

Coleção Psicologia Analítica
Coordenadora: Marly Guimarães

1. *Suicídio e Alma* - James Hillman
2. *Paranóia* - James Hillman
3. *Imaginação é Realidade* - Roberts Evens
4. *Meditações Pagãs* - Ginette Paris

Pasta: 204
Data: 19/11/12
R\$: 10.44
Obs: FIV

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Hillman, James, 1926-
Suicídio e alma / James Hillman ; tradução de Sonia
Maria Caiuby Labate. - Petrópolis, RJ : Vozes, 1993.

ISBN 85-326-0954-6

1. Suicídio 2. Suicídio - Aspectos religiosos I. Título

93-0714

CDD-157.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Suicídio : Distúrbios da personalidade : Psicologia clínica 157.7

James Hillman

SUICÍDIO E ALMA

Tradução de
Sonia Maria Caiuby Labate



Petrópolis
1993

© James Hillman
Box 216
Thompson, CT 06277
Spring Publications
Universidade de Dallas, Irving, Texas 75061 - USA

Título Original Inglês
Suicide and the Soul

Direitos de publicação em língua portuguesa
Editora Vozes Ltda.
Rua Frei Luís, 100
25689-900 Petrópolis, RJ
Brasil

Diagramação:
Daniel Sant'Anna
e
Rosane Guedes

ISBN 0-88214-208-9 (Edição inglesa)
ISBN 85.326.0954-6 (Edição brasileira)

Este livro foi composto e impresso nas oficinas da Editora Vozes Ltda.,
em maio de 1993

A
ESTHER STRAUS

Agradecimentos

Os versos de "Healing"*, de D.H. Lawrence, extraídos dos *Selected Poems*, foram reproduzidos na página 114 por autorização de The Viking Press, copyright 1916 de D.H. Lawrence, 1920 de B.W. Huebsch, Inc., 1929 de Jonathan Cape e Harrison Smith, Inc., 1944 de Frieda Lawrence.

Os versos de "East Coker", extraídos de *Four Quartets* de T.S. Eliot, foram reproduzidos na página 177 por autorização de Harcourt, Brace & World, Inc.

* Agradecemos à Dr^a Dora Ferreira da Silva a tradução, na edição brasileira, de todos os versos do livro.

SUMÁRIO

Prefácio à coleção, 9

Prefácio à Edição brasileira, 13

Prefácio, 17

Parte I

SUICÍDIO E ANÁLISE, 21

I. O Problema, 23

II. Prevenção do Suicídio: Os Pontos-de-Vista da
Sociologia, do Direito, da Teologia e da Medicina, 33

III. O Suicídio e Alma, 49

IV. A Experiência da Morte, 69

V. Enfrentando o Risco do Suicídio, 93

Parte II

O DESAFIO DA ANÁLISE, 113

VI. Medicina, Análise e Alma, 115

VII. Uma Questão de Palavras, 127

VIII. O Curador como Herói, 139

IX. O Preconceito Patológico, 147

X. Diagnóstico e Dialética Analítica, 161

XI. Esperança, Crescimento e Processo Analítico, 175

XII. Sigilo Médico e Mistério Analítico, 195

Referências, 205
Índice de Assuntos, 211
Glossário, 211

PREFÁCIO À COLEÇÃO

A COLEÇÃO PSICOLOGIA ANALÍTICA, criada pelo INSTITUTO DE PSICOLOGIA ANALÍTICA em conjunto com a EDITORA VOZES, tem como objetivo apresentar aos leitores temas diversos no campo da Filosofia, Psicologia, Literatura, Mitologia, História etc. Temas que possam expandir a Psicologia de Carl Gustav Jung, bem como contribuir para uma maior compreensão da natureza humana.

Destacamos com a realização desta coleção uma série de reflexões e pesquisas desenvolvidas no Instituto desde 1982.

A idéia básica de que o futuro da Psicologia depende de uma ação interdisciplinar sugere um percurso diferente do comumente trilhado pelos meios acadêmicos e profissionais, os quais carecem de uma abordagem mais abrangente do Ser Humano.

Apesar de nos encontrarmos a um século do nascimento da Psicologia Profunda como ciência, podemos afirmar que ainda se conhece muito pouco sobre os intrincados mecanismos e mistérios que envolvem a *Psique*. Ainda tateamos em um grande escuro no que se refere ao seu sentido, significado, essência e manifesta-

tações. Tal fato exige por parte dos especialistas em Psicologia uma série de cuidados para não se aterem tenazmente paralisados neste pouco já conhecido, principalmente quando se encontrarem frente a frente com o analisando. A *Psique*, a qual entendemos como Consciente/Inconsciente, Corpo/Mente unificados em processo constante de aprimoramento, não deve ser restringida a preconceitos limitados e ultrapassados.

Atuar na área de Ciências Humanas, mais especificamente em Psicologia, requer por parte do profissional disposição para deparar-se com o novo, o diferente, o inusitado, e não apenas disposição para lidar com o igual, o comum, o trivial. É através das criações do Ser Humano, desde as artesanais até às grandes obras literárias, que podemos formular hipóteses sobre esse universo fabuloso que é a *Psique* e sua propensão inata para a Individuação.

