico (real ou imaginário) que tem uma referência intencional a qualquer coisa; o que é psíquico é apenas o «acto» de representar, de julgar (i.e., afirmar ou negar) e de valorar (i.e. amar ou odiar). Uma vez que tais actos são evidentemente imateriais, a alma em que são executados pode ser provada como uma substância puramente espiritual e imperecível e, a partir destas e de outras considerações, a existência, a espiritualidade, como também a sabedoria infinita, a bondade e a justiça de Deus também podem ser demonstradas. É principalmente pela sua classificação dos fenómenos psíquicos, pela sua psicologia de «actos» e «intenções» e pela doutrina respeitante à auto-evidência da verdade e dos valores que Brentano, que se considerou a si próprio um aristotélico, exerceu uma influência profunda nos filósofos alemães seguintes” (Runes (1983/1990), pp. 59-60)

³⁴ **Jean-Paul Sartre** é considerado o mais importante e radical dos existencialistas franceses. As suas experiências de vida, nomeadamente as experienciadas ao serviço da Resistência, ensinaram-lhe “...que a liberdade é a «responsabilidade total da solidão total» (...) É possível dividir o pensamento filosófico de Sartre em quatro períodos, correspondendo a quatro das suas mais importantes obras.(...) (1) Primeira fase, do desespero solipsístico. Incapaz de

existencialismo converte-se a uma hermenêutica³⁵ onde se procura incessantemente o significado e com Sartre, o homem é um hermenêutico não do ser mas dele mesmo, da sua própria história através do “projecto existencial”.

Na opinião de Lopes (1994), a psicopatologia das correntes fenomenológicas-existenciais procura aceder ao Homem através das suas manifestações psíquicas independentemente de serem consideradas “normais” ou “patológicas” partindo das suas experiências vividas enquanto sujeito. Assim, segundo Teixeira (1994), tomam por objecto as estruturas intencionais do sujeito susceptíveis de descrição e compreensão e procuram investigar qual é a estrutura particular do seu funcionamento psicológico que condiciona os fenómenos psicopatológicos no seu conjunto, isto é, a *perturbação geradora*.

Segundo Kurt Schneider referido por Teixeira (1994), a adopção da perspectiva fenomenológica em psicopatologia implica uma especial atenção para a forma (o *como*) e não para o conteúdo (o *quê*). Deixa-se, deste modo, de ter em conta o sentido da manifestação psicopatológica e passa-se ao desvendar e ao clarificar do sentido da existência do Homem-perturbado pela compreensão do como é que ele se move no mundo.

Ainda segundo Teixeira (1994), o objectivo último das correntes fenomenológicas-existenciais em psicopatologia é permitir ao Homem-perturbado compreender-se e situar-se de uma outra forma em relação aos seus próprios comportamentos e pôr em evidência, em cada um deles, a estrutura intencional com que os orienta e subentende. E assim, referindo Carvalho, Cruz e Trindade (1994), ele poderá actualizar livre e abertamente as suas possibilidades do ser Homem e

provar a existência de outras pessoas, fica-se abandonado a si mesmo. A *Náusea* é a novela mais representativa desta fase do seu pensamento. (2) A seguir é o espírito de resistência negativo, exemplificado na sua maior obra, *L'être et le neant*. A primeira atitude para com os outros, diz ele, é o amor, a linguagem e o masoquismo. A segunda atitude para com os outros é a indiferença, o desejo, o ódio e o sadismo. (3) A terceira fase é a do humanismo optimista do *L'existencialisme est un humanisme*. Confiante e seguro das bases do seu pensamento, esta fase, que se segue imediatamente ao após-guerra, teve na época uma enorme influência. (4) A quarta fase é a do desenvolvimento da doutrina sociológica de sartre na *Critique de la raison dialéctique*. Procura aí combinar os conceitos do existencialismo com o marxismo, pondo de parte o determinismo marxista que considerava anacrónico e sugerindo que o existencialismo seria uma influência humanizante no interior do sistema marxista. (...) «O homem não é mais do que o seu projecto; só existe na medida em que se realiza a si mesmo; por conseguinte, nada mais é do que o conjunto dos seus actos, nada mais do que a sua vida.» - Sartre, *Essays in Existencialism*, 47 (Runes (1983/1990), pp. 337-338)

melhor usufruir das suas potencialidades que se encontram limitadas.

Teixeira (1994) refere que para a compreensão do Homem-perturbado são fundamentais as contribuições da *fenomenologia descritiva* com a *compreensão psicológica das vivências* de Karl Jaspers, a *fenomenologia genético-estrutural* de que se destaca os desenvolvimentos de Minkowski e Von Gebsattel, a “Daseinsanalyse” de Biswanger e a *psicanálise existencial* de Sartre.

A compreensão psicológica das vivências de Karl Jaspers é uma fenomenologia assente na descrição que o sujeito faz das suas experiências subjectivas e na compreensão empática dos seus estados de consciência (Teixeira, 1994). Segundo Hjaij citado por Cardoso (1997), a Psicopatologia de Jaspers assenta no método fenomenológico, no compreensivo e na explicação dos processos psíquicos decorrentes factores causais, de variáveis independentes ou como determinação de uma relação constante entre um comportamento e a sua resultante. O método fenomenológico e o compreensivo são intuitivos e holísticos e não recorrem à reflexão antecipada, o que não põe em causa o rigor teórico e prático dos métodos. Ainda segundo Hoiij referido por Cardoso (1997), os fenómenos psicopatológicos - factos, sentimentos, dificuldades pessoais - comportam-se como elementos reais o que os tornam passíveis de serem apreendidos e descritos de forma rigorosa dentro da significação que lhes é dada pelo sujeito que os narra, a que chamou de *intuição eidética*. Segundo Cardoso (1997), um outro conceito importante é o de *imparcialidade fenomenológica* que deve estar sempre presente na contemplação do fenómeno em si. Isto implica “ (...) destacar, delimitar, diferenciar e descrever determinados fenómenos mentais através da percepção do indivíduo que o experiencia” (p. 25) e deixar de lado todas as teorias e construções psicológicas. Os elementos para a captação fenomenológica do fenómeno residem na captação da conduta e das manifestações dos movimentos expressivos, na exploração dirigida e na autodescrição, particularmente valorizada. Compete ao clínico não só a apreensão dos fenómenos mas também a sua ordenação de modo compreensível para posterior comunicação. Segundo Romero referenciado por Cardoso (1997), a doença para Jaspers consistia num vivenciar que adquire carácter mórbido

³⁵ “A arte e a ciência de interpretar o significado dos textos” (Runes (1983/1990), p. 182)

sempre que surge como um processo que quebra a continuidade vital do sujeito, apresentando-se como incompreensível.

Teixeira (1994) refere que na fenomenologia genético-estrutural, os desenvolvimentos feitos por Minkowski e Von Gebsattel procuraram descobrir as constantes estruturais de modo a constituir a matriz da perturbação global. A Daseinsanalyse de Biswanger, enquanto tentativa de reconstrução do mundo experiencial do Homem-perturbado com a ajuda da concepção antropológica de Heidegger, ultrapassa o estudo das vivências e questiona-se essencialmente sobre a existência do sujeito. Os estados psicopatológicos aparecem como um inflexão da estrutura do ser-no-mundo, uma inflexão dos existenciais emergindo um modo de existir sem liberdade, no qual o sujeito já não é um “Dasein” mas que, ao mesmo tempo, revela a sua própria intervenção. A psicanálise existencial de Sartre leva, finalmente, à análise existencial enquanto análise do projecto existencial como organizador da existência.

Dentro da patologia, a depressão sempre constituiu um pólo central de interesse para os fenomenólogos e existencialistas. Saliente-se as contribuições dadas por Karl Jaspers, Minkowski, Von Gebsattel, Binswanger, Pierre Janet, Rollo May, Perls, Victor Frankl, Forghieri e Romero.

Segundo Martins e Martins e Alvarez (1994), para Karl Jaspers o deprimir-se é próprio do homem estando afectiva e intimamente ligado à existência. Os estados depressivos são principalmente caracterizados por alterações do tempo e do espaço vivido. As alterações do tempo traduzem-se: Na bradicronia, uma ilusão de duração do vivido na qual há vivência da lentidão do tempo vivido; na ausência da consciência do tempo que permite que o sofrimento se ligue à eternidade do tempo passado; na alteração da realidade de vivência do tempo caracterizada por um “vazio sem tempo” em que não se vivência a realidade com actividade temporal; na inibição do devir subjectivo, uma vivência de detenção do tempo em que se desmorona a experiência da sucessão, um bloqueamento do futuro. A alteração do espaço vivido, dimensão subjectiva e impregnada afectivamente do espaço, encontram-se nas reduções efectuadas a nível do: Espaço Eu,

sob a forma de um estreitamento do espaço vital que faz com que o sujeito se experiencie “aprisionado”; espaço afectivo, no qual a “distância vivida” em relação aos acontecimentos exteriores e aos outros é experimentada como muito longa; do espaço de vida activa, isto é, a capacidade para “habitar” o espaço realizando actividades; espaço prospectivo, isto é, a redução existencial do “já nada vale a pena” no plano histórico vital; espaço perspectivo, ou seja, do espaço ligado à dimensão futura da temporalidade, um tempo onde se vislumbra o espaço que há-de vir.

Widlocher (1983) refere que para Minkowski, o deprimido não tem mais consciência do futuro sentindo-se dissipado e derrubado no passado. Diz: *“Le malade (...) a l'impression de marcher négativement par rapport au temps... de tourner en sens inverse de la terre, et le temps fuit pour lui d'une manière atroce ”* (p. 68). E para Von Gebsattel, o deprimido insiste na despersonalização e no sentimento de estranheza nas relações com os outros. Esta irrealidade da experiência dependeria de uma divisão do eu e de uma tentativa constante destas duas partes do eu se encontrarem - uma parte representante do sentimento mantido de plenitude e de liberdade e a outra, a atitude de negação e de isolamento.

Segundo Cotovio e Bacelar (1994), para Binswanger o melancólico é aquele que perdeu flexibilidade de fluxo consciente que permitiria a apresentação do Dasein, ou seja, a presença dirigida para o presente temporal, para a actualidade fazendo com que retenção e protensão estejam misturadas. É esta dupla visão contraditória que elimina o que Binswanger denomina de “woruber” e que se traduz por “a propósito de quê”. Sem este “a propósito” a presença é apagada não restando mais ao Dasein que o infortúnio e o enfraquecimento .

Widlocher (1983) refere que para Pierre Janet, o melancólico tem medo da acção. O termo acção tem que ser entendido no seu sentido mais amplo, isto é:

Um objecto é antes de tudo um objecto comestível, um objecto sexual, um objecto com o qual falamos, controlamos de qualquer maneira, ele é caracterizado pelas acções que efectuamos

sobre ele ou a propósito dele. Este acto pode ser reduzido a poucas coisas e não se manifestar senão através de acções mais ou menos avançadas a que chamamos de desejos. A percepção de um objecto não é um acto característico irresoluto às suas primeiras fases (p. 66).

E, ainda, o medo normal ou patológico tem por efeito directo a suspensão da acção: “ O homem que não pode mais fazer algum acto, nem um desejo, nem sonho algum, não pode mais viver nem tolerar a sua vida”(p. 67).

Segundo Cardoso (1997), para Rollo May, a imagem que o Homem tem de si mesmo, a sua experiência de ser no mundo, é a de um ser submetido a um mundo tecnicista e mecanizado. Explica e centra a crise do homem dentro da sua situação histórico-cultural, na perda da sua individualidade, o que lhe traz como consequência, muitas vezes, a depressão. Para Perls, o precursor da Gestalt-Terapia, o deprimido é incapaz de viver o presente, pois carrega consigo situações inacabadas do passado que absorvem a sua atenção, levando-o a entristecer-se, a deprimir-se. Para Victor Frankl, o Homem é um ser condicionado pela sociedade impessoal e mecanicista, isola e aliena-se, chegando a perceber-se sem sentido para a vida num completo vazio interior, o vazio existencial, que o conduz à depressão. Para Forghieri, o Homem reage aos estímulos mas também tem consciência da sua própria vida e das pessoas com as quais se relaciona, atribuindo-lhes, e aos acontecimentos da sua existência, um significado pessoal e singular. A vida do sujeito caracteriza-se pela ambiguidade que decorre do próprio existir e revela dois fenómenos importantes que podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento pleno da personalidade do sujeito - a realização e a frustração pessoal. Estas podem ocorrer a vários níveis envolvendo aspectos pouco ou muito significativos conforme a situação. A relação do homem com o mundo, como *ser-no-mundo*, apoia-se numa compreensão intuitiva e global sendo acompanhada de humor, de acontecimentos passados, presentes, expectativas e projectos pessoais tendo sempre esperança de poder superar os sofrimentos presentes. Contudo, a não superação dos estados de humor e de sofrimento podem

dificultar ou impedir o futuro nascendo, deste modo, a angústia existencial e a consequente depressão. Para Romero, no quadro depressivo aparecem constantemente a presença de vivências como o efêmero, o desencontro e a orfandade, o lamento da separação por ruptura ou perda; a culpa, a autodesvalorização, a auto-agressão; o sentimento de solidão e a morte. A duração da reacção destas vivências depende de três factores interdependentes: o evento que o provocou; a personalidade do indivíduo - o mesmo evento pode produzir efeitos diferentes em duas pessoas diferentes - a circunstância e a situação na qual se encontra o indivíduo, ou seja, as consequências dos eventos dependem das possibilidades do indivíduo em ligação com a sua personalidade.

A depressão representa para os fenomenólogos-existenciais uma experiência de vida dolorosa inerente ao próprio viver que aparece muitas das vezes também associada a outros sintomas nomeadamente os psicossomáticos ou sócio-afectivos.

3.2.3. A abordagem cognitiva-comportamental

Segundo Beck e os seus colaboradores (1979), as origens filosóficas da abordagem cognitiva-comportamental remontam ao ano 308 a. C. com os filósofos Estóicos, particularmente Zenão de Citium (Chipre) e continuam com Cícero, Séneca, Epicteto e Marco Aurélio prolongando-se nos trabalhos de Kant, Heidegger e Husserl. Mais recentemente, a aplicação da abordagem fenomenológica e a influência de psicólogos desenvolvimentistas como Piaget estão patentes nas formulações cognitivo-comportamentais.

Para Gouveia (1990), em 1953 Skinner publica o seu livro *Science and Human Behavior* constituindo a primeira tentativa de uma análise funcional da depressão na área comportamental. Os autores comportamentais consideram a depressão como um fenómeno de extinção, devido à interrupção de comportamentos que estavam a ser mantidos por reforços sociais positivos.

Contudo, só no início dos anos 60 acontecerá a utilização de métodos comportamentais no tratamento da depressão aparecendo, em 1962, o primeiro artigo publicado por Shapiro e col. referindo a utilização de métodos de dessensibilização no tratamento de uma situação depressiva.