Jung sempre enfatizou em suas obras o quanto a práxis analítica se auto-articula em dois aspectos fundamentais: 1) *O Saber*: que significa o nível de conhecimento do profissional. Conhecimento não restrito aos manuais de Psiquiatria e Psicologia, mas voltado para as mais diversas formas de expressão do comportamento humano manifestadas nas produções artísticas, culturais e científicas. Assim a Psicologia afirma-se mais como ciência, libertando-se da condição arcaica, ora pragmática e obscurantista, ora mística e sensacionalista.

Acreditamos que geralmente aprende-se mais sobre o Ser Humano em romances e pinturas que intuitivamente refletem os seus dramas do que em livros didáticos pautados unicamente em generalizações de técnicas, diagnósticos, prognósticos, limitadores do horizonte humano. 2) *A Personalidade*: ao nível cultural e intelectual do analista, deve-se somar a preocupação com a qualidade de sua personalidade. Em seu livro *A Prática da Psicoterapia*¹ Jung afirma que a diferenciação

moral da personalidade é tão importante quanto o conhecimento: "A terapia que não leva em conta a qualidade da personalidade do analista pode, quando muito, ser concebida como uma técnica racional; como método dialético, porém, torna-se impraticável, pois exige que o analista saia do seu anonimato e preste contas de si mesmo, exatamente como faz com o paciente."

Estes dois aspectos constituem o objetivo principal da "Coleção Psicologia Analítica": proporcionar informações valiosas para a atuação clínica e ao mesmo tempo estimular o leitor a dirigir seus olhos para si mesmo, e posteriormente lançá-los para a Natureza e para outros seres humanos.

Como coordenadores da Coleção, idealizamos, a cada livro escolhido e tema apresentado, contribuir para a expansão do legado de Jung e também prestar homenagem ao grande sábio que nos proporcionou a gratificante experiência de contemplar e conviver com o maravilhoso universo dos arquétipos.

Aquele que busca uma profunda inteligibilidade sobre dramas e conflitos contemporâneos encontra na Psicologia Analítica uma síntese cultural da escalada humana. Esta perspectiva criada por Jung evoca a história da formação da mente humana, facultando a convicção de que o homem só pode impulsionar-se para o futuro de maneira saudável ao compreender os ecos do passado dentro de si.

Refletindo sobre as aspirações, fantasias, sonhos e manifestações arquetípicas, o analista encontra a história do mundo no analisando, tendo assim um instrumental de trabalho que possibilita levar o analisando a encontrar seu lugar e discernir seu papel na história do mundo.

Complementamos que a vastidão e riqueza da Psicologia Analítica nos faz compartilhar da tocante visão de

Fellini:² "Jung acompanha-nos à porta do incognoscível e deixa que vejamos e compreendamos por nós próprios.

Os seus pensamentos, as suas idéias, não pretendem tornar-se doutrina, mas sugerir apenas um novo ponto de vista, uma atitude diferente que poderá enriquecer e fazer evoluir nossa personalidade, guiando-nos para um comportamento mais consciente, mais aberto e reconciliando-nos com as partes removidas, frustradas, mortificadas, doentes de nós próprios. Indubitavelmente, Jung é mais congenial, mais amigo, mais nutriente para quem acredita que deve realizar-se na dimensão de uma fantasia criativa. Freud, com as suas teorias, obriga-nos a pensar; Jung, pelo contrário, permite-nos imaginar, sonhar, e parece-nos, ao penetrar no obscuro labirinto do nosso ser, que sentimos a sua presença vigilante e protetora."

Temos que as impressões de Fellini constituem o *leitmotiv* do que esperamos proporcionar aos leitores, através dos livros que compõem esta coleção.

Lúcio Azevedo
Marly Guimarães
14 de fevereiro de 1993

NOTAS

1. JUNG, C.G. *A prática da Psicoterapia*, Petrópolis, Vozes, 1988.
2. FELLINI, F. e GRAZZINI, G. *Fellini por Fellini*. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1985.

PREFÁCIO À EDIÇÃO BRASILEIRA

Dirigir esse livro especialmente ao leitor brasileiro seria decididamente um erro; pois não há nenhum problema específico de suicídio no Brasil. Naturalmente ocorrem suicídios no Brasil e certamente há aspectos sociológicos, climáticos e culturais no assim chamado problema do suicídio, variando de lugar para lugar, de nação para nação. Mais fundamental, porém, é o fato de que o suicídio é inerente à natureza humana em toda parte – cada um de nós tem a opção de pôr fim à vida que vive; e o suicídio é altamente específico em cada indivíduo – cada um de nós contempla o ato em seu próprio estilo. O fato de a "taxa de suicídio" ser alta, por exemplo, na Dinamarca e baixa na Irlanda mantém nossa mente enredada em fascinações estatísticas, o que não nos diz absolutamente nada sobre esse impulso humano geral e o papel específico que desempenha na alma de um determinado indivíduo. Dados sobre o suicídio são de todo irrelevantes no momento de se contemplar a morte ou quando tentamos compreender a partir do interior o ato suicida de um paciente, de um professor, do irmão, do amado.

É esta compreensão a partir de dentro que este livro busca, e se não consegue completamente, ao menos

sugere um método para uma investigação psicológica genuína, que supere moralismos religiosos e diagnósticos psiquiátricos. Depois de mais de vinte e cinco anos desde que foi publicado pela primeira vez (e a seguir traduzido para muitas línguas), ele continua a ser comprado, dado de presente, recomendado, lido, citado e ensinado. Pergunto-me o porquê disto tudo – uma vez que popularidade não era absolutamente o que eu buscava quando mergulhei profundamente em sua elaboração. Por que não é datado como outros livros de psicologia escritos no início da década de sessenta? Afinal de contas, já estamos agora na década de noventa!

Parece óbvio que este livro vem ao encontro de uma necessidade de compreensão a partir do interior, e da compreensão de uma questão essencial – aquela que Camus disse ser a *única* questão – a possibilidade de se pôr fim à própria vida. E então: o que quer a alma ao imaginar e até realizar esta possibilidade? Não o caráter nacional ou as estatísticas atuariais dos suicídios brasileiros (ou dinamarqueses ou irlandeses), não a classificação de bilhetes suicidas por idade, status sócio-econômico e educacional, não os vários modos de auto-destruição conforme a religião, a época do ano, as preferências sexuais e os regimes alimentares dessas “vítimas”, nem sequer seus “motivos” e “perfis”, – mas o que quer a alma ao apresentar à mente esta idéia inominável e à vontade a determinação de executá-la? Pois esta é a questão – e é sempre a mesma pergunta qualquer que seja o tema (casamento ou divórcio, aborto ou maternidade, romance ou perversidade, segurança ou liberdade): – o que quer a alma?

Por isso, estou muito contente, feliz de fato, por este trabalho alcançar agora os leitores cuja língua e hábitos culturais são conhecidos pelo mundo afora por aquilo de que trata este livro: a alma. Realmente espero que os leitores de língua portuguesa encontrem ecos nessas

páginas que lhes despertem vibrações receptivas e simpáticas.

James Hillman
Thompson, Connecticut
1º de janeiro de 1990.

PREFÁCIO

(Edição de 1964)

Ocupar-se com questões de morte e de suicídio significa violar tabus. Revelar temas longamente encobertos exige força e quanto mais fortes as defesas, mais se tem que enfatizar o próprio ponto-de-vista. Por isso, esse pequeno livro é polêmico. Ele põe em dúvida a prevenção do suicídio; examina a experiência da morte; aborda o problema do suicídio não dos pontos-de-vista da vida, da sociedade e da "saúde mental", mas em relação à morte e à *alma**. Encara o suicídio não apenas como uma saída da vida, mas como uma entrada na morte. Revolver certos temas dessa maneira abala as atitudes oficiais, especialmente as da medicina. Assim, estaremos aqui provocando a medicina e dando apoio à "análise leiga", de uma perspectiva nova da psicologia. Essa abordagem inteiramente original advém do estudo do suicídio conforme é experimentado através da visão da morte na alma.

Qualquer afirmação a respeito da alma humana (se é que isto é possível) é, ao mesmo tempo, correta e incorreta. O material psicológico é tão complexo que

* N. da T.: Cf. Glossário à p. 225.

qualquer afirmativa torna-se inadequada. É tão difícil afastar-se da psique e encará-la objetivamente como escapar a si mesmo. O que quer que sejamos, somos a psique. E pelo fato de o inconsciente tornar relativa qualquer formulação da consciência, complementando-a com uma posição oposta e igualmente válida, nenhuma afirmativa psicológica pode ser categórica. A verdade permanece incerta, uma vez que a morte, a única certeza, não revela sua verdade. Em nenhum outro campo a fragilidade humana se constitui mais em limite ao trabalho do que na psicologia. A escolha, então, torna-se a seguinte: calar-se, em nome da sabedoria, ou falar de qualquer maneira com consciência da loucura. Esse livro é um produto da segunda escolha.

(Edição de 1976)

Uma reedição oferece a oportunidade de se acrescentar algo. Por exemplo, é preciso falar mais a respeito dos aspectos sombrios do suicídio: agressão, vingança, chantagem, sado-masiquismo, ódio-do-corpo. Os movimentos suicidas nos dão uma pista a respeito de nosso "assassino interior", quem é essa *sombra* e o que ele quer. Uma vez que os movimentos suicidas mostram essa sombra usando o corpo como instrumento para fins concretos (vingança, ódio etc.), profundas questões são suscitadas a respeito das relações entre tentativas de suicídio e tentativas de tomar a realidade literalmente, usando o corpo. Poder-se-ia falar tanto sobre o *literalismo* do suicídio! – porque o perigo reside não na fantasia da morte, mas em sua literalidade.