Ainda segundo Gouveia (1990), dentro da área comportamental merecem particular destaque autores como Ferster e Lewinshon que muito contribuíram para uma compreensão operante da depressão. Segundo Ferster, a depressão resultaria de uma baixa frequência na emissão de comportamentos operantes devido à desorganização dos sistemas habituais de reforços positivos do indivíduo. A diminuição dos reforços habituais resultaria na extinção do comportamento e, assim, formar-se-ia um círculo vicioso causador de depressão. A redução do reforço positivo provocaria uma diminuição de comportamentos operantes que, por sua vez, levaria à redução dos reforços positivos. O prolongamento deste tipo de situação resultaria na diminuição significativa do reforço positivo e conseqüente estado depressivo. Lewinshon procurou ultrapassar as dificuldades do modelo anterior, nomeadamente, ao nível da explicação das diferenças existentes na forma como os indivíduos respondem à perda de reforços positivos. Assim, partindo das ideias de Ferster, Lewinshon deu especial relevo ao papel desempenhado pelas relações interpessoais e aptidões sociais do indivíduo considerando as alterações na qualidade de reforço obtido pelo indivíduo em função do seu comportamento como constituindo o factor desencadeante da disforia, o fenómeno central da depressão. Contudo, Lewinshon introduz o conceito de aptidão social o que lhe permitiu acentuar o papel desempenhado pela capacidade do indivíduo em emitir comportamentos interpessoais que originem um máximo de reforço social positivo e um mínimo de punição. Considera, ainda, que os défices neste tipo de aptidões constituiriam um dos factores importantes na vulnerabilidade para a depressão. Sempre que, por qualquer razão, o sistema habitual de reforços do indivíduo ficasse desorganizado este ficaria menos capaz de originar fontes alternativas de reforço interpessoal.

Gouveia (1990) e Cardoso (1997) referem que a abordagem cognitiva-comportamental surge

no início na década de 60 e deu particular atenção aos aspectos cognitivos, relegando, para um segundo plano, os aspectos relacionados com os afectos, o comportamento, a parte biológica ou história do desenvolvimento do cliente. É na década de 70 que se assiste, em várias áreas da psicologia, à passagem de uma perspectiva comportamental radical para uma perspectiva de mediação cognitiva com a conseqüente valorização dos factores cognitivos no estudo e tratamento de diferentes perturbações nomeadamente a depressão. Merece particular referência, pelo impacte e atracção exercido sobre os clínicos e os investigadores interessados na depressão, as contribuições de Aaron T. Beck e seus colegas. A importância destas contribuições ficaram-se, particularmente, a dever à eficácia clínica demonstrada e ao facto das teorias cognitivas para a depressão possibilitarem a formulação de previsões terapêuticas e etiológicas experimentalmente testáveis.

Segundo Gouveia (1990), em 1967 Beck formula a sua teoria cognitiva sobre a depressão que aparece publicada no seu livro *Depression: Clinical, experimental & theoretical aspects*. Beck, embora reconhecendo o envolvimento de múltiplos sistemas psicológicos e fisiológicos e encarando a depressão como um fenómeno unitário que pode ser estudado a vários níveis, deu particular atenção às alterações cognitivas que influenciavam as manifestações afectivas, motivacionais, comportamentais e vegetativas do deprimido. Assim, a depressão aparece como o resultado da activação de esquemas depressogénicos devido a acontecimentos de vida negativos. Uma vez activos, esses esquemas originam erros no processamento de informação e conceptualizações negativas da experiência dando origem a uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro, responsável pelos outros fenómenos depressivos.

Ainda segundo Gouveia (1990), Beck centrou o seu estudo na natureza dos processos de pensamento nos deprimidos, dando especial atenção ao conteúdo dos pensamentos verbalizados que reflectissem conceptualizações irrealísticas ou distorcidas, nos processos envolvidos nos desvios lógicos do pensamento e nas características formais de ideação que evidenciavam esse desvio assim como à relação estabelecida entre as distorções cognitivas e o afecto depressivo. Constatou que no

conteúdo temático ideativo dos deprimidos predominavam temas de auto-acusação, auto-criticismo e baixa auto-estima, atribuição de responsabilidades e problemas esmagadores acompanhados de auto-instruções coercivas e desejos de escape. Também nas cognições dos deprimidos apareciam constantes distorções da realidade evidenciando um “erro sistemático” contra si mesmo. Os deprimidos distorciam tendencialmente a realidade das próprias experiências interpretando-as, de um modo errado, como tratando-se de uma incapacidade, de um fracasso pessoal, de perda ou rejeição e exagerando todo o acontecimento que sugerisse informação negativa acerca de si mesmo.

Em 1979, Beck e os seus colaboradores publicam o livro *Cognitive Therapy of Depression* onde apresentam um modelo terapêutico altamente estruturado para a depressão utilizando técnicas cognitivas e comportamentais. A terapia proposta aparece definida da seguinte forma:

Cognitive therapy is an active, directive, time-limited, structured approach used to treat a variety of psychiatric disorders (for example, depression, anxiety, phobias, pain problems, etc.). It is based on an underlying theoretical rationale that an individual’s affect and behavior are largely determined by the way in which he structures the world (Beck, 1967, 1976). His cognitions (verbal or pictorial “events” in his stream of consciousness) are based on attitudes or assumptions (schemas), developed from previous experiences.”(Beck et al, 1979, p. 3). O objectivo da terapia seria “...to alleviate the individual’s depressive symptomatology by developing techniques to correct his distortions through the application of logic and rules of evidence and to adjust his information-processing to reality” (prefácio).

As técnicas empregues baseiam-se em várias estratégias cognitivas e comportamentais que visam delinear e testar as falsas e mal ajustadas concepções do paciente ensinando-lhe técnicas específicas de modo a que possa:

(1) to monitor his negative, automatic thoughts (cognitions); (2) to recognize the connections between cognition, affect, and behavior; (3) to examine the evidence for and against his distorted automatic thought; (4) to substitute more reality-oriented interpretations for these biased cognitions; and (5) to learn to identify and alter the dysfunctional beliefs which predispose him to distort his experiences” (p. 4)

O modelo cognitivo da depressão acenta em três pressupostos conceptuais para explicar o substrato psicológico da depressão: a *tríada cognitiva*; os *esquemas* e os *erros cognitivos* (*pensamentos automáticos* ou *falso processamento de informação*).

A tríada cognitiva é formada por três grandes padrões cognitivos negativos que levam o paciente a olhar-se a si próprio, ao seu futuro e às suas experiências de uma forma idiossincrática. O paciente tende a ver-se como defeituoso, inadequado, doente ou incapaz e a atribuir as experiências desagradáveis a uma falha sua de origem psicológica, moral ou física. O mundo exige-lhe coisas impossíveis ou apresenta-lhe obstáculos insuperáveis que o impedem de alcançar os seus objectivos, situação que continuará indefinidamente.

O esquema designa um padrão cognitivo estável e permite explicar a razão pela qual o paciente deprimido mantém os sentimentos negativos não obstante existirem provas de factores objectivos positivos na sua vida. Qualquer situação é composta por uma imensidão de estímulos que o sujeito selectivamente tende a reunir e a especificar, combinando-os num padrão que conceptualiza a situação. Assim, diferentes pessoas podem conceber a mesma situação de um modo diferente e cada uma tende a manter e a ser consistente com a sua resposta que surge num conjunto de situações similares. Estes padrões cognitivos relativamente constantes são a base para a regularidade de interpretações de um conjunto particular de situações. Quando uma pessoa enfrenta uma situação particular, o esquema relacionado com essa situação é activado. Deste modo, o esquema “ (...) is the basis for molding data into cognitions (defined as any ideation with verbal or

pictorial content)” (p.12) e constitui “ (...) the basis for screening out, differentiating, and coding the stimuli that confront the individual. He categorizes and evaluates his experiences through a matrix of schema” (p. 13). O tipo de esquemas empregue determina o modo como o sujeito estruturará as diferentes experiências. Um esquema pode permanecer inactivo por longos períodos de tempo mas pode emergir através de estímulos específicos do ambiente (por exemplo, situações de stress). Os erros cognitivos, também apelidados de falso processamento de informação, e os pensamentos automáticos partem do pressuposto que o esquema activado numa determinada situação determina directamente o modo de resposta do sujeito. Nos estados psicopatológicos; como a depressão, as situações específicas são distorcidas de modo a corresponderem aos prepotentes esquemas disfuncionais. Uma forma de compreender a desordem do pensamento na depressão é conceptualizá-la em termos de modos de organizar a realidade “primitivo” vs. “evoluído”. Parece que as pessoas deprimidas têm uma predisposição em estruturar as suas experiências de uma forma primitiva e observa-se que têm tendência para ver as suas experiências como resultante de uma total privação ou malogro - não-dimensional - e como irreversíveis - fixas -. Concomitantemente, consideram-se “falhados” e “condenados”.

Gouveia (1990) refere que Weissman e Beck elaboraram *Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)*, um inventário de auto-resposta constituído por 40 itens e destinado a medir padrões cognitivos relativamente estáveis - esquemas - de modo a permitir testar as hipóteses relativas à estabilidade das cognições baseadas em esquemas e ao conceito de vulnerabilidade cognitiva. Assim, a *Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)* procura avaliar o grau de atitudes depressogénicas do sujeito que o levam a avaliar a sua felicidade ou valor pessoal de uma forma demasiado rígida e absoluta tirando conclusões negativas acerca de si mesmo sempre que confrontados com o fracasso. A escala agrupa os itens em sete áreas fundamentais de atitudes: 1 - Aprovação, traduzida na tendência do indivíduo para avaliar a sua auto-estima com base naquilo que os outros pensam dele, ou na forma como reagem às suas acções; 2 - Amor, traduzida na tendência com que o indivíduo

avalia o seu valor em função de ser ou não amado 3 - Realização pelo trabalho, traduzida na tendência evidenciada pelo sujeito em avaliar o seu valor através de um sentido estreito de realização pelo trabalho ou embora valorizando a criatividade e a produtividade não as encara como via exclusiva para a auto-estima e satisfação; 4 - Perfeccionismo, traduzida na tendência que o sujeito evidencia para o perfeccionismo. Procura-se avaliar em que medida o sujeito se permite ou não cometer erros e fracassar, isto é, a capacidade que revela para o estabelecimento de padrões de significado apropriados e flexíveis; 5 - Ter direito a, traduzida nas atitudes de avaliação do sentido de “ter direito a” do indivíduo, isto é, até que ponto o indivíduo é capaz de negociar aquilo que quer sem haver uma razão subjacente pela qual as coisas deverão acontecer sempre como ele deseja; 6 - Onnipotência, traduzida nas atitudes que indicam se o indivíduo se vê a si mesmo como centro do seu universo pessoal e se sente responsável por muito do que acontece à sua volta ou se pelo contrário aceita que não tem controlo sobre os outros adultos; 7 - Autonomia, traduzida na capacidade que o sujeito tem em assumir a responsabilidade pelos seus sentimentos reconhecendo que eles são basicamente originados por si.

Na opinião de Gouveia (1990), nos últimos anos assistiu-se a uma evolução na teoria cognitiva da depressão que passou pela reformulação da primazia cognitiva na depressão. Embora continuando a valorizar a activação de esquemas depressogénicos e o pensamento negativo daí resultante reconhece a complexidade dos factores causais onde interagem um conjunto de factores predisponentes e precipitantes conferindo maior importância às interdependências entre cognições negativas, factores ambientais e afecto. Beck introduziu também duas dimensões de personalidade, a sociotropia e a autonomia, encaradas como sendo mais estáveis que os esquemas disfuncionais e as distorções cognitivas. Estas dimensões incluem o sistema central de valores e influenciam não só as diferenças individuais na vulnerabilidade para a depressão como também as diferenças existentes a nível do quadro clínico depressivo, as variações individuais nos temas depressivos e as respostas ao tratamento. A dependência social - sociotropia - refere-se à tendência para investimentos

personais nas relações com os outros caracterizando-se o sujeito sociotrópico pelo predomínio de necessidades ou desejos de aceitação, compreensão, intimidade, aprovação, suporte interpessoal, admiração, prestígio e estatuto social o que os torna particularmente vulneráveis a deprimirem-se quando confrontados com acontecimentos de vida que possam ser interpretados como implicando abandono e perdas, ou ameaças de perda nas suas relações interpessoais. O individualismo - autonomia - refere-se à tendência que o sujeito revela para investimentos na área da preservação e aumento da independência, mobilidade e direitos pessoais. Assim, predominariam as necessidades de liberdade de escolha, acção e expressão, protecção dos seus direitos e território e o atingir objectivos na área da realização pessoal que desenvolvam as suas capacidades e interesses. Estes sujeitos ficam particularmente vulneráveis a deprimirem-se quando confrontados com acontecimentos de vida que representem doença, diminuição de capacidades, fracasso pessoal ou ameaças à identidade, sucesso na competição, reconhecimento de direitos e realizações, e manutenção da posição na hierarquia. As novas proposta de Beck acima referidas encontram-se numa fase inicial de estudo não permitindo ainda tirar conclusões mas pretendem melhorar a preditabilidade da vulnerabilidade à depressão em função de acontecimentos de vida específicos.

3.2.4. A abordagem psicanalítica

Segundo Haynal (1976), a depressão na abordagem psicanalítica tem um carácter geral que lhe é conferido pelo fantasmático, a situação infantil evocada por associação, e um carácter específico, as características fantasmáticas de cada situação. Considera-se que as etapas evolutivas implicam o abandono de objectos ou aspectos dos objectos afastando os ideais infantis, a começar pela onipotência e, assim, ser capaz de passar progressivamente do princípio do prazer ao

princípio da realidade. Por outro lado, a vulnerabilidade depressiva com todas as perdas e abandonos não é apenas uma entidade nosográfica mas antes um conjunto de afectos dolorosos ligados à mudança. Mas uma mudança sentida como negativa traduzindo-se na perda ou incapacidade de realização e pressupondo a incapacidade de gradualmente mudar de investimentos.

Na opinião de Haynal (1976) e Grinberg (1978), o estudo psicanalítico da fragilidade depressiva estende-se por um vasto leque abrangendo a dita *normalidade* ou a chamada psicopatologia do dia-a-dia como as *microdepressões*, onde o paradigma será o luto até aos estados graves e intensos como os psicóticos, a melancolia no sentido próprio do termo.

Como se referiu, a depressão está intimamente relacionada com o luto fazendo parte do processo psicopatológico activado pela perda de um objecto amado. Freud, na sua obra mais representativa sobre este tema - Luto e melancolia - compara a melancolia com os estados normais de luto caracterizando estes dois estados mentais por um desânimo profundo e penoso que se faz acompanhar pelo desinteresse face ao mundo externo e a incapacidade de substituir o objecto de amor. No entanto, salienta que a “ (...) perturbação da auto-estima está ausente no luto” (S.E. Brasil, vol. XIV, p. 276). Freud descreve o trabalho de luto da seguinte forma:

O teste da realidade revelou que o objecto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objecto (...) São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia (...), prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objecto perdido. Cada uma das lembranças e expectativas isoladas, através das quais a libido está vinculada ao objecto, é evocada e (hiperinvestida), e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas (pp. 276-277).

Estas ideias são reafirmadas em 1926 na obra *Inibições, sintomas e ansiedade* onde escreve:

O luto ocorre sob a influência do teste de realidade, pois a segunda função exige categoricamente da pessoa desolada que ela própria deva separar-se do objecto, visto que ele não mais existe. Ao luto é confiada a tarefa de efectuar essa retirada do objecto em todas aquelas situações nas quais ele foi o recipiente de elevado grau de catexia” (S.E. Brasil, vol. XX, pp. 197-198). Quando o trabalho de luto fica concluído “o ego fica outra vez livre e desinibido (S.E. Brasil, vol. XIV, p. 277).