Assim, o literalismo do suicídio poderia ser convertido na expressão: o literalismo é suicida. Embora a percepção da morte como uma metáfora e a perspectiva do suicídio como uma tentativa em direção a essa metáfora permeiem todo o livro, é preciso esclarecer melhor o *background arquetípico* dessa perspectiva em direção à morte. Desde 1964 tenho trabalhado exatamente nisso

e convido o leitor que queira obter mais esclarecimentos sobre os temas ventilados nesse livro a consultar meus vários escritos sobre o arquétipo do "senex"*, sobre a *patologização*, o literalismo e a metáfora em *Re-Visioning Psychology* e também os artigos de Eranos, datados de 1973 e 1974: "The Dream and the Underworld" e "On the Necessity of Abnormal Psychology". Esse livro foi um prenúncio desses ensaios, escritos posteriormente sobre a escuridão humana.

Como da outra vez, desejo agradecer às pessoas que contribuíram para esse livro de uma forma ou de outra: os anônimos com quem trabalhei na clínica e os mencionados na primeira edição – Eleonor Mattern, Adolf Guggenbühl, Carlos Drake, Robin Denniston, A.K. Donoghue, Elisabeth Pepler, David Cox, Marvin Spiegelman, John Mattern e Catharina Hillman.

* N. da T.: Cf. Glossário à p. 225.

Parte I
SUICÍDIO E ANÁLISE

"O que é natural à Espécie nem sempre o é para o indivíduo."

(John Donne: *Bithanatos: Uma declaração deste Paradoxo ou tese, a saber, que o Auto-Homicídio não é tanto um Pecado Natural, pois que nunca pode ser de outro modo*, 1644)

"Não há senão um único problema filosófico sério: é a questão do suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena de ser vivida equivale a responder à questão fundamental da filosofia. Todo o resto... daí decorre. Esses são jogos; deve-se primeiro dar uma resposta."

(Albert Camus: *The Myth of Sisyphus*, 1942)

"A despeito das aparências em contrário, o estabelecimento da ordem e a dissolução do que foi estabelecido na realidade estão além do controle humano. O segredo é que apenas o que pode destruir-se a si mesmo está realmente vivo."

(C.G. Jung: *Psychology and Alchemy*, 1944)

"Não deveríamos confessar que em nossa atitude civilizada face à morte estamos mais uma vez vivendo psicologicamente além de nossas posses e precisamos corrigir-nos, dando à verdade o que lhe é devido? Não seria melhor dar à morte, tanto na realidade como em nossos pensamentos, o lugar que a ela pertence por direito e conceder um pouco mais de preeminência àquela atitude inconsciente em relação à morte que até agora tão cuidadosamente suprimimos?... *Sí vis vitam, para mortem*. Se queremos enfrentar a vida, devemos estar preparados para a morte."

(Sigmund Freud: *Thoughts on War and Death*, 1915)

"Oh! Constrói teu barco da morte, não te demores e constrói com amor e deixa-o entre as mãos de tua alma."

(D.H. Lawrence: *Ship of Death*, MS. 'B'.)

I O PROBLEMA

Qualquer consideração cuidadosa a respeito da vida engendra reflexões sobre a morte e o confronto com a realidade significa encarar a mortalidade. Ninguém realmente pode dizer que se defrontou com a vida se não estiver disposto a se atracar com a morte. Não é preciso postular um impulso de morte, nem especular sobre a morte e seu lugar no esquema das coisas, a fim de estabelecer algo bem simples: qualquer preocupação profunda e complexa, quer ocorra em nós, ou com outrem, traz em si o problema da morte. E o lugar onde o problema da morte se colôca da maneira mais veemente é no suicídio. Em nenhuma outra situação está a morte tão próxima. Se quisermos caminhar em direção ao autoconhecimento e à experiência da realidade, o primeiro passo a ser dado consiste numa indagação sobre o suicídio.

Pelo fato de a análise ser uma consideração tão cuidadosa sobre a vida, ocupa-se com questões de morte. Proporciona a intensa situação humana onde se podem focalizar questões essenciais, tornando-se, assim, um paradigma da vida. Tudo é desnudado dentro de uma pequena sala, entre duas pessoas, em segredo

e no vácuo. Este é o lugar dos tópicos sinistros, porque a análise é uma atividade mais da mão esquerda do que da direita. Ela diz respeito a um tabu e está colocada dentro de um tabu que lhe é próprio. O objetivo de adaptação à ordem social pertence à mão direita, ao aconselhamento consciente; a análise, porém, inclui igualmente a esquerda. Ela revela o homem inferior, no seu aspecto canhestro e sinistro, para quem o suicídio é uma questão real. A análise oferece à mão esquerda uma oportunidade de viver conscientemente sua própria vida, sem ter a mão direita por juiz, encarando o que ela faz. A mão direita não pode nunca conhecer a mão esquerda, apenas interpretá-la e traduzi-la.