Como atrás se referiu, Freud faz uma diferenciação entre o processo de luto, como processo normal que se desencadeia após a morte, e a melancolia. Freud refere que “No luto é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego” (S.E. Brasil, vol. XIV, p. 278) e continua dizendo que na melancolia “ (...) a libido livre não foi deslocada para outro objecto; foi retirada para o ego” (...) (e) “serviu para estabelecer uma identificação do ego com o objecto abandonado. Assim, a sombra do objecto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objecto, o objecto abandonado” (p. 281). Segundo Steiner (1993/1996), está-se no domínio do narcisismo³⁶ que se irá, posteriormente, abordar. Um outro problema que é colocado neste nível é a dificuldade que o sujeito tem em reconhecer a perda do objecto. Freud formula o problema em termos de libido e explica ser a fixação da libido ao objecto perdido que deverá ser confrontada com a realidade. Segundo Freud, trata-se de um processo difícil de reconhecer pois, como escreve na obra *Além do princípio do prazer* (1920) “ (...) existe na mente uma forte tendência no sentido do princípio do prazer (...) próprio de um método primário de funcionamento por parte do aparelho mental” (S.E. Brasil, vol. XVIII, p. 20) e que justifica em parte o processo de negação³⁷ (*Verleugnung*).

Também Melanie Klein, num artigo de 1940 *Luto e a sua relação com os estados maniaco-*

³⁶ Segundo nota do editor inglês, o que permitiu a Freud melhor compreender o problema psicológico em jogo nos estados de melancolia foi “a introdução dos conceitos de narcisismo e de ideal do ego”. Assim, o editor inglês considera *Luto e Melancolia* um “prolongamento do trabalho sobre o narcisismo” escrito em 1914 (S.E. Brasil, vol. XIV, p.272).

³⁷ A **negação** (*Verleugnung*) é o mecanismo de defesa específico contra a realidade e que se encontra associado á

depressivos, examina as ligações existentes entre o luto normal e a posição depressiva começando no início do artigo a dar também atenção ao teste da realidade.

Escreve:

In my view there is a close connection between the testing of reality in normal mourning and early processes of the mind. My contention is that the child goes through states of mind comparable to the mourning of the adult, or rather, that this early mourning is revived whenever grief is experienced in later life" (p. 126) (e mais adiante continua:) I should say that in mourning the subjects goes through a modified and transitory manic-depressive state and overcomes it, thus repeating, though in different circumstances and with different manifestations, the processes which the child normally goes through in his early development (p. 137).

Nesse artigo e segundo Haynal (1976), Melanie Klein refere que, no decurso do luto normal, a perda do objecto exterior faz-se acompanhar de uma destruição total ou parcial dos objectos internos fazendo ressurgir as angustias da posição depressiva englobando os sentimentos persecutórios. Deste modo, o trabalho de luto assim como a posição depressiva consistem no retomar da confiança nos objectos exteriores o que permite consolidar o mundo interior de tal forma que o sujeito poderá recuperar o seu amor pelo objecto perdido. Contudo, existe uma diferença importante entre a posição depressiva e o luto. No primeiro caso o objecto é vivido como perdido, mesmo que ele continue sempre presente, enquanto que no segundo ele está mesmo perdido. Embora Melanie Klein considere que as defesas possam estar muito distantes umas das outras, refere ser a diferença fundamental entre o luto normal e o luto patológico/estados maniaco-depressivos a impossibilidade dos segundos terem podido estabelecer, na primeira infância, o "bom" objecto interno e de se sentirem em segurança no seu mundo interior. Em contrapartida, no luto normal há um voltar à posição depressiva precoce, reactivada pela perda do objecto amado

passando por métodos parecidos ao que o Eu utilizou no decurso da infância podendo o sujeito reinstalar um objecto de amor que efectivamente perdeu e, ao mesmo tempo, restabelece em si os seus primeiros objectos de amor que serão, em última análise, os seus “bons” pais.

De acordo com Amaral Dias, julga-se conveniente atender ao facto de em Melanie Klein a depressão resultar do fracasso do processo de reparação, característico da posição depressiva. Deste modo, não há na descrição que faz da posição depressiva, depressão alguma. Paradoxalmente, a depressão encontra-se na posição esquizo-paranoide pois a capacidade de elaborar a culpa - ansiedade depressiva -, a possibilidade de relação com o objecto ideal - a nostalgia -, a possibilidade da utilização da reparação justamente pela consciência da danificação do objecto ideal, são mecanismos característicos da posição depressiva. (Amaral Dias, 1995, Comunicação pessoal).

Léon Grinberg (1978) no artigo *O fio da navalha na depressão e no luto*, considera ser a própria vida uma sucessão de lutos onde a maturação implica a perda de determinados comportamentos, atitudes e relacionamentos com objectos que, embora sejam substituídos por outros mais desenvolvidos, originam processos de luto. Para a resolução do luto, e conseqüente fundação da experiência emocional da identidade, é fundamental que o sujeito tenha a capacidade de se perceber a si próprio através de sucessivas mudanças. A perda temporária ou permanente de um objecto invoca na pessoa o sentimento doloroso de que perdeu também algo que sente ser de si próprio, isto é, quando confrontada com a perda de um objecto, a pessoa “corre para o espelho” para ver o que sucedeu com a sua própria imagem. Assim, “ (...) in every significant experience of object loss, we should take into account not only the mourning for the object, but also the mourning for the lost parts of the self” (p. 245).

Resumidamente e reportando a Steiner (1993/1996), poder-se-á perspectivar o luto como um conflito de interesses que se desdobram num outro conjunto de questões como a capacidade de reconhecer a realidade da perda, a diferenciação entre o eu e o objecto e, finalmente, a capacidade de suportar a dor, o sofrimento mental que lhe está inerente revelando ser o critério determinante

para a possibilidade do terminus normal do luto. Isto implica ter renunciado ao controlo do objecto e ter ultrapassado a tendência primitiva de querer guardar o objecto e de negar a sua perda. A nível do fantasma inconsciente significa que o sujeito terá que fazer face à impossibilidade dele próprio poder proteger o objecto. Ao nível da sua realidade psíquica implica a tomada de consciência do desastre interno causado pelo seu sadismo e do facto do seu amor e dos seus desejos de reparação não serem suficientes para proteger o objecto sendo necessário deixá-lo morrer com toda a desolação, o desespero e a culpabilidade que se segue .

Na opinião de Grinberg (1978), um outro aspecto ligado com a depressão é o narcisismo. O estudo do narcisismo iniciou-se com *Leonardo de Vinci*, obra de 1910 seguindo-se *Sobre o narcisismo: uma introdução*, de 1914 e, ainda, *Luto e Melancolia* de 1917. Estes trabalhos foram por seguidos por Abraham nos estudos efectuados sobre a resistência narcísica: *Uma forma particular de resistência neurótica ao método psicanalítico*, de 1919; *Esboço de uma história do desenvolvimento da libido baseada na psicanálise das perturbações mentais*, de 1924. Não está aqui em causa aquele narcisismo normal e útil que origina um amor saudável dirigido quer ao Eu quer ao objecto, garantia de protecção psíquica e somática onde o Eu é capaz de recompensar e ser recompensado, de reparar e analisar o luto pelo objecto e pelas partes do eu que foram perdidas. Trata-se sim, no domínio do simbólico, daquilo que é particular a cada homem, da falta de amor próprio ou de amor narcísico encontrando-se ligado aos sentimentos de necessidade, de desamparo e do colapso da auto-estima, provocando um distúrbio no desenvolvimento do amor pelo objecto. A hostilidade e a culpa surgem assim, face ao objecto e ao eu iniciando um círculo vicioso em que o sentimento de ódio e de culpa pelo objecto e pelo eu se alimentam mutuamente dando origem a situações sem saída ou a “sistemas fechados” É a depressão narcísica onde o sujeito sente que não consegue alcançar os padrões do seu ideal do eu o que significa não conseguir assegurar a sua auto-estima ao mesmo tempo que perde o amor e o respeito pelo objecto.

Rosenfelt, referido por Steiner (1993/1996), faz uma descrição da relação de objecto

narcísico fundada na idealização das partes destrutivas do eu, o narcisismo destruidor. Postula o surgimento universal de fontes internas de destrutividade, sob a forma de *inveja primitiva*³⁸, ameaçando destruir o interior do sujeito. Através da identificação projectiva, a parte do eu que contem tais impulsos e fantasmas está clivada, evacuada e atribuída aos outros. Este processo origina ansiedades paranóicas porque as pulsões invejosas e destruidoras são percebidas como atacando o eu por fora e pondo em marcha todo um sistema de defesas para se lhe opor. Rosenfeld chama ainda a atenção para a importância das defesas contra a separação e sustenta ser a *identificação projectiva*³⁹ o mecanismo através do qual esta é negada. Assim, a tomada de consciência da separação conduz ao sentir a dependência do objecto em si gerador de angústia pois depender de um objecto significa amar o objecto e reconhecer o seu valor. Quando o objecto é reconhecido como bom, a dependência suscita inveja que por sua vez origina a agressividade, a angústia e o sofrimento ligadas às inevitáveis frustrações e às suas consequências. A onipotência é uma forma de evitar os sentimentos agressivos causados pela frustração. Constatamos que a identificação projectiva cria um estado isento de angústia, de frustração e de inveja à custa da não separação.

Ainda segundo Steiner (1993/1996), Meltzer descreve uma organização narcisista fundada na destrutividade insistindo na crueldade e na tirania. A onisciência da parte destrutiva, sustentada pelo sentimento de onipotência, origina uma ilusão de segurança criando, assim, uma relação que designa de aditiva à parte má do eu e que explica a aceitação da tirania. Salienta que, mesmo que o tirano possa ter o comportamento de um persecutor, sobretudo ao mínimo sinal de rebelião, a dominação sobre a parte submissa do eu é essencialmente assegurada pelo medo de perder toda a protecção contra o terror.

³⁸ **Inveja primitiva** ou primária é experimentada pelo bebé principalmente em relação ao seio que o alimenta. É possivelmente a primeira manifestação externa do instinto de morte, já que ataca o que é sentido como sendo a fonte da vida. (Segal, 1975, p.141)

³⁹ **Identificação projectiva** é o resultado da projecção de partes do eu no objecto podendo resultar não só o facto de que se perceba o objecto como tendo adquirido as características da parte projectada do eu, mas também de que o eu se identifique com o objecto da sua projecção. A identificação projectiva patológica é resultado da desintegração do eu ou de partes do eu que são projectadas no objecto e desintegradas resultando na criação de “objectos bizarros” (Segal, 1975, p.141).

Ainda no seguimento da problemática do narcisismo, segundo Haynal (1976), poder-se-á entender a depressão como uma forma particular de ligação ao Édipo através da vivência da falta e, principalmente, a nostalgia do incesto impossível e a tentação de parricida. A falta aparece como inerente à condição humana estritamente ligada à renúncia imposta pelo triangulo edipiano primeiro a um dos progenitores e, finalmente, à intromissão no casal. A renúncia a partir do momento que se torna definitiva desencadeia uma desilusão, uma *ferida narcisica* que origina o afecto depressivo. A falta reenvia ao problema da castração mas pode também ser sentida pela interiorização e a fantasmática como um vazio, uma falta de estruturação do espaço psíquico, qualquer coisa vazia e ausente.

Ainda ligado ainda ao Édipo, Schmale, citado por Haynal (1976), diferenciou dois tipos de afecto depressivo - o desamparo - *helplessness* - e o desespero - *hopelessness*. O primeiro liga-se à separação e à perda da gratificação. O segundo associa-se à experiência de castração, ao sentimento de não podermos ser aceites pelo parceiro desejado. Segundo Haynal (1976), este facto introduz o sentimento de castração, de se sentir desamparado (*helplessness*), como um facto consumado na constelação edipiana. Este sentir-se desamparado, sem recursos é um afecto que acompanha a perda de autonomia do Eu, com o sentimento de estar privado e abandonado. Pelo contrário, estar desesperado (*hopelessness*) é um sentimento de frustração decorrente da incapacidade de obter gratificações. Estes dois afectos são próximos mas enquanto que o sujeito atribui o desamparo ao Objecto ele próprio se vê responsável pelo desespero.

Para finalizar, e voltando a Grinberg (1978), poder-se-á equacionar a depressão como um fenómeno multifacetado que compreende as manifestações dolorosas e complexas que são activadas pelo significado, ou pela falta de significado, que o indivíduo atribui à experiência de perda, aos sucessivos lutos. Todas as perdas, sejam elas de um objecto externo ou interno ou de partes do eu, podem suscitar um sentimento de que a realização do desejo de recuperação da perda é impossível.

4. DOR MENTAL

“Para vir ao que não gostas

Hás-de ir por onde não gostas

Para vir ao que não sabes

Hás-de ir por onde não sabes

Para vir a possuíres o que não possuis

Hás-de ir por onde não possuis

Para vir ao que não és

Hás-de ir por onde não és”

S. João da Cruz:

(Amaral Dias, 1995b, *Ascensão e Queda dos Toxicoterapeutas*, p.70)

Ortega y Gasset⁴⁰ (1883-1955), citado por Zambrano (1955/1995) afirma que: “A vida humana distingue-se da não humana pelo facto de ter de se fazer a si própria.” (p.276). E Zambrano (1955/1995) continua dizendo que o Homem faz-se a si próprio ao percorre o exasperado e cansativo caminho do sair constantemente do espaço onde se vive e se conhece para o espaço em aberto do desconhecido, da pergunta. Desta forma, o ser humano afirma-se a si mesmo no padecer e no trabalhar esse questionamento que o empurra para o incognoscível da busca de si mesmo, enquadrado no inferno do tempo e da morte.

⁴⁰ Segundo José Ortega y Gasset a vida “não consiste em ser, mas, antes, em vir a ser, e como tal é da natureza da direcção, da construção de um programa, de um objectivo a ser alcançado, de um valor a ser realizado. Neste sentido, o futuro como uma dimensão temporal adquire nova dignidade e, mesmo, o presente e o passado só se tornam articulados e com sentido em relação ao

4.1. A dor mental: Aspectos filosóficos

Segundo Rezende (1994), do ponto de vista etiológico queixar-se em latim é *dolere* que dá *dolor*, dor, mas também *dolens*, isto é, doente. O que o paciente faz ao queixar-se é o *pathos*, o *pati*, a paixão, o sofrimento tornando o pedido de análise como sinal da condição psíquica, podendo isto ser considerado como a expressão de uma dor mental.

A dor mental constitui um dos domínios mais interessantes e em franco desenvolvimento na psicanálise, passando a funcionar como um princípio básico para o conhecimento e desenvolvimento do Homem. Este núcleo de conhecimento tem as suas raízes nas correntes antigas da filosofia budista, grega e com marcada presença nas obras de Friedrich Nietzsche e Martin Heidegger.

Recorrendo a um conceito heideggeriano, Amaral Dias refere que antes do ontológico existe o sujeito ôntico e o ontológico deve voltar ao ôntico, isto é, o indivíduo deve procurar ser quem é. Esta ideia encontra-se já expressa na filosofia grega na relação entre causa e destino, enquanto realização da “verdade última”, onde o Homem se encontra e é quem é. De certa forma, esta ideia é representada na tragédia grega entendida como a descoberta daquilo que o sujeito é. Nesta lógica, Édipo é mais do que aquele que mata o pai e casa com a mãe passando a ser, sobretudo, alguém que procura o seu próprio destino, a sua própria verdade (Amaral Dias, 1995, Comunicação pessoal).

E continua referindo que o conceito de origem do Homem, de voltarmos a sermos quem somos, é um conceito que também se encontra pré-figurado nos textos de Nietzsche, na metáfora do Super-homem e na celebre frase “Humano demasiado Humano”. O Homem tem de desistir dos pressupostos que estão ligados aos enunciados falsos, dos processos mentirosos da mente e ser capaz de procurar a verdade, a sua verdade interna. Esta é a verdade última que permite a realização do sujeito ôntico, o sujeito que é ele mesmo. Esta ideia nietziana representa também o

futuro” (Runes (1983/1990), p. 283).

fim de uma autoridade que não seja a autoridade humana deixando o homem de ser estranho a si mesmo (Amaral Dias, 1995, Comunicação pessoal).

Retomando o poema inicial de São João da Cruz, o “sermos quem somos” implica, segundo Amaral Dias (1995b), a capacidade de trilhar “os caminhos” que vão de “mim a mim”, sem passagem por “mim” (p. 70), isto é, sair de uma coisa que eu sei para uma coisa que eu não sei, para chegar a uma coisa que eu vou saber e que me permite saber outra coisa que eu ainda não sei (Amaral Dias, 1995, Comunicação pessoal).

Por sua vez, na opinião de E. Morin, referido por Amaral Dias (1995b), este processo de aprendizagem organiza-se não só á volta da capacidade de suportar a dor, da “desordem” e da “dúvida” (p. 71), mas também na capacidade de poder suportar a dor mental de saber (Amaral Dias, 1995, Comunicação pessoal).

E que dor mental é essa de sabermos, sabermos o quê? Na opinião de Amaral Dias (1992), um destes saberes prende-se com o solipsismo da natureza do Homem que o reenvia à crueldade e à dureza da solidão e que se contrapõe à sua gregaridade tornando, assim, irónica a existência deste que, porque inteligente, se sabe só. Um outro prende-se com o mito de Fénix, a ave que nasce das cinzas. Tal como Fénix, também o Homem renasce das cinzas da separação. O Homem só existe quando separado, tendo a consciência da sua incompletude e admitindo o real como não cognoscível.

O real como não cognoscível, exige que o Homem o represente e o transforme, sendo a representação a sua relação com o real e resultando da separação. “ Eu penso porque estou separado, porque tal como Fénix renasci das cinzas. Mas que dor brutal é a dor de separar. Que dor brutal é a dor da minha consciência.” (Amaral Dias, 1995, Comunicação pessoal).

E poder-se-á ainda contar com a dor de saber que tudo se decompõe, se dissocia, se desintegra, se dispersa numa multiplicidade e numa complexidade que faz com que nada seja permanente e tudo seja mudança (Amaral Dias, 1995b).

4.2. A dor mental em Freud

A dor mental constitui um conceito nuclear na obra de Freud apesar da sua expressão quantitativa directa estar longe de ser significativa. Assim, ao consultar a obra de Guttman, S., Jones, R. e Parrish, S. (1980), *The Concordance to the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*⁴¹, são nove as referências directas à *mental pain* distribuídas pelas seguintes obras:

- 1895 - *Prefaces to Studies on Hysteria* - pág: 5 c; 166 b; 166 d e 174 c
- 1905 - *Psychical (or Mental) Treatment* - pág. 287 b e *Three Essays on the Theory of Sexuality* - pág. 158 b
- 1915 - *Mourning and Melancholia* - pág. 258 c
- 1926 - *Inhibitions, Symptoms and Anxiety* -pág. 171 b e 171 d

Esta contagem estatística está longe de dar conta do significado e dos desenvolvimentos que Freud faz do conceito de dor mental e da importância que este assume em seis obras nucleares: *Estudos sobre a histeria*; *Sobre o narcisismo: uma introdução*; *Luto e Melancolia*; *O 'Estranho'*; *Além do Princípio de Prazer*; *Inibição, Sintoma e Ansiedade*.

Segundo Green (1997), no caso dos Estudos sobre a histeria, mais do que uma sobre excitabilidade sexual, há um corpo dolorido sempre submetido às turbulências provenientes da vida emocional e da sexualidade do corpo. Este corpo doloroso deve sofrer para poder existir e para ser sentido como um corpo que sobreviveu ao trabalho da negação cujo objectivo reside na supressão

dos pedidos e reivindicações de prazer.

Luto e melancolia, obra que contém ou potencia uma série de contribuições gerais para a teoria psicanalítica e considerada como uma charneira entre a primeira e a segunda tópica (dando origem a uma mudança estrutural na obra de Freud), considera, pela primeira vez, a existência endopsíquica de um objecto. Freud ao referir que “A sombra do objecto cai sobre o eu” sustenta que a libido se retira do objecto voltando ao eu e aí reproduzindo o objecto. É a presença viva do objecto que se instala no aparelho psíquico de forma activa pois a representação do objecto contém partes inconscientes e partes conscientes, representação de coisa, representação de palavras e pistas mnésicas da relação, das recordações, das interacções do sujeito com o objecto.

Na opinião de Aslan (1981), está-se perante um processo activo de procura do sujeito face ao objecto e do objecto face ao sujeito, produzindo uma modificação dentro do eu. Esta presença viva que se instala no aparelho psíquico de forma activa estabelece ou prolonga uma relação sádica com o sujeito (Golstein, 1981) que se reflecte como uma “infelicidade comum”, espécie de duelo em vias de resolução mas sempre prolongado indefinidamente de que Freud falava (Aslan, 1981).

Por outro lado e como refere Golstein (1981), uma perda de objecto põe à prova a capacidade de superar a dor da separação e poder retomar os sentimentos de confiança na própria capacidade para reinstalar o vínculo perdido. Retome-se o exemplo do latente que põe à prova a capacidade de renunciar ao ganho do objecto real, evocando-o e investindo num outro objecto substitutivo. Grande é esta dor de ter que renunciar à unidade simbiótica do binómio inicial seio-boca portador da possibilidade de amar e ser amado, pré-requisito para existir.

Para Marucco (1981), deve sempre ter-se presente que a obra Luto e melancolia se encontra estreitamente ligada à anterior, datada de 1914, Sobre o narcisismo: uma introdução, na qual Freud inclui um ideal sexual narcisista. Em Luto e melancolia esse ideal transforma-se em destruidor para o eu, pois o que era um ideal e que se formava para manter a perfeição narcisista perdida, num dado momento, passa a um ideal que tiraniza o eu e que o pode levar inclusivamente à sua própria morte.

⁴¹ - Dado tratar-se de uma obra inglesa, optou-se aqui por manter os títulos das obras de Freud em Inglês.

Em O 'Estranho', obra datada de 1919, Freud transforma em "duplo" o que em Sobre o narcisismo: uma introdução era um ideal sexual narcisista, erógeno e que em Luto e melancolia aparece como um ideal tanático. Esse duplo que, de uma forma dialéctica, passa de protector frente á ameaça de aniquilação, a embaixador da morte. " O 'duplo' converteu-se num objecto de terror, tal como, após o colapso da religião, os deuses se transformam em demónios." (p. 295). Também já nesta obra Freud aparece com passagens ligadas à "compulsão à repetição":

Pois é possível reconhecer, na mente inconsciente, a predominância de uma 'compulsão à repetição', procedente dos impulsos instintuais e provavelmente inerente à própria natureza dos instintos - uma compulsão poderosa o bastante para prevalecer sobre o princípio de prazer, emprestando a determinados aspectos da mente o seu carácter demoníaco" (Freud, pp. 297-298).

Em 1920 Freud publica Além do principio de prazer, considerada como uma introdução da fase final das suas concepções, em que conceptualiza a existência de algo que dê conta desta destrutividade - o mais radical da pulsão - o inorgânico responsável pela autodestrutividade (Marucco, 1981). Nela Freud chama mais uma vez a atenção para a "compulsão à repetição" mas atribuindo agora características de um instinto (nota do editor inglês). Freud reconhece que os "eventos mentais" estão "regulados pelo princípio do prazer", isto é, " (...) invariavelmente colocado em movimento por uma tensão desagradável e que toma uma direcção tal, que o seu resultado final coincide com uma redução dessa tensão, isto é, com uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer." (p. 17). E continua:

Sob a influência dos instintos de autopreservação do ego, o principio de prazer é substituído pelo princípio de realidade. Esse último princípio não abandona a intenção de fundamentalmente obter prazer; não obstante, exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indirecto caminho para o prazer (p. 20).

Em 1926, *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, Freud volta a enfatizar a problemática do objecto explicando a transição da dor física para a mental através da mudança do investimento narcisista para o objectal. Refere que a representação de objeto que esteja altamente investida pela necessidade instintual desempenha o mesmo papel que uma parte do corpo investida por um aumento de estímulo. A natureza contínua do processo de investimento e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo mental.

4.3. A dor mental em Bion: As vicissitudes de Ps ↔ D

Zimerman (1995) refere que, contrariamente ao conceito negativo que a dor física tem em medicina, a dor mental surge em Bion como a única forma, ainda que muito penosa, do indivíduo crescer e encontrar a sua verdade. Assim, a dor mental implica um processo activo de trabalho mental de elaboração e de transformações em que o sujeito mais do que sentir a dor precisa de a sofrer. Bion considera a dor psíquica como “inerente ao crescimento da personalidade” (p. 25) sendo um dos “elementos de psicanálise” (p. 217) responsável pelo conhecimento da verdade que consubstancia a descrição de “mudança catastrófica”.

Segundo Granel (1981), Bion considera serem os elementos da psicanálise as funções e os factores da personalidade que constituem fenómenos observáveis e que, através de uma variedade de combinações, podem abranger todas as situações e teorias básicas que se deparam ao psicanalista. Os elementos devem ser capazes de representar a “realização” de que partiram originariamente, articular-se com outros elementos similares num “sistema dedutivo científico” capaz de representar aquela realização.

Catástrofe deriva do grego e compõe-se de *kata*, que significa abaixo de, e de *strophein*, que significa, por sua vez, revolta, subversão, evento, calamidade. R. Gadini (1982) citado por Zimerman (1995), refere que no inglês antigo “Catastrophy” significava uma mudança de um estado a outro, uma evolução.

Granel (1981) refere o artigo *Mudança Catastrófica*, que aparece publicado no *Scientific Bulletin of British Psychoanalytical Society*, Nº 5 em 1966. Cronologicamente, um ano depois da publicação em Londres de *As Transformações* (1965), três anos depois de *Aprendendo com a Experiência* (1963) e de *Elementos em Psicanálise* (1963) e quatro anos antes da publicação de *Estudos Psicanalíticos Revisados* (1970) e de *Atenção e Interpretação* (1970)⁴², onde reaparece no

⁴² - *Learning from Experience* (1963) - Aprendendo com a Experiência; *Elements of Psychoanalysis* (1963) - Elementos em Psicanálise; *Catastrophic Change* (1966) - Mudança Catastrófica; *Second thoughts* (1970) - Estudos Psicanalíticos Revisados; *Attention and Interpretation* (1970) - Atenção e Interpretação.

ponto 12 com o nome de *Contínente e Conteúdo Transformam-se*.

Para Bion a mudança catastrófica nomeia todos os factos que podem ocorrer na mente de um indivíduo perante o surgimento de uma ideia nova, origem inevitável de uma mudança de estrutura que caracteriza todo o processo evolutivo.

Esta ideia nova que aparece contém sempre uma força disruptiva que pode ser mais ou menos violenta. Assim, toda a transformação⁴³ de uma estrutura numa outra origina momentos de desorganização, dor e frustração. Ou, de acordo com Amaral Dias (1993), a mudança catastrófica é o momento “ (...) em que se dá o contacto com a dor necessária ao encontro com uma nova unidade de significação” (p .29).

Granel (1981) refere que toda a situação de mudança catastrófica tem três características fundamentais - a violência, a invariância e a subversão do sistema. Violência no sentido de que em todo o processo psicanalítico correctamente desenvolvido há momentos de crises nos quais a transformação da estrutura tem lugar com uma intensidade e uma qualidade tais que é vivida subjectivamente como algo brusco, ruidoso, doloroso e até mesmo com o sentimento de “desastre”. Invariância no sentido em que na nova estrutura, resultante do processo de transformação, reconhece-se sempre os elementos da anterior na medida em que nela se origina. O ponto de partida para a subversão do sistema é toda a situação experiencial vital, a origem do que depois de ter sido transformado aparece e se manifesta como algo “produzido”, e que Bion designa com o signo *O* (zero). Este signo *O* representa o novo, o desconhecido e incógnito pois ainda não evoluiu o suficiente para ter manifestações que permitam a sua apreensão. Nesse nível inicial, o *O* é uma “verdade” absoluta sendo “incognoscível” e indizível tendo de passar por uma série de transformações para poder ser reconhecido e compreendido.

Estas transformações constituem as “evoluções de *O*”, segundo Granel (1981), um produto

⁴³ - O conceito de **transformação** provém da filosofia e é aplicado por Bion como um método para abordar e observar psicoanaliticamente situações desenvolvidas especialmente no campo da prática da psicanálise. Bion parte do princípio que o tratamento psicanalítico envolve sempre mudanças, transformações. São exemplos destas transformações o trabalho onírico, a formação de sintomas, as associações do paciente e as interpretações do psicanalista (Granel, 1981).

final que pode ser operável como algo existente dentro dos parâmetros de relatividade característicos ou não dos dados científicos. Bion diferencia duas formas de evolução a partir da experiência básica e primária caracterizada como *O*, as transformações de *O*, relacionadas com o saber acerca daquela realidade, a coisa em si que é infinita e as transformações em *O* onde a realidade psíquica inicial mais que conhecida é “sida”. Estas transformações constituem, ainda, o tornar-se *O* pois são uma forma mais total de apreender a realidade última e a coisa em si. São as únicas que caracterizam a “mudança catastrófica” pois só estas implicam autêntica mudança, crescimento e insight na qual a pessoa, mais que saber acerca de *O* aproxima-se de ser *O*.

Segundo Amaral Dias (1988), Bion investiga e apresenta a mudança catastrófica através dos seus elementos da psicanálise, a relação a que denomina de continente-conteúdo e representada simbolicamente pelos signos masculino ♂ e feminino ♀⁴⁴.

No que se refere especificamente ao continente-conteúdo ♀ ♂, trata-se de um modelo que se apoia no conceito kleiniano de identificação projectiva⁴⁵ e que em Bion surge, numa segunda perspectiva, “ (...) como precursora da actividade de pensar” intervindo na “ (...) formação do que Bion designou por ‘aparelho de pensar os pensamentos’ ” (p. 31).