Por esse motivo, ao considerarmos a questão do suicídio pela ótica da análise, teremos uma possibilidade que não é oferecida nem pela estatística, nem pelos estudos de caso, nem pelas pesquisas – todos métodos inventados pela mão direita. Pelo fato de a análise ser a vida em microcosmo, especialmente seu lado sombrio, o que é ali descoberto é amplamente aplicável a outros envolvimento pessoais íntimos, onde a razão não é suficiente. As questões podem ser transpostas para o problema do suicídio, visto que ele pode surgir em outras situações da vida.

E é na vida que surge o suicídio. Contrariamente às crenças populares, há maior probabilidade de o suicídio ocorrer no lar do que no hospício. Ele acontece às pessoas famosas sobre quem lemos, perto de nós a alguém que conhecemos, na família – ou em nós mesmos. Como qualquer golpe do destino – amor, tragédia, glória – somente quando é distorcido, quando forma parte de uma síndrome psicótica é que o suicídio torna-se um caso para o psiquiatra. Em si mesmo, o suicídio não é nem síndrome, nem sintoma. Por isso, essa investigação não pode ser especializada; focalizará, ao invés disso, o suicídio no ambiente humano da análise, isto é,

como ele poderia aparecer, e de fato aparece, dentro do curso normal de qualquer vida.

O suicídio é o problema mais alarmante da vida. Como se pode estar preparado para ele? Como se pode entendê-lo? Por que é cometido? Por que é evitado? Ele parece irremediavelmente destrutivo, deixando atrás de si culpa e vergonha e uma desalentada estupefação. O mesmo ocorre na análise; para o analista, o suicídio é mais complexo ainda que a psicose, a tentação sexual ou a violência física, porque representa a síntese da responsabilidade que um analista carrega. Mais ainda, é fundamentalmente insolúvel, porque não é um problema de vida, mas de vida e de morte, trazendo consigo todos os imponderáveis da morte. A consideração do suicídio também acarreta uma reflexão sobre os princípios fundamentais. Descobrir sua posição face a este problema, o analista estará, também, formando sua atitude em relação às coisas primeiras e últimas, modelando e dando forma ao vaso de sua vocação.

As opiniões de um analista sobre religião, sobre educação, sobre política, adultério e divórcio, mesmo sobre férias, bebida, fumo e regime não deveriam interferir em seu trabalho analítico. Durante sua formação, ele pondera sobre suas próprias crenças, seus hábitos e sua ética, de tal forma que não representem obstáculos a outra pessoa. Pelo fato de um ponto-de-vista puramente pessoal não ser adequado para resolver os problemas da hora analítica, o treinamento visa a aumentar a objetividade. Quando o suicídio é o problema de sua hora, espera-se que um analista tenha atingido um ponto-de-vista consciente, além de suas preocupações subjetivas; mas como faz ele para desenvolver uma atitude objetiva a respeito do suicídio?

Objetividade significa abertura; e abertura a respeito do suicídio não é uma coisa facilmente conquistada. A lei considera-o um crime, a religião chama-o de pecado

e a sociedade volta-lhe as costas. É um hábito há longo tempo estabelecido desculpar o suicídio ou ocultá-lo sob o manto da insanidade, como se ele fosse a aberração anti-social básica. A objetividade, nesse caso, colocamos, imediatamente, fora do coletivo. Abertura a respeito do suicídio significa mais do que assumir uma posição individual contra a opinião moral coletiva. Uma investigação objetiva nesse campo de certo modo atraiçoa o próprio impulso da vida. A questão levantada nessa investigação leva, necessariamente, para além do toque da vida. Apenas a morte, entretanto, está além do toque da vida, de modo que uma abertura face ao suicídio significa, antes de mais nada, um movimento em direção à morte, de uma maneira franca e sem medo.

Estamos falando de uma questão prática. Chegamos um novo cliente e notamos marcas em seu pulso. Durante as primeiras entrevistas, vem à tona o fato de que, alguns anos atrás, por duas vezes ele tentou suicidar-se; as tentativas foram secretas e quase deram certo. A pessoa quer trabalhar somente conosco, por lhe termos sido indicados por um amigo e ela não consegue confiar em nenhum outro analista. Ao aceitar essa pessoa, aceitamos a ameaça de que na próxima crise ela novamente poderá tentar suicidar-se; contudo, é nossa função manter uma tensão analítica que não se esquivе das crises.

Uma outra sofre de câncer e está com dores cada vez mais intensas. Por motivos familiares e financeiros, acha que deveria morrer agora em vez de atravessar sofrendo - e levar sua família a sofrer também - os últimos estágios do tempo previsto pelo médico. Ela não quer, igualmente, morrer drogada até o entorpecimento por causa da dor, e roubada da oportunidade de vivenciar a morte. Através de seu estado de alma, de seus sonhos e de suas convicções religiosas, está certa de que há um tempo para morrer e que este tempo chegou. Ela alcançou um ponto-de-vista filosófico e não quer exaurir suas

forças em discussões. Busca nossa simpatia e orientação durante esse passo final.