Este modelo funciona em primeiro lugar como o símbolo de toda a relação humana seja ela bipessoal ou multipessoal na qual o sujeito projecta as suas emoções noutro sujeito. Este sujeito, ao funcionar como continente (o bom seio), é capaz de receber e de transformar o componente excessivo devolvendo-o já “desintoxicado”, de forma que os dois [continente e conteúdo] as possam tolerar (Granel, 1981) e passar, na sua versão actual, a conter “uma fórmula da comunicação humana (...) dos níveis afectivos, cognitivos e transformadores. A projecção passou a ser assim

⁴⁴ - O conceito bioniano de **continente-conteúdo** é pluridimensional podendo designar a mãe que contem as angústias do bebê, como ilustrar o facto de um eu conter uma representação, de uma palavra contendo o seu significado, isto é, ainda que partindo do modelo infantil do bebê e da mãe estende-se a formas adultas de se vincular podendo ter ou não conotação sexual, ainda que os símbolos empregues sejam sempre o do masculino e o do feminino (Granel, 1981 e Zimerman, 1995).

⁴⁵ - Melanie Klein refere-se explicitamente à **identificação projectiva** num artigo de 1947 intitulado *Notas sobre os mecanismos esquizóides* definindo-a como uma “fantasia onipotente de que partes não desejadas da personalidade e dos objectos internos podem ser dissociadas, projectadas e controladas no objecto no qual se teriam projectado” (Amaral Dias, 1988, p. 29)

uma forma de procurar significações, ou de expulsar uma significação intolerável, ou ainda de evacuar uma não significação” (Amaral Dias, 1995a, pp. 67-68).

Esta “ (...) dinâmica mental entre flutuação dispersiva e ponto (s) de integração, geradora de nova flutuação, criadora de “vazios” e por isso imprescindível a novas significações” (Amaral Dias, 1992, p. 88) “ (...) faz-se em (♀, ♂), Ps <-> D e com a dor mental inevitável á mudança de sentido (mudança catastrófica)” (Amaral Dias, 1993, p. 45). Ps<-> D designa a “flutuação entre a posição de dispersão esquizo-paranoide Ps e a posição depressiva de integração do ponto D” (Amaral Dias, 1995a, p. 80). Encontrar o ponto D implica, geralmente, uma grande dor psíquica e este, “ (...) sumamente instável, dá inevitavelmente lugar a nova flutuação, a um novo Ps que por sua vez iniciará um novo ciclo”. (p. 81).

Na opinião de Granel (1981), a relação Ps<-> D abrange diversos tipos de emoções que podem ou não promover o crescimento. Contudo, por mais violento que seja o vínculo e por mais atacadas e despojadas que estejam as suas características no conteúdo e no continente, a configuração Ps<->D é uma constante revelando ser útil mesmo na representação das formas psicóticas mais extremas e violentas da “mudança catastrófica”.

No caso da paranóia, o D não é atingido porque o sujeito não suporta a dor mental que este implica e assim, “Ps não vai ter a D, mas originar um novo Ps, (...) que interage com o novo Ps, e por aí adiante, criando a questão central da psicose que é o ódio à realidade - Ps ↔ Ps ↔ Ps ↔ Ps - (Amaral Dias, 1993, pp. 29-30). Ou, ainda, no caso da somatopsicose onde sem a inevitável dor mental, traduzida na mudança de sentido, “ (...) a narrativa do sofrimento está prévia e “irreversivelmente” justificada (p. 30).

Para Granel (1981), uma outra forma de mudança catastrófica é o *acting-out* entendido como o conflito entre pensamento e acção. O *acting-out* constitui motivo de investigação e polémica nos ambientes psicanalíticos havendo, contudo, um certo acordo no papel que desempenha no controlo de intensas dores emocionais, especialmente perante ansiedades de

separação e de desintegração. Bion debruçou-se também sobre o *acting-out* partindo das concepções freudianas sobre o aparelho psíquico. Assim, a primeira e mais primitiva função do aparelho psíquico é a libertação do excesso de estímulos sendo a função essencial controlar a descarga exercida pelo pensamento. Bion sustenta que o pensamento surge perante uma realização ou uma experiência negativa como forma de representar a situação de carência e frustração e, assim, poder conter a descarga no vazio, dolorosa e até mesmo desorganizativa.

Quando a situação de privação se mantém ou se acentua, os pensamentos primitivos que representam a ausência e a carência transformam-se em “coisas concretas”, indistintas da “coisa em si mesma” devendo ser evacuados pois não são pensamentos que possam ser pensados e que possam servir á contenção da descarga. Deste modo, as impressões da experiência tendem a não se transformar pois em vez de serem sentidas como fenómenos afectivos que possam ser pensados e sonhados só podem ser expulsos, evacuados em actos tendentes a reduzir o aumento de estímulos na psique. Está-se perante aqueles elementos que Bion denomina de *elementos β* .

Segundo Granel (1981), a mudança catastrófica encontra-se também intimamente ligada ao problema da *ideia messiânica*, ideia que contem uma proposta que implica uma intensa e aguda transformação produzindo, assim, uma grave perturbação na relação continente-conteúdo. A pessoa ou pessoas que servem de continente à ideia messiânica chamam-se “místicos” ou “génios”.

Também existe o Establishment, a instituição que representa, segundo Granel (1981), toda a estrutura, todo o órgão encarregue de ditar os princípios que permitirão o desenvolvimento construtivo da ideia messiânica e de velar pela sua execução. Toda a ideia nova, toda a ideia messiânica tem sempre uma qualidade disruptiva que ameaça a estrutura do grupo. Através da relação de continente-conteúdo o Establishment exerce de formas distintas o seu trabalho de contenção podendo não conter a ideia messiânica e destruir o seu portador, obrigar à renúncia das suas ideias ou até, no extremo oposto, aceitar a função de mudança que a ideia messiânica implica. Assim, o Establishment encarregar-se-á de formular leis, sistemas e dogmas que contenham e

evitem a dispersão.

Um outro conceito fundamental é o de *verdade absoluta* e reside no facto da verdadeira ideia messiânica ser a que está colocada no ponto *O*. A ideia messiânica, ao estar inevitavelmente contida num pensador, numa pessoa capaz de pensar os pensamentos e os significados encerrados na dita ideia messiânica, forma um conjunto de pensamentos que de alguma maneira têm a ver com o que Bion denomina de “falsidade”.

Isto é, uma vez que a ideia messiânica é expressa por um pensador, esta já não é a verdadeira. Bion refere-se não à “falsidade” no sentido do engano ou da mentira mas às aparências aleijadas daquela “verdade absoluta” da ideia messiânica original, daquela verdade que não tinha ainda encontrado o pensador que a pensasse (Granel, 1981).

A dor mental e o conceito de mudança catastrófica são, segundo Zimmerman (1995), noções-chaves no pensamento bioniano e responsáveis pelo crescimento em análise. Segundo Bion, a análise é necessariamente dolorosa não porque a dor tenha algum valor em si mas porque já pré-existia no paciente. É esta pré-existência da dor mental e a necessidade dela se libertar que levam o paciente à análise. Assim, a experiência analítica deve aumentar a ‘capacidade de sofrer’ as inevitáveis experiências dolorosas da vida do paciente, único acesso ao crescimento mentalmente.

Ferenczi citado por Zimmerman (1995), refere que esta forma de encarar a dor mental como essencial ao trabalho analítico já tinha sido assinalado por outros autores nomeadamente Freud e Ferenczi. Num texto datado de 1928, este último refere que : “ Poupar o paciente da dor não é propriamente falta de competência psicanalítica; na verdade, um dos principais ganhos de uma análise é a capacidade de suportar a dor ” (p. 217).

Poderemos finalizar dizendo, como o fazem Melzack e Wall (1987), que o dualismo de certa ciência opõe a dor mental à dor física afirmando que estas não devem ser confundidas uma vez que a última diz respeito a uma estimulação nociva intensa dos tecidos, embora possa também ocorrer sem causa aparente. Trata-se de uma falsa questão relativa a um fenómeno complexo, que

muitas das vezes mais não é do que a tradução possível de situações de angústia, desespero e sentimento de urgência que fazem parte do “ser-se homem” e o corpo se encarrega ou não de resolver. Esta perspectiva assenta, mais propriamente, nos problemas que a psicossomática coloca e que ficarão por aqui, uma vez que o principal objectivo deste capítulo foi a abordagem da problemática da dor mental enquanto noção chave dos desenvolvimentos psicanalíticos nomeadamente nas obras de Freud e Bion.

5. ELEMENTOS DA SITUAÇÃO PSICANALÍTICA

Quem por deserta estrada com pavor anda a medo;

Olha uma vez e segue,

Sem mais de novo olhar

Já sabe o fero demo

Empós a caminhar

(Coleridge, citado por Bion, 1991, *A atenção e interpretação: O acesso científico à intuição em psicanálise e grupos*.

Rio de Janeiro: Imago Editora, p. 56)

Etimologicamente, a palavra “situação” deriva de “situs”, particípio passado do verbo latino “sino”, que significa colocar, deixar, permitir, consentir e ainda tolerar e sofrer (Amaral Dias, 1983). Segundo Luiz Alberto Py, citado por Zimerman (1995), são estes os significados que melhor traduzem o que acontece quando duas pessoas se encontram numa situação psicanalítica e se dispõem a descobrir e a conhecer o que se passa na mente humana.

Numa perspectiva filosófica, de acordo com Zambrano (1955/1995), poder-se-á considerar que, na sessão de análise, acontece o que acontecia no oráculo de Delfos, lugar de iluminação e purificação, onde Apolo, o deus da luz, da voz e da palavra, se encontrava para escutar.

E como era a escuta de Apolo em Delfos?

Apolo estendia o seu ouvido, numa receptiva e benévola escuta intermitente, oferecendo a mais profunda e penetrante atenção só possível pela ausência da visão. O seu ouvido oferecia-se, mas sem pressas, possibilitando ao que estava perdido no labirinto o deitar-se no leito e silenciar “ (...) o martelar obcecante do tambor que zumbe no seu mutismo, e encontra (r) a libertação, a liberdade que só a palavra dá com o seu silêncio e ritmo próprios” (p. 295); a libertação dada pelo “Conhece-te a ti mesmo” inscrito no templo - e que mereceu a não menos conhecida resposta de Sócrates, “Eu só sei que nada sei” - e exigido por Apolo mas “... naquilo que inexoravelmente se é

e se deve continuar a ser “ (p. 302).

E quem escutava Apolo em Delfos?

Ainda segundo Zambrano (1955/1995), Apolo ouvia sobretudo o seu irmão Dionísio, híbrido de animal e homem, que outorga com o seu delírio a libertação dos condenados. Dionísio ao encarnar, na sua embriaguez, os vários possíveis que há em cada homem, reenvia-os à luz pela expressão da palavra. A expressão da palavra, essa cura “milagrosa”, que converte o delírio em liberdade devido à expressão que foi capaz de desencadear.

Para Viderman e Piera Castoriadis-Aulagnier referidos por Amaral Dias (1983), a noção de situação analítica é essencial para a compreensão da actividade terapêutica do analista, que começa com um conjunto de regras ditadas por um protocolo rigoroso: as posições fixas e não intermutáveis do analista no sofá e do analisando no divã; a exclusão do corpo do analista do campo de visão do analisado; a suspensão da motricidade do analisado; frequência regular e a duração fixa das sessões - 45 a 50 minutos.

Este conjunto de regras, em que há o retraimento deliberado das formas perceptivo-culturais características das relações sociais, ao provocar uma ruptura dos modelos habituais de comunicação, é, inicialmente, sentido pelo analista e pelo analisando como artificiais. Para Begoin mencionado por Amaral Dias (1983), é esta ruptura dos sistemas protectores e defensivos da intimidade individual que permite a construção de um outro espaço - o espaço psicoterapêutico - onde a palavra é devolvida ao afecto possibilitando ao analisando “ (...) reencontrar alguém que escuta e fala por aquele que jamais foi escutado e menos ainda falou.” (p. 23), traduzidos na complexidade relacional dos afectos *transferenciais* e *contra-transferenciais* mobilizados neste contexto “ (...) em que um fala por se desconhecer e o outro diz para que outro nele e com ele se reconheça” (p. 25).

Ainda segundo Amaral Dias (1983), Freud começou por encarar a transferência como um fenómeno regular e espontâneo emergente na situação analítica e fugindo à intervenção do analista,

o que a colocava como uma verdadeira ameaça aos próprios desenvolvimentos analíticos requeridos pelo método racional subjacente à prática médica. Contudo, esta situação encontra-se há muito ultrapassada pois, como sublinhou Ida Macalpine (1950), a situação analítica, através do conjunto das suas regras, cria um estado de frustração no paciente análogo à situação infantil, onde este se adapta pela regressão. Deste modo, a transferência desenvolver-se-ia a partir da situação analítica e não de uma forma espontânea. Esta posição é também partilhada por autores como Spitz (1955) e Robert Waelder (1955).

De acordo com Zimmerman (1995), Bion também chamou a atenção para o facto de a transferência ser sempre um fenómeno inter-relacional em que analista e paciente desempenham os papéis de pai e filho. Neste reviver da situação infantil, o importante não é tanto o significado que cada um destes papéis adquire separadamente, mas sim, o que os une ou separa.

Actualmente, e na opinião de Zimmerman (1995), a transferência é encarada como um fenómeno que transcende a simples repetição do passado, interpretando-se como forma de retorno compulsivo numa tentativa de preenchimento dos “vazios” evolutivos. Esta visão da transferência implica, porém, a resposta a uma outra questão: a de se saber se ela representa uma necessidade de repetição ou se, ao invés, constitui a repetição de uma necessidade. Trata-se de uma questão em aberto.

O conceito de contra-transferência não é simples e cobre uma ampla gama de significados atribuídos por diversos autores que a entendem como o conjunto de reacções próprias da personalidade do analista, interveniente activo no processo analítico ou, ainda, como processos inconscientes provocados pela transferência do analisando no analista.

Freud também encarou a contra-transferência como um obstáculo ao trabalho psicanalítico e como resultado «da influência do doente sobre os sentimentos inconscientes no médico» (Freud, 1910 referido por Amaral Dias, 1983, p. 52) embora tivesse considerado “ (...) o psiquismo do analista como um instrumento necessário ao funcionamento da cura analítica” (p. 53).

Zimerman (1995) refere que Bion encarava a contra-transferência como uma manifestação do inconsciente do analista. Tratando-se de um fenómeno inconsciente, fora do controlo do analista, a contra-transferência foi também encarada como um fenómeno prejudicial, apenas podendo ser percebida e reflectida conscientemente pelo analista fora da sessão, ou seja, pela própria continuidade da análise individual do próprio analista. Essa posição de Bion deve ser entendida como uma advertência contra o risco de os psicanalistas sobrevalorizarem a importância da contra-transferência, justificando todas as deficiências da situação analítica como provenientes das projecções do paciente e, ainda, da onnipotência que leva à ignorância dos seus pontos neuróticos e/ou psicóticos.

Amaral Dias (1983) refere que actualmente, a contra-transferência é considerada um fenómeno crucial na compreensão e descodificação do material trazido pelo doente, permitindo a apreciação dos processos que se desenvolvem no analisando através da vigilância que o analista exerce das suas próprias associações mentais durante a escuta.

A transferência e a contra-transferência podem ser ainda perspectivadas como uma resistência, no sentido em que não há uma clarificação do que é transferido. Elas constituem uma forma de criar “ (...) um enunciado falso sobre a procura da verdade, sobre a capacidade notativa, indagatória e de investigação mental” (p. 22), impedindo, assim, a expansão da mente.

Para Zimerman (1996), a procura da verdade com Bion ganhou uma dimensão ética e técnica sem a qual o aparelho psíquico não se desenvolve e morre de inanição. O desenvolvimento do aparelho psíquico faz-se pela procura incessante da verdade, nomeadamente através da descoberta do significado das “mentiras” e das “falsidades”. O amor à verdade é o querer conhecer; as falsificações são as diferentes formas de mascarar as verdades; e, finalmente, a mentira é, muitas vezes, a contrapartida da verdade, cumprindo uma intencionalidade defensiva traduzida pelo preenchimento de vazios. Deste modo, a mentira pode ser um caminho para chegar à verdade.

Ainda segundo Zimerman (1996), o processo de conhecimento faz-se com o

estabelecimento de vínculos, sendo cada vínculo o lugar onde se realiza uma experiência emocional. Estas experiências emocionais - ódio (H), amor (L) e conhecimento (K) - tem os seus contrários, expressos pelos negativos: (-H), (-L) e (-K), podendo ser traduzidos na seguinte equação final: K ([-K, +K], L ([-L, +L]), e H ([-H, +H]). A esta equação dever-se-á acrescentar O visto que a relação do sujeito com o crescimento só se alcança em K e O.

Para Amaral Dias (1993), a complexidade da análise só pode ser concebida em K, referindo-se este à unidade última, O. Esta unidade última implica a viabilidade de uma transformação em O operada a partir de K e não de -K. A sessão de análise é considerada uma conjunção constante transitória devendo, idealmente, fazer-se sobre o padrão emocional da experiência, operando uma transformação na conjunção constante não transitória. A conjunção constante, R1, é uma variável incognoscível, no sentido kantiano, que aparece ao longo dos diferentes momentos de expressão do sujeito.

O analista trabalha em R1 criando uma conjunção constante transitória através da transformação. “A conjunção constante cria-se, em (♀, ♂) pela articulação de R com as conjunções constantes transitórias que foram expressas em R1, R2, R3, etc. Estas revertem sobre R como uma invariante transformada, articulando-a e transformando-a:

$$R1 \rightarrow (\text{♀}, \text{♂}) \rightarrow Ps \longleftrightarrow D \rightarrow R2 \text{ ” (p. 33)}$$

E Amaral Dias (1993) continua dizendo que a apreensão da conjunção constante e a sua transformação exige que o analista trabalhe em (♀, ♂) despojado de vontade, desejo e compreensão, isto é, como um functor, retículo vazio onde possa nascer um facto de origem desconhecida. O analista, ao trabalhar em ♀, faz com que toda a significação seja feita em continente-conteúdo - n (n ♀ n ♂) - traduzindo-se o primeiro na paciência e o segundo na segurança, qualidades necessárias para que possa tolerar a dúvida de não saber e prescindir do que

já sabe. Assim, o analista deve fazer uso da fé, F, resultado da transformação em $(\text{♀}, \text{♂})$ de L ou H, e abandonar progressivamente K.

Finalmente, Amaral Dias (1993) conclui que “ (...) o analista deve propor-se como uma hipérbole que ultrapasse a perfeição do círculo. $\text{♀} \neq \text{♂}$ mas também $\text{♀} = \text{♂}$, ou seja, deve ter um pensamento hiperbólico para “conseguir” a união $(\text{♀} = \text{♂})$, um pensamento poético para transmitir ao paciente a união $(\text{♀}, \text{♂})$ e um pensamento científico para falar fora das sessões da união $(\text{♀} \neq \text{♂})$ ”. (pp. 49-50)

6. PALCOS REAIS E PALCOS IMAGINÁRIOS: O SR. NEGRITUDE

A escolha da teatralização do material das sessões e das supervisões realizadas no caso objecto de estudo teve como pressupostos os três factores a seguir enunciados:

1 - A sessão analítica é uma experiência partilhada exclusivamente pelo analista e pelo analisando e, assim, dificilmente transmitida a um terceiro. As associações do paciente e as interpretações do analista são inefáveis, daí que toda a comunicação do registo de uma sessão resulte, inevitavelmente, imperfeita (Grinberg, Sor & Blanchedi, 1973);

2 - A sessão de análise concebida como uma peça de teatro onde os intervenientes - analista, paciente - são vistos como autores e actores de uma peça que se disse e que se escutou (Resende, 1994);

3 - A procura de transcrever, no *aqui* e no *agora*, o que de mais real e imaginário todas as sessões tiveram.

A peça tem três actos, onde participam o Eu, o Analista, o Mestre, o Sr. Negritude, uma voz e um coro.

O I acto tem como objectivo a representação das dificuldades enfrentadas pelo analista. Estas consistem na invasão do espaço de escuta pelas categorias estruturais narrativas, míticas e oníricas interditas à sua mente, levando, perigosamente, a converter o analisando numa pessoa com a qual vive uma relação que persegue a concretização de um desejo (Amaral Dias, 1997).

A teatralização deste acto foi inspirada no capítulo V - E Daí - do livro *Aventuras de Ali-Babá nos Túmulos de Ur*, de Amaral Dias (1992), em que o analista aparece desdobrado em falas de A1 (pessoa), A2 (Analista) e A3 (Psiquiatra). Deste modo, o papel do analista é desempenhado por duas personagens: o Eu, a pessoa que sente, deseja e conhece para poder interferir e modificar o analisando; o Analista, que evoca os padrões que regem a sua conduta.

Transcreve-se no II acto o material significativo das sessões e o respectivo enquadramento teórico da psicose melancólica. O discurso do paciente foi atribuído ao Sr. Negritude, cujas falas

constituem os excertos significativos das sessões. O nome escolhido para esta personagem - Negritude - procura dar expressão à problemática central do paciente - a generalização da sua parte negra interna. O Mestre⁴⁶ é a personagem que faz o enquadramento teórico e a sua movimentação ao longo deste acto procura traduzir os diferentes vértices explicativos necessários para a compreensão do caso.

Finalmente, o III acto visa transmitir o desfecho deste caso através da Voz que se ouve. O Mestre e o Coro sintetizam os conteúdos teóricos abordados na I e III Partes e que estão presentes no caso.

I ACTO

No palco encontram-se o Eu e o Analista sentados frente a frente mas separados por uma cortina transparente, de modo a que se possam ver mas não se possam tocar.

EU - Lembro-me bem da primeira vez que o vi... E o que recordo é uma imagem... A imagem de um corpo aguilhoado de todos os lados, torcendo-se, arqueando-se, retesado em aflitos soluços... Um corpo estalando desespero num constante assoar e fungar, que um lenço encardido procurava em vão calar...

Lembro-me tão bem como se hoje fosse; e não sei se me lembro pelo impacte dramático que em mim a cena teve, se pela angústia causada pela sua constante repetição ao longo das sessões, sem um vislumbre de transformação...

Ou será por uma espécie de culpabilidade, mesclada de desencanto, por não ter podido evitar, por não ter podido ajudar a atravessar o Letes, um dos cinco rios do inferno???

Talvez sejam todas elas e nenhuma em particular!!!

⁴⁶ As sessões foram supervisionadas pelo Professor Doutor Carlos Amaral Dias

Analista ⁴⁷ - Tenho que lembrar o sentido literário da palavra Psicoterapia: *psyque* significa alma e *therapeuein*, cuidar... Mas ninguém cura ninguém nem tão pouco ajuda ou aconselha... Há apenas um encontro num pathos, numa dor sofrida ...

Tenho que ter humildade... Não se transforma o paciente, pois só ele se transforma, através de um estado a que os místicos chamam de docilidade à Graça.

Tenho que suportar o sofrimento que o desconhecimento de mim e do outro traz e evocar as três “Noites Escuras” de que fala Bion ao reportar-se às etapas da vida espiritual de São João da Cruz: a noite da sensibilidade, a do conhecimento na Fé e a da chegada a um Deus incognoscível.

Eu - Estou a recordar... E recordar faz com que as coisas estejam a passar novamente pelo meu coração...

Estou novamente sentindo nem eu sei bem o quê...

Tanta dor, tanto sofrimento neste homem casado, de cinquenta anos...

Não percebo porque chora assim, se tem dois filhos a quem adora

Não percebo porque assim chora, se diz que são bons alunos e ótimos filhos... Diz que são felizes e o seu pranto redobra numa hemorragia sem fim... Diz que foi sempre assim, que não é de agora...

Que faço eu???

Choro também???

Recebo-o em meus braços, apertando-o contra o meu peito como a mãe faz a um filho que caiu e se magoou???

Mas que ferida é esta que não se vê ???

Ele tem bigode... E, eu... Eu, não sou a sua mãe!!!

Analista - Sou um lugar para o outro poder sonhar...

Sou um lugar onde se sabe e onde não se sabe acerca do outro...

Não tenho memória, nem desejo, nem tão pouco compreensão!

A minha mente está desprovida e eu não tenho estruturas narrativas pessoais.

Eu - Não consigo pensar... Não consigo sonhar ...

Estou prisioneiro, encarcerado na teia tecida pela angústia!!!

Analista - Não tenho excessos... Apenas contendo o que foi dito e o que ficou suspenso na mente do analisando... Contendo a angústia de modo a que o outro saiba que pode depositar a sua emoção sem danificar...

Sou um retículo vazio, despojado e só...

Observo o analisando como ele é, sem escolher, sem comparar ou avaliar e crio um questionamento onde as perguntas estão em aberto...

Tenho a capacidade de dizer não ao que já sei, condição para a não saturação...

O paciente traz uma noção unívoca de si, a narrativa da sua história pessoal, o mito, e sobre isso estrutura toda a sua vida ou, segundo Lacan, o paciente traz uma tese e o clínico uma antítese e o seu objectivo é a abertura a novos vértices através de uma visão binocular.

II ACTO

O Sr. Negritude encontra-se deitado num divã no meio de um círculo colocado no centro do palco. O analista encontra-se dentro de um anel que envolve o círculo sentado atrás do divã de modo que o Sr. Negritude o oiça mas não o veja. Entre o anel e o círculo há um fosso de modo que analista e analisando se encontrem em espaços impossíveis de se intermutarem.

O Mestre encontra-se em pé dentro de um segundo anel que engloba o círculo e o primeiro anel, mas num plano superior a estes. Os dois anéis interpenetram-se em pontos diferentes permitindo o contacto entre o Mestre e o Analista. O Sr. Negritude não vê nem ouve o Mestre.

Sr. Negritude ⁴⁸ - Tenho passado momentos muito difíceis... Não sei o que faça à minha vida... Ainda agora, quando aqui cheguei, as minhas pernas tremiam... Vim a pé, para ver se me acalmava e, mesmo assim, elas não deixaram de tremer... Foi muito custoso cá chegar... Não há solução... Nenhuma solução... O que é que se passa realmente comigo???

Mestre - O paciente não chega a um verdadeiro humor delirante mas para lá caminha. É um paciente que tem um funcionamento depressivo que se bordeja muito num funcionamento depressivo psicótico. Não há uma verdadeira depressão neurótica apesar de os neuróticos poderem estar tristes. Depressão só existe uma, a depressão psicótica entendida como uma esquizofrenia ao contrário. Ao contrário porque a única diferença reside no facto de se delirar para os objectos internos em vez de se delirar para os objectos externos. Digamos que é um delírio introjectivo, enquanto que o delírio esquizofrénico é um delírio projectivo.

Sr. Negritude - Parece que faço mal a toda a gente... Só trago desgraças... Lá em casa... é uma tristeza de morte... A minha filha, o meu filho, a minha mulher... A minha filha traz uma

tristeza de morte... Eu é que devia ir embora, deixá-los para que possam ser felizes... Deixá-los felizes, eles que são tão bons... Já muitas vezes pensei... Pensei que se eu morresse as coisas poderiam melhorar... Onde eu estou as coisas ficam mal... Parece que eu faço mal às coisas, que quando eu estou nada funciona...

Mestre [mudando de lugar] - Este doente é um doente da espessura do real e está com um humor protodelirante, ao pensar que é o centro do universo. A realidade não é uma linha como Jasper pretendia... A realidade é uma espessura muito mais complexa.. . Como é que se constrói o conceito de realidade? São três coisas que o coconstróem: a culpa, a separação e a consciência do objecto. A consciência do objecto é, ao mesmo tempo, a consciência da responsabilidade que há perante o objecto, que é a consciência da culpa traduzida no “não posso danificar o objecto”. A consciência do objecto é a consciência de que entre mim e o outro há uma separação... Há pessoas que perdem a espessura da realidade pela culpa, outras pela não-separação e ainda outras perdem-na pelo objecto. Por exemplo, o *boder-land*⁴⁹ perde-a pelo objecto, o esquizofrénico perde mais pela não-separação e os deprimidos perdem-na mais pela culpa... Mas o problema é que a realidade é uma espessura, não é uma linha... Uma espessura que constrói a realidade que é coconstruída... A realidade é coconstruída permanentemente ... É uma coconstrução do real, dentro e fora da pessoa. Há ainda aqui um aspecto onnipotente traduzido na sensação de que o paciente estraga tudo e destrói todos. Na fantasia do paciente ele tem um poder, ele pensa que tem um poder que é apenas um poder ao contrário do poder dos esquizofrénicos. Os últimos pensam que os outros o destróem enquanto que os primeiros pensam que podem destruir os outros. Mas não só, esta onnipotência traduz um estado de desintegração onde não há culpa, pois situa-se para além da consciência do outro... Quando o paciente afirma “Parece que faço mal a toda a gente” não tem a consciência do objecto e, assim, não há culpa, pois esta implica a consciência do outro e tem uma função

⁴⁸ Todos os diálogos aqui trazidos pela fala do Sr. Negritude são o discurso real do paciente.

⁴⁹ *boder-land* é usado como substitutivo de *boder-line*

integrativa. Quando há motivos de desintegração e a onipotência é um estado de desintegração, não há culpa. Porque é que existe a culpa ??? A culpa existe por uma razão: a culpa resulta de uma outra coisa que é a dependência que o objecto humano tem dos objectos. Nós, os seres humanos, nascemos dependentes. Toda a relação de interdependência cria sempre a ameaça de que o objecto pode partir... Como é que nós vivemos com essa ameaça? Freud tem uma resposta: o *desamparo originário do ser humano* que nos acompanha desde bebé até ao fim das nossas vidas... Como é que vivemos com isso? Vivemos com isso organizando mecanismos protectores, a que Freud chamou de mecanismo de defesa. A pessoa procede com o outro através dos mecanismos que a culpa desencadeia e que protegem a relação - reparação, consciência... Por exemplo, o medo que o bebé tem da morte da mãe ou o medo que nós temos de perdermos, a todo o momento, as pessoas significativas da nossa existência e ficarmos sós... E é contra esse desamparo originário que nós trabalhamos... Isso é que é a verdadeira culpa... Freud chega mesmo a dizer - em Inibição, Sintoma e Angústia - que o pénis do menino serve também para se poder unir à mãe e assim não ser abandonado, que o fantasma edipiano está ligado à fantasia de poder penetrar a mãe e não ser abandonado por ela funcionando o pénis como uma espécie de apêndice que o liga à mãe. Ora, este paciente não sente culpa... Os esquizofrénicos, os deprimidos psicóticos, esses não têm culpa, pois também a culpa é uma consciência da malignidade...