Um jovem escapa por um triz de morrer num acidente automobilístico. Sonha que está envolvido no problema do suicídio, mas que não deve encará-lo ainda, porque não está suficientemente forte para lidar com ele. Preocupa-se porque não consegue sentir o impacto do sonho, embora de certa maneira saiba que está em perigo. Ele quer trabalhar isto conosco. Se acompanharmos o sonho e não tratarmos do problema com ele, novamente poderá sofrer um acidente, um substituto do suicídio. Acompanhando sua preocupação e pesquisando com ele o problema do suicídio, pode ser que ele não seja capaz de lidar com isto e o sonho "se realize".

Uma quarta pessoa recebe mensagens insólitas de um idolatrado parente morto que se suicidou, a fim de que ela mantenha uma peculiar tradição da família. Ela sente que há uma razão arrebatadora para responder ao chamado ancestral; o fascínio da morte a arrebatava. Além disso, os sonhos mostram figuras mutiladas ou morrendo, indicando um conteúdo psicológico que, à medida que entra na consciência, pode paralisar o impulso para viver, consumando a nênese.

O analista leigo - como é geralmente chamado o analista que não é médico - está totalmente só para enfrentar essas decisões: não tem nenhuma posição preestabelecida ou uma organização social que o ajude a enfrentar os riscos. Ele tem uma relação singular com a outra pessoa, uma relação que implica numa responsabilidade pelo destino do outro, e que, nesse momento, é mais ampla do que a de um marido por sua esposa, de um filho por seu pai ou de irmãos uns pelos outros, basicamente porque ele priva da mente e do coração do outro, de um modo especial. Não apenas sabe ele o que os outros ignoram, como também a própria situação analítica o coloca no papel de um árbitro do destino. Esse

relacionamento singular, somado a todas as complexas expectativas sobre seus destinos comuns, tem sido chamado de *transferência*. Através dela, um analista envolve-se com a vida de outrem mais do que ninguém. A transferência é uma aliança de duas pessoas contra qualquer dificuldade e obstáculo e, às vezes, contra todos. Essa aliança secreta é fundamental para a análise. É semelhante ao relacionamento do advogado com o cliente, do médico com o paciente, do confessor com o penitente. Em outras vocações, entretanto, esse laço de confiança é um acessório do trabalho que, embora importante, tem de ser abandonado, como veremos mais adiante – naqueles aspectos em que conflitar com princípios fundamentais dessas vocações. A transferência, porém, é a raiz da análise, não pode jamais ser posta de lado em nome de outros princípios, sob pena de quebrar o vaso terapêutico. É o símbolo vivo do processo de cura e expressa o *eros* sempre mutante e envolvente da análise.

Pelo fato de a transferência ser tão complicada, tão emocional e misteriosa, tem resistido a todas as explicações. O próprio termo é empregado diversamente por diferentes analistas. Talvez possa ser melhor compreendida, comparando-a com o padrão de segredo, silêncio e “cumplicidade” que atua em outras atividades profundas da alma – por exemplo, na criação artística, nos mistérios religiosos e no amor passionai. Os participantes da relação singular da análise compartilham um mistério comum, como o fazem os amantes, os exploradores e os iniciados, que foram, conjuntamente, tocados pela mesma experiência. Os participantes dessa *vía sinistra* são cúmplices; o suicídio de um significa nada menos que a cumplicidade do outro.

Para o psiquiatra, a situação é diferente. Ele foi treinado medicamente e, à medida que prosseguirmos, examinaremos detidamente os efeitos desse treinamento. Aqui, podemos adiantar o seguinte: o psiquiatra tem

uma posição definida, a partir da qual pode enfrentar o suicídio. Ele não está sozinho, como o analista, já que não está aberto da mesma forma. Seu ponto-de-vista sobre a transferência tem outra base, o que o leva a participar diversamente do processo de cura. Acima de tudo, sabe de antemão qual é sua tarefa no que diz respeito ao suicídio: salvar a vida. Dispõe de meios para executar isto de maneira imediata, por exemplo, através de métodos físicos de tratamento (choques, injeções, pílulas). Variando conforme o país, tem poder para internar o paciente num sanatório, ao menos temporariamente, como prevenção ao suicídio. Assim como para o soldado, o policial ou o juiz, a morte ocorre dentro da esfera de dever do médico. Ele não é responsabilizado exceto de modo superficial e em alguns casos especiais. Tem o apoio do parecer profissional, caso haja algum erro. Para o mundo, ele não é “leigo”. O respaldo da profissão e o fato de ser considerado o principal especialista para julgar esse tipo de questão dão segurança a suas decisões e conforto à sua consciência.

Mais ainda, os erros médicos fazem parte do trabalho médico. Há erros em cirurgia, em obstetrícia, em anestesia, erros de diagnóstico e erros de medicação. Ninguém exige que a medicina seja perfeita. Na batalha contra a morte, espera-se que o médico lute incessantemente, mas não que vença sempre. O médico, até certo ponto, precisa se acostumar com a morte daqueles que estão sob seus cuidados, uma vez que a morte física foi sua companheira diária desde o início de seus estudos em dissecação anatômica.