Sr. Negritude - Sabe, eu nunca fiz nada que prestasse na minha vida... Tive oportunidades e não as soube aproveitar... Não consigo que as coisas dêem certo... Falha tudo... Não sou capaz, nunca soube aproveitar as oportunidades... Sou um fraco, um fracassado... Eu não faço nada bem feito... É horrível, horrível chegar a este ponto em que não consigo fazer nada, nada... Estou esgotado... Não sei como é que vou solucionar isto...

Sr. Negritude - Não me lembro quase nada da minha infância... Parece que desapareceu

tudo, mas lembro-me muito bem das discussões dos meus pais por causa do dinheiro... Por uma ou duas vezes, o meu pai pegou numas mantas e foi lá para fora... E eu fui chamá-lo.

Analista - E por que é que o foi chamar?

Sr. Negritude - Sentia que a vida se desmoronava... desmoronava....

Mestre [mudando de lugar] - Qual é o aforismo do deprimido? O aforismo do deprimido é “perdido por um, perdido por cem”, traduzido num desvio depressivo da memória. O deprimido trabalha sobre a memória separando tudo aquilo que não confirme o seu sentimento presente. É por isso que toda a depressão bem como toda a mania é uma cronopatologia, uma patologia do tempo. A concepção que Freud faz da defesa maníaca é uma conceptualização deveras interessante, uma vez que vai buscar duas questões: o problema da negação e o problema da mania. O próprio Freud, num texto de 1917, Luto e Melancolia, afirma que a mania é o negativo da depressão. Ele não afirma que a mania é a negação da depressão, afirma-o como negativo, como um trabalho negativo da depressão que é, ao mesmo tempo, a negação do problema da mania. Isto é uma subtileza que é complexa... O deprimido opera sobre o passado e vai retirar do passado tudo que não confirme o sentimento presente. Faz uma espécie de clivagem da representação mnésica, excluindo tudo aquilo que não é concordante com o sentimento presente, para fazer a afirmação “sempre tudo foi mau na minha vida”. O sentimento do depressivo faz com que o contacto com a situação vivencial actual confirme um sentimento antigo. E esta confirmação de um sentimento antigo, resultante da clivagem da representação e até dos sistemas da consciência, são os descritos por Freud nos dois princípios do funcionamento mental, um texto de 1911. Posteriormente, Bion retoma os sistemas da consciência na tabela - a notação, a atenção e a indagação -, eles próprios ligados à memória e sofrendo uma espécie de clivagem em cima da qual o sujeito se precipita no passado, que concorda

com a afirmação do presente e, ao mesmo tempo, reprojecta sobre o futuro a generalização que vem do passado - “Eu sou assim, sempre fui assim, sempre assim serei” criando o acto pessimista e a negritude que pesa sobre o futuro. A cronopatologia do deprimido não é, evidentemente, da ordem do passado mas resulta de uma operação do presente sobre o passado. Há uma retroacção sobre o passado da ilação, aliás, da desilação depressiva, que retira ao passado todos os aspectos que não confirmem a tristeza do presente e que não confirmem, por isso, a projecção no futuro da tristeza do presente e do passado reconstituído a partir do presente.

Sr. Negritude - Ainda falta mais de um mês para o Natal e já não consigo pensar que ele está aí... Nunca gostei do Natal! Como é que vai ser??? Não posso convidar ninguém, não temos dinheiro... Os meus irmãos não vão querer ir lá a casa... Não há nada... Já tenho pensado que era melhor desaparecer, desistir de tudo...

Mestre [mudando de lugar] - Também isto é frequente nas depressões... Porque é que o Natal é uma data propiciamente depressiva??? Há uma coisa fundamental sobre o Natal... O Natal é a festa em que o fantasma inconsciente de um possível renascimento surge com mais força... Depois, há uma identificação secreta ao Menino de Deus... É qualquer coisa de muito pessoal... Cada um imagina ter dado uma alegria tão grande com o seu nascimento como a que deu o Menino de Deus. Daí os excessos da festa natalícia... Agora um paciente como este tem uma insuportabilidade a toda esta alegria natalícia provocada pela parte invejosa. A palavra inveja significa *invidere*, que vem do latim e significa não ver... É destruir qualquer coisa... Os momentos em que o *invidere* não destrói suficientemente são aqueles momentos em que a pessoa fica ainda mais invejosa. No caso deste paciente, ele consegue interpretar delirantemente os filhos, a mulher, o homem da casa, mas a festa do Natal sobrevive ao *invidere*, sobrevive ao seu ataque e isso desperta-lhe uma consciência insuportável. A agressividade é secundária, a identificação ao objecto

ideal é que é primária e como o paciente não consegue aqui pôr o mundo identificado a este objecto ideal trata a chicote tudo aquilo que não confirme esta idealização.

Sr. Negritude - Estou incapaz de sair deste buraco... Hoje foi custoso chegar aqui, as pernas tremiam... A angústia de não conseguir acabar o trabalho, a tristeza da mulher e da filha... Mas o que me preocupa mais é o meu filho... Deixa-se ficar em casa, não sai... Diz que tem muito que estudar.

Analista - Não é toda a gente que tem um filho no Instituto X com 18 anos e aluno de 18...

Sr. Negritude - Pois é, pois é... O meu filho farta-se de estudar... É tão bom aluno, está quase dispensado a tudo, só com as frequências. Ainda quer levantar umas notas de umas cadeiras... É uma tristeza...

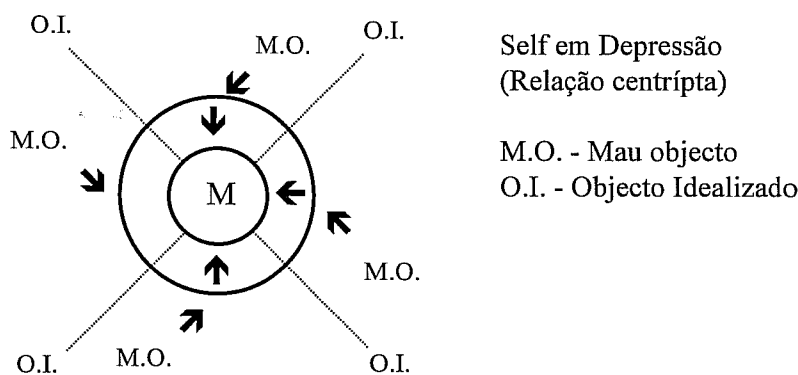
Mestre [mudando de lugar]- Chamou a atenção para uma parte positiva com que o paciente não pode estar em contacto... Há uma oração que diz: "Senhor eu não sou digno de Vos receber em minha morada, mas disse uma só palavra e a minha alma será salva". O deprimido fica na primeira parte " Eu sou indigno!!! ". Na mente da psicose depressiva há uma cisão do self nuclear, primotérico... O paciente fica cindido e fica totalmente identificado à parte suja, maligna, desprezível da mente... Tudo o que não é isso, é "spleet off", abandona a mente... Imagine que este meu dedo é a minha parte depressiva. Na psicose depressiva todo o meu corpo caía dentro desta parte e o meu dedo passava a ser o meu corpo. A parte cindida, nuclear, funciona como um aspirador que suga toda a personalidade, fazendo com que tudo o que a pessoa é passe a ser lido através desse referencial. Quando você põe o paciente em contacto com a parte boa, este sente-se indigno disso e aumenta-lhe a culpa delirante.

Relembrando, há um modo particular de identificação projectiva e que pode ser descrita como a relação que se estabelece entre o self e uma parte do self localizada a um nível mais periférico (internalização orbital). Em certas circunstâncias, porém, como é aliás o caso agora discutido, esta relação é estabelecida entre uma parte do self nuclear (isto é, aquela parte do self resultante da identificação introjectiva ao primeiro objecto) que, desprendido ou dissociado, passa a funcionar com características orbitais, perdendo não só as características de identificação introjectiva mas também reorganizando com o resto do self um modo peculiar de vinculação. Vai, assim, assimilar algumas das suas restantes características ou, pelo contrário, é o próprio self quem assume as características do objecto interno com que se identificou.

No caso da depressão, esta situação pode ser assim descrita:

1. Projecção do self no interior da parte do objecto nuclear percebida como má;
2. Identificação do self àquele objecto;
3. Emergência da centripeticidade do self;
4. Relação especular com o real, no qual tudo o que não obedece à «merdificação do self» é

denegado no interior e, consequentemente, invejado no exterior; daí, a filtragem do real o qual é abusivamente introjectado nas suas partes más e, daí também, o aprofundamento dos sentimentos de culpa e de auto-recriminação: aparecimento do juiz depressivo (juiz do próprio).



(Adaptado de Amaral Dias, 1995a, p. 18)

Sr. Negritude - De 30 para 31 de Dezembro comecei a sangrar, a sangrar pelo nariz... Tive que ser internado pois não se conseguia parar a hemorragia... Sangue e mais sangue, até que se estendeu à garganta. Já não era só o nariz, era também a garganta... Estive internado 19 dias, cheio de tubos e de rolhões no nariz e os médicos já não sabiam o que me fazer para estancar todo aquele sangue... Esvaía-me em sangue... Depois cheirava mal, muito mal... Parecia que estava a apodrecer... Nem queria que a minha mulher e os meus filhos se chegassem... Emagreci muito, perdi quase 20 kg...

Analista - Mas não foi a primeira vez que isto lhe aconteceu, pois não?

Sr. Negritude - Não... Já tinha estado uma outra vez, mas só que tinha sido menos tempo. Oito dias, com uma outra hemorragia devido à hipertensão. A partir daí, passei a sofrer de tensão alta, que não há maneira de baixar... Não se consegue controlar... Mas desta vez foi pior, muito pior...

Analista - O seu corpo é difícil de conter, esvai-se ...

Sr. Negritude - Também tenho muita diarreia... Não é sempre, mas às vezes... É muito difícil, nem consigo sair de casa... Não se consegue parar mesmo com os remédios... É horrível, tudo isto é horrível....

Mestre ⁵⁰ - A hemorragia e a diarreia como resultantes de uma espécie de ferida narcísica de características tais que constituiria o núcleo de um orgulho tanático que impediria a sua restituição, porque a ferida é muito pouco tolerável nos melancólicos.

Sr. Negritude - Tive sempre a sensação que, um dia, eu ia parar... Parar mesmo e de vez...

III Acto

Mudança de cenário. Lado esquerdo do palco - estrado com uma marquesa coberta por um lençol branco e um relógio de ponteiros parados. Lado direito - um segundo estrado, ao nível do primeiro, onde se encontra o Mestre. Ao centro, ao nível do palco, está o coro.

[Do lado esquerdo do palco, ouve-se uma voz que anuncia:]

Voz - O Sr. Negritude parou de vez em Janeiro... Após o Natal, ingeriu um coquetel de veneno, tranquilizantes e uísque, dentro do seu carro num parque periférico da cidade. Foi encontrado inconsciente, algumas horas mais tarde, pelo guarda do parque e deu entrada nas urgências de um hospital onde permaneceu quinze dias nos cuidados intensivos. Faleceu no bloco operatório, quando tentavam estancar-lhe uma hemorragia interna.

A família telefonou a avisar do sucedido.

Coro - Vitória de Thanatos sobre Eros!

Vitória de Thanatos sobre Eros!

Vitória de Thanatos sobre Eros!

Mestre - O suicida é o sujeito que pensa resolver o problema da vida através de um acto que funciona como uma forma radical de evitamento de uma angústia através da anulação da raiz da própria angústia.

O suicida é o sujeito que se torna predador de si próprio, resultado da junção dos impulsos

⁵⁰ Foks, G.. Mesa redonda: melancolia, *Revista de Psicoanálisis*, tomo 38 (4), 1981

destrutivos com o ódio à realidade tanto interna como externa.

Coro - ⁵¹Dentro dele, através dele, um outro corpo estranho queria romper caminho. E, por mais que cedesse e alargasse, o inimigo mantinha-se insatisfeito, a reclamar maior espaço e exigia:

A morte! A morte !! A morte!!!

Corre o pano

⁵¹ Torga, M.. *Bichos* (7ª ed., rev.). Coimbra, p. 45

Discussão e Conclusões

1 - O Sr. Negritude tinha um sofrimento intenso que o mantinha prisioneiro e perdido no inferno do labirinto do Letes – Ps ↔ Ps ↔ Ps. Esta situação queimava-o há muito tempo. Tanto tempo que não sabia se teria sido sempre assim... Antevia-se a catástrofe. Não havia já tempo e espaço para a mudança, a mudança catastrófica... A dor que sentia era interna, profunda e tinha alastrado tanto que se tornara intolerável, tão intolerável que ficou urgente a sua eliminação... O suicídio apareceu, assim, como a única forma que o Sr. Negritude teve de acabar com essa dor, a dor que não podia mais suportar.

Concluí-se que o Sr. Negritude certifica os aspectos inerentes à teoria da dor mental de Boin e enquadrados nos desenvolvimentos apresentados por Granel (1981) e Amaral Dias (1988, 1992, 1993 e 1995a).

2 - O Sr. Negritude apresentava: 2.1. - Um funcionamento depressivo psicótico - melancolia - caracterizado por um delírio introjectivo, isto é, delirava para os objectos internos. O seu humor era protodelirante. Pensava ser o centro do universo, aspecto onnipotente traduzido na sensação de que estragava e destruía todos. Esta onnipotência traduzia um estado de desintegração, onde não havia culpa situando-se, assim, para além da consciência do outro. Tinha perdido a espessura da realidade pela culpa; 2.2. - Uma cisão do self nuclear, primotérico. O Sr. Negritude ficava cindido e totalmente identificado à parte suja, maligna e desprezível da mente. Tudo o que não era isso, era *spleet off*, abandonava a mente; 2.3. - Um desvio depressivo da memória fazendo uma espécie de clivagem da representação mnésica, em cima da qual se precipitava no passado que concordava com a afirmação do presente e, ao mesmo tempo, reprojectava sobre o futuro a generalização que vinha do passado. Deste modo, o seu contacto com a situação vivencial actual, confirmava um sentimento antigo; 2.4. - Um funcionamento invejoso, quando fracassava o delírio, tornando a consciência do real insuportável. A agressividade aparecia de uma forma secundária, sendo a identificação ao objecto ideal, primária.