O psiquiatra tem menos probabilidade de cometer erros dramáticos do que um clínico ou um cirurgião. Tem menos oportunidade de perder um paciente através da morte – exceto no caso do suicídio. Uma vez que a morte constitui o “erro” mais evidente para a pessoa com treinamento médico, um psiquiatra poderia ter a tendên-

cia a encarar o suicídio como um cirurgião encara uma operação fracassada.

Para um analista, os erros são avaliados através de um outro ângulo. Sua primeira preocupação é sempre com a *saúde da alma* e, por isso, seus padrões de julgamento dizem respeito à vida psicológica – e não à vida física. Veremos, à medida que prosseguirmos, que a saúde psicológica não tem que se revelar num desempenho físico externo; por isso, os erros de um analista são mais difíceis de serem descobertos e avaliados. As cicatrizes e os aleijões não aparecem da mesma maneira. As expectativas do trabalho analítico são também mais complexas do que as da medicina e, em análise, as linhas que separam o sucesso do fracasso são menos claras. Além disso, porque o trabalho analítico é um relacionamento, relacionamento este que exige o comprometimento da personalidade do analista, este encontra-se sempre envolvido em todos os fatos. Este envolvimento vai além da responsabilidade médica pelos pacientes; é antes uma participação no outro como se fosse consigo mesmo. Assim, a morte do cliente é sempre, para o analista, sua própria morte, seu próprio suicídio, seu próprio fracasso. Um analista que continuamente se defronte com pessoas suicidas é forçado a considerar sua própria morte e em que ele está falhando, porque às pessoas que vêm para a terapia o fazem confrontar-se com seus próprios problemas. Esta atitude difere da atitude do médico, que não encara as doenças e queixas trazidas a seu consultório como pertencendo, de algum modo, também a ele. Ao mesmo tempo, o relacionamento singular que envolve o analista com o outro impede terceiros de terem igual participação no caso, de sorte que um analista carrega sozinho cada morte.

Sua formação não o preparou suficientemente para isto. Ele confronta-se com a morte sem ter tido um acesso privilegiado aos mortos e moribundos, como o fez o médico em sua formação. A via de acesso à morte, para

um analista, é psicológica, isto é, é feita através da experiência da morte em sua própria psique. A análise didática é uma iniciação à morte psicológica. Uma iniciação, contudo, é apenas um começo. Um analista permanece leigo se, nesta área mais crucial de seu trabalho, não se confrontar com a morte psicológica com aquela constância com que o médico encontra a morte física. Elaborando sua posição em relação ao suicídio, um analista caminha em direção a esse confronto. Isso ajuda-o a aproximar-se da experiência da morte, desenvolvendo sua objetividade e dando-lhe competência para enfrentá-la psicologicamente, fato comparável à competência médica em relação à morte física.

Fora o psiquiatra também um analista, teríamos, ao que parece, a solução ideal: uma análise médica. Por um lado, ele poderia trabalhar psicologicamente, penetrando no relacionamento único com o paciente; por outro, teria a armadura da medicina sob a qual proteger-se sempre que o suicídio assomasse. Na realidade, é este o padrão geral hoje em dia. (Tanto os analistas médicos, como os analistas leigos tendem a ter uma abordagem psicológica até chegar à questão do suicídio, quando, então, ambos tendem a adotar uma abordagem médica.) Não haveria razão para continuar essa discussão, não fosse o fato de ela suscitar uma questão básica: ao invés de ser uma solução ideal, não será a análise médica, na realidade, mais problemática do que a medicina ou a análise, consideradas isoladamente?

Os pontos-de-vista da medicina e da análise são difíceis de combinar. Será possível praticar a análise e, ainda assim, conservar o ponto-de-vista da medicina científica moderna? Ou, será possível aceitar de maneira consistente o ponto-de-vista da *psicologia profunda*, que sustenta a existência da alma, e praticar a medicina ortodoxa? Veremos, nos capítulos seguintes, que a alma e o corpo podem apresentar exigências conflitantes: há ocasiões em que os clamores da vida exigem que os

valores da alma sejam alijados. Caso se defenda a vida, como faz o médico, as considerações psicológicas devem tomar um lugar secundário. Exemplos disso são encontrados em qualquer sanatório onde, para proteger a vida e prevenir o suicídio, pratica-se toda sorte de insulto psicológico violento, a fim de "normalizar" a alma sofridora. De fato, toda precaução, toda prescrição, todo tratamento em medicina moderna tem um componente antipsicológico, seja sob forma de tranqüilizantes (que mostram esse componente de maneira evidente), seja simplesmente sob forma de aplicação de ataduras e gesso, o que parece apenas uma questão técnica. O tratamento do corpo não afeta somente o corpo; alguma coisa está sendo feita também à psique, algo que bem pode ser positivo, mas que, certamente, será negativo, se os possíveis efeitos sobre a alma forem negados ou ignorados. *Toda vez que o tratamento negligencia diretamente a experiência, enquanto tal, e apressa-se em reduzi-la ou superá-la, algo está sendo feito contra a alma; porque a experiência é o alimento próprio e único da alma.*

Caso se defenda a vida psicológica, como deve fazer o analista, pode ser que se tenha que frustrar a vida física, deixando-a não realizada, a fim de fazer face às exigências da alma e suas insistentes preocupações com a redenção. Isto parece ir contra todo senso comum, toda prática médica e toda filosofia racional do *mens sana in corpore sano*. Não obstante, o experimento da vida continuamente fornece exemplos onde o corpo é apenas secundário e toda neurose mostra essa prioridade da psique sobre o soma.