3 - A melancolia, como estado psicótico, apresenta-se, quando a personalidade se estrutura, de acordo com as seguintes características principais: 3.1. - Insuportabilidade da dor da perda, o que conduz à substituição de algo por algo. A melancolia é uma forma substitutiva e não uma forma criadora de “vazios”, imprescindíveis a novas significações. Nela não se verifica a dinâmica mental entre flutuação dispersiva e ponto (s) de integração - Ps <-> D - que se faz acompanhar pela dor mental inevitável à mudança de sentido - mudança catastrófica; 3.2. - Identificação feita não com objectos totais mas com aspectos de objectos que são os que comandam a situação afectiva total. Deste modo, o que se perde é um objecto do mundo interno, aparecendo como sintoma fundamental a perda do juízo da realidade. A organização de ideias delirantes e diferentes das que aparecem nos delírios crónicos mas apresentando a mesma característica de imodificáveis e inacessíveis ao pensamento lógico; 3.3. - Identificação projectiva que pode ser descrita como a relação que se estabelece entre o self e uma parte deste, localizada a um nível mais periférico - internalização orbital. Em certas circunstâncias, esta relação é estabelecida entre uma parte do self nuclear, aquela parte do self resultante da identificação introjectiva ao primeiro objecto e, porque dissociado, passa a funcionar com características orbitais perdendo as características de identificação introjectiva e reorganizando com o resto do self um modo peculiar de vinculação. Então, assimila algumas das suas restantes características ou é o próprio self quem assume as características do objecto interno com que se identificou. 3.3.1. - Na melancólica esta situação caracteriza-se pela: 3.3.1.1. - Projecção do self no interior da parte do objecto nuclear percebida como má e desprezível; 3.3.1.2. - Identificação do self àquele objecto; 3.3.1.3. - emergência da centripeticidade do self; 3.3.1.4. - relação especular com o real, no qual tudo o que não obedece à negritude do self é denegado no interior e invejado no exterior.

Verificamos, assim, que faz uma filtragem do real que introjecta nas suas partes más, fenómeno que explica também, o aparecimento dos sentimentos de culpa e de auto-recriminação. Podemos, ainda, observar que o melancólico retira ao passado todos os aspectos que não confirmem

a tristeza do presente. E, por isso, projecta no futuro a tristeza do presente e do passado, reconstituído a partir do presente. Através da sua onnipotência, o melancólico nega ou inibe a sua agressão mas, ao negá-la, autodestrói-se. Esta é a devoração que faz o eu ao eu no drama do melancólico

4. - A depressão não é uma doença. É sim, um síndrome motivado pela carência de elementos etiológicos assim caracterizada: 4.1. - Vulnerabilidade depressiva, com todas as perdas e abandonos que não é apenas uma entidade nosográfica, mas antes, um conjunto de afectos dolorosos ligados à mudança; 4.2. - Uma mudança sentida como negativa, traduzindo-se na perda ou incapacidade de realização e pressupondo a incapacidade de, gradualmente, mudar de investimentos; 4.3. - Uma ilusão dolorosa da vivência do tempo, a ilusão de que o tempo presente foi devorado no passado. A consciência do tempo, concomitante emocional fundamental para a identidade do sujeito, remete para a consciência da realidade e dá conta da insuportabilidade do real, fundador da cronopatologia; 4.4. - A consciência da virtualidade do objecto, isto é, com a consciência de que o objecto em que este é ele mais o não-ele, o seio e o não-seio. É a virtualidade desse objecto que faz dizer que ele está lá ou não está lá, mas se não está lá já esteve ou poderá vir a estar. A consciência do real é a consciência da separação e é esta consciência da separação que funda a consciência do tempo; 4.5. - A tomada de consciência da separação que conduz ao sentir a dependência do objecto, em si gerador de angústia. Dependere de um objecto significa amar o objecto e reconhecer o seu valor. Quando o objecto é reconhecido como bom, a dependência suscita inveja que, por sua vez, origina a agressividade, a angústia e o sofrimento, ligando-se esta às inevitáveis frustrações e às suas consequências; 4.6. - A onnipotência como forma de evitar os sentimentos agressivos causados pela frustração. Constatamos que a identificação projectiva cria um estado isento de angústia, de frustração e de inveja à custa da não separação.

5. - Vista sob o angulo da problemática do narcisismo, a depressão pode ser entendida como uma forma particular de ligação ao Édipo, através da vivência da falta e, principalmente, a nostalgia

do incesto impossível e a tentação de parricida. A falta aparece como inerente à condição humana, estritamente ligada à renúncia imposta pelo triangulo edipiano: Primeiro a um dos progenitores e, finalmente, à intromissão no casal. A renúncia a partir do momento que se torna definitiva desencadeia uma desilusão, uma ferida narcísica que origina o afecto depressivo. A falta reenvia ao problema da castração mas pode também ser sentida pela interiorização e a fantasmática como um vazio, uma falta de estruturação do espaço psíquico, qualquer coisa vazia e ausente.

O caso do Sr. Negritude insere-se na fenomenologia psicanalítica da melancolia e no quadro tradicional da depressão. São evidentes os aspectos referidos em 3.1. e 3.2. e notórios os aspectos relacionados com a identificação aos objectos parciais desenvolvidos por Amaral Dias (1988 e 1995a) e transcritos no ponto 3.3. e subpontos seguintes. Confirma-se os aspectos da relação narcísica aos objectos internos descritos por Freud em Sobre o narcisismo: Uma introdução (1914), Luto e melancolia (1917) e O 'Estranho' (1919). Não se verifica a perda do objecto interno referido em 4.4. e 4.5., destacado por Golstein (1981). Observa-se uma relação patologia com o passado como a que se enunciou em 4.3., aspecto já realçado por Freud e, posteriormente, equacionado por Amaral Dias (1988).

Como referiu Muniz de Resende (Janeiro de 1996) estamos também convictos de que «Há mais coisas entre o céu e a terra do que em toda a nossa vã filosofia» e sabemos ser este apenas o nosso texto de leitura para o caso, O Sr. Negritude. Contudo, estamos também certos que este facto não inviabiliza a cientificidade da nossa atitude e abordagem. Pode-se reconhecer o aspecto geral da psicose melancólica neste caso particular, ou seja, procurar descobrir o universal a partir deste caso isolado.

Estivemos envolvidos num processo emocional, levados pelo desejo de alargar e aprofundar um conhecimento que, muitas das vezes, se situou no domínio das analogias e das metáforas. Recorremos, frequentemente, à reconstrução que é sempre problemática porque circular e baseada em evidências fracas. Utilizamos intrusões aleatórias do mundo do saber e do saber-fazer sobre o

desenvolvimento dum situação pessoal. Como no drama, essas intrusões, esses acidentes, são sempre imprevisíveis sendo, o desfecho aleatório, um produto das circunstâncias.

Referências Bibliográficas

- Amaral Dias, C. (1983). *Espaço e relação terapêutica*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Amaral Dias, C., & Nunes Vicente, T. (1984). *A depressão no adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amaral Dias, C. (1988). *Para uma psicanálise da relação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amaral Dias, C. (1992). *Aventuras de Ali Babá nos túmulos de Ur*. Lisboa: Fenda.
- Amaral Dias, C. (1993). *Só Deus em mim se opõe a Deus*. Lisboa: Fenda.
- Amaral Dias, C. (1995a). *(A) Re-Pensar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amaral Dias, C. (1995b). *Ascensão e queda dos toxicoterapeutas ou a democracia da mentira*. Lisboa: Fenda.
- Amaral Dias, C. (1997). *Tabela para uma nebulosa*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, G. (1996)- *História breve da existência*. Comunicação apresentada no II Encontro de Antropologia Fenomenológica e Existencial, “A escolha de si-próprio” (pp. 6-12). Porto: Hospital do Conde de Ferreira.
- Aslan, C. (1981). Mesa redonda: melancolia. *Revista de Psicoanálisis*, tomo 38 (4), 741-775.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Besora, M. V. (1994). Las psicoterapias existenciales: desarrollo historico y modalidades conceptuales. Comunicação apresentada nas 1.ªs Jornadas de Psicologia e Psicopatologia Fenomenológicas e Existenciais, Fenomenologia e Psicologia (pp. 11-23). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cardoso, W. (1997). *Subsídios psicopatológicos de depressão pós-abortamento provocado*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.

Carvalho, C., Trindade, I., & Cruz, M.. Psicoterapia existencial na depressão. In J.A.Teixeira (Org.), Fenomenologia e Psicologia (pp. 97-99). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cotovio, V. & Bacelar, F. (1994). *A análise existencial de L. Binswanger: Alguns conceitos psicopatológicos*. In J.A.Teixeira (Org.), Fenomenologia e Psicologia (pp. 85-89). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Catroga, F. (1988). *A militância laica e a descristianização da morte em Portugal 1865-1911*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.

Defradas, Jean (1965). *História breve da literatura grega*. Lisboa: Editorial Verbo.

Durkheim, E. (1897/1996). *O Suicídio* (6 ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura (1969), Vol. VIII. Lisboa: Editorial Verbo

Foks, G. S. (1981). Mesa redonda: Melancolia. *Revista de Psicoanálisis*, tomo 38 (4), 789-798.

Freud, S. (1914/1969). Sobre o narcisismo: uma introdução. In J.Salomão (Trad. e Rev.Téc.), In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XIV, pp. 89-119). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. (1915/1969). Reflexões para os tempos de guerra e morte (Parte II) Nossa atitude para com a morte. In J.Salomão (Trad. e Rev.Téc.), In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XIV, pp. 327-339). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. (1917/1969). Luto e melancolia. In J.Salomão (Trad. e Rev.Téc.), In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XIV, pp. 275-291). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. (1919/1969). O 'Estranho'. In J.Salomão (Trad. e Rev.Téc.), In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XVII, pp. 275-314). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. (1920/1969). Além do princípio de prazer. In J.Salomão (Trad. e Rev.Téc.), In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol XVIII, pp. 17-85). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. (1926/1969). Inibições, sintomas e ansiedade. In J.Salomão (Trad. e Rev.Téc.), In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XX, pp. 107-197). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Goldman, H. H. (1984). Psychiatric epidemiology & mental health services research. In H.Goldman (Ed.), *Review of General Psychiatry* (pp. 151-168). Los Altos, CA: Lange Medical Publication.

Golstein, R. (1981). Mesa redonda: melancolia. *Revista de Psicoanálisis*, tomo 38 (4), 741-775.

Gomes, J. (1996). *O processo suicida numa perspectiva sistémico-familiar - para um estudo dos preditores dos comportamentos suicidários numa população não clínica*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.

Gouveia, J. (1990). *Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.

Granel, J. (1981). *Cambio catastrófico. Comentário*. *Revista de Psicoanálisis*, tomo 38 (4), 789-798.

Green, André (1997). *Prospective, les cas-limites vus depuis l'hystérie. Rétrospective, l'hystérie vue depuis les cas-limites*. Psychanalyse en Europe, 49, (1) , 28-47.

Grinberg, L., Sor, D. & Blanchedi, E. T. (1973). *Introdução às ideias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Grinberg, L. (1978). *The 'Razor's Edge' in depression and mourning*. The International Journal of Psycho-Analysis 59, 245-254.

Guttman, S., Jones, R. & Parrish, S. (1980). *The concordance to the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. IV. Boston, G.K.Hall & Co.

Hartocollis, Peter (1978). *Time and affects in borderline disorders*. The International Journal of Psycho-Analysis, 59, 157-163.

Haynal, A. (1976). *Le sens du désespoir*. Paris: Presses Universitaires de France.

Klein, M. (1940). *Mourning and its relation to manic-depressive states*. The International Journal of Psycho-Analysis, XXI, 125-153.

Laplanche, J. L. & Pontalis, J. B. (1967/1976). *Vocabulário de Psicanálise* (3ªed.). Lisboa: Moraes Editores.

Lévêque, P.(1967). *A aventura grega*. Lisboa-Rio de Janeiro: Edições Cosmos.

Lysebeth, A. V. (1991/1994). *Tantra, o culto da feminilidade - outra visão da vida e do sexo*. São Paulo: Summus.

Lopes, G. (1994). *Fenómeno e sintoma*. In J.A.Teixeira (Org.), Fenomenologia e Psicologia (pp. 25-39). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Martins, E.; Martins, H. & Alvarez, M. (1994). *A fenomenologia de Karl Jaspers: alguns conceitos psicopatológicos*. In J.A.Teixeira (Org.), Fenomenologia e Psicologia, (pp. 75-84). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Marucco, N. (1981). Mesa redonda: melancolia. *Revista de Psicoanálisis*, tomo 38 (4), 789-798.

Melzack, R. & Wall, P. (1982/1987). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Mendes, J. & Figueira, M. L. & Nicolau, M. H. (1979). Comportamento suicida na esquizofrenia. O Médico, 40, (1439), 563-580.

- Moles, A. (1990/1995). *As ciências do impreciso*. Porto: Edições Afrontamento.
- Pinto, A.C.(1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Edições Jornal de Psicologia.
- Poppel, E. (1985/1989). *Fronteiras da consciência: A realidade e a experiência do mundo*. Lisboa: Edições 70.
- Ramos, S. (1995). *Uma contribuição para o estudo da relação entre tempestades magnéticas e alterações climatéricas e comportamentos suicidários*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rezende, A. M. (1994). *A metapsicanálise de Bion: Além dos modelos*. São Paulo: Papyrus Editora.
- Rezende, A. M. (1996, Janeiro). Bion: aspectos epistemológicos. Comunicação apresentada no I Seminário Internacional sobre a Obra de Bion, Lisboa.
- Rodrigues, V. A. & Gonçalves, L. (1997). *A banha da cobra ? Ensaio sobre a prática psiquiátrica contemporânea*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Runes, D. D. (1983/1990). *Dicionário de filosofia*. Lisboa: Editorial Presença.
- Sampaio, D. (1985). *Tentativas de suicídio na adolescência: interpretação sistémica e redefinição de estratégia terapêutica*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Sampaio, D. (1991/1996). *Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio* (6ª ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sauvagnat, F. & Larue, J.Y. (1991). *Trois moments historiques des conceptions psychanalytiques concernant le suicide*, Bulletin de Psychologie, 401, 342-371.
- Segal, H. (1964/1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Snell, B. (1975/1992). *A descoberta do espírito*. Lisboa: Edições 70.

Steiner, J. (1993/1996). *Retraits psychiques. Organisations pathologiques chez les patients psychotiques, névrosés et borderline*. Paris: Presses Universitaires de France.

Teixeira, J. A. C. (1994). *Fenomenologia, existencialismo e psicopatologia*. In J.A.Teixeira (Org.), Fenomenologia e Psicologia, (pp. 47-54). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Teixeira, J. A. C. (1996). *A relação terapeutica em psicoterapias existenciais*. In R. G. Lopes, & V. Mota & C. Santos (Orgs.), "A escolha de si-próprio" (pp. 51-58). Porto: Hospital do Conde de Ferreira.

Toolan, J. M. (1974). *Depression and suicide*. In S.Ariet (Ed.), the american handbook of psychiatry (Vol. 2, pp. 294-305). New York: Basic Books.

Vegetti, M. (1991/1994). O homem e os deuses. In J.-P. Vernant (Dir.), O homem grego (Cap.IX, pp. 231-253). Lisboa: Presença.

Weiss, J. M. A. (1974). *Suicide*. In S.Ariet (Ed.), the american handbook of psychiatry (Vol. 2, pp. 743-765). New York: Basic Books.

Widlocher, Daniel (1983). *Les logiques de la dépression*. Paris: Librairie Arthème Fayard.

Zambrano, M. (1955/1995). *O Homem e o Divino*. Lisboa: Relógio D'Água.

Zimerman, D.E. (1995). *Bion: Da teoria à prática - Uma leitura didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zimerman, D. E. (1996, Janeiro). Bion: aspectos clinicos. Comunicação apresentada no I Seminário Internacional sobre a Obra de Bion, Lisboa.