Esta tensão entre corpo e alma é cristalizada da maneira mais evidente no problema do suicídio. Aqui, o corpo pode ser destruído por uma "mera fantasia". Nenhuma outra questão força-nos, de maneira tão aguda, a encarar a realidade da psique como uma realidade igual à do corpo. E por que toda análise gira em torno do eixo da realidade psíquica, o suicídio torna-se a experiência paradigmática de toda análise e, talvez, de toda a vida.

II PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: OS PONTOS-DE-VISTA DA SOCIOLOGIA, DO DIREITO, DA TEOLOGIA E DA MEDICINA

A investigação mais apropriada seria a que começasse por aqueles campos de estudo que mais têm a ver com o suicídio. Neles, esperaríamos encontrar ajuda para formar nossa própria opinião. Entretanto, os velhos argumentos pró e contra o suicídio, bem como sua justificativa, devem ser evitados. Embora possam ser muito interessantes, não levam a inovações. Uma investigação analítica difere das outras por não pretender nem condenar nem perdoar o suicídio, nem mesmo julgá-lo seja como for, mas simplesmente compreendê-lo como um fato da realidade psicológica. Como os outros encaram essa realidade? E, mais ainda, uma investigação psicológica deve também indagar: por que os outros encaram essa realidade desse ou daquele modo? A fim de se obter ajuda para formar a própria atitude, deve-se investigar o que modelou outras atitudes. E, assim, a investigação deve começar com as origens dos argumentos sobre suicídio, encaradas como atitudes

psicológicas provenientes de modelos de pensamento fundamentais, que atuam nos campos onde o suicídio é mais discutido.

Todos nós, não importa a vocação, trabalhamos a partir de certas metáforas básicas. Esses modelos de pensamento subjacentes governam a maneira pela qual encaramos os problemas enfrentados em nossas profissões. Essas metáforas não são propriamente filosofias conscientes, cuidadosamente elaboradas, mas, antes, atitudes semiconscientes, enraizadas na própria estrutura da psique. O estudo dessas metáforas básicas faz parte da história das idéias. Em virtude das investigações de Jung a respeito da natureza arquetípica desses padrões fundamentais de encarar o mundo, a história das idéias se está tornando mais empírica e psicológica, mais relevante para a vida real, porque esses mesmos modelos de pensamento influem, através do inconsciente, nas atitudes de todo mundo.

As metáforas básicas não são algo que se possa escolher ou abandonar à vontade. Elas fazem parte da tradição, são legadas através da própria profissão, de modo que, quando empreendemos uma tarefa profissional, entramos em um papel arquetípico. Quando a tradição está viva, seu fundo arquetípico carrega aqueles que estão em relação com ela. Isso, em certo sentido, é mais poderoso do que o indivíduo, contribuindo para a eficácia dos esforços profissionais dele. Considere-se, por exemplo, o sociólogo. A metáfora básica que governa suas atitudes é a qual ele dedica sua lealdade é a Sociedade. A Sociedade é uma realidade viva para ele. Oferece-lhe uma maneira de se autocompreender; oferece um modelo de pensamento do qual ele pode deduzir hipóteses e um campo de fatos onde as hipóteses podem ser testadas e aplicadas. Novos fatos terão, em primeiro lugar, relação com esse modelo e, quanto melhor puderem ser apreendidos por ele, tanto mais eficiente será o sociólogo.

Emile Durkheim, que pode ser considerado o fundador da sociologia moderna, escreveu um trabalho de vulto sobre o suicídio. Foi o primeiro estudo completo sobre o tema, do ponto-de-vista sociológico, e em nenhuma outra obra se pode encontrar de maneira mais clara a posição do sociólogo a respeito do suicídio. Até mesmo a partir de estatísticas grosseiras sobre suicídio, feitas no último século, pode-se prever um certo número de suicídios num certo ano e esses podem ser, além disso, especificados por tipos de suicídio, idade e sexo dos suicidas. O sociólogo sabe que no próximo ano, nos Estados Unidos, haverá pelo menos dezoito mil suicídios, dos quais uma certa proporção ocorrerá em cidades, uma determinada proporção será de jovens mães, uma outra será por afogamento etc.

Essas cifras são tão fidedignas que o suicídio é um fenômeno sociológico estabelecido, um fato que tem validade independente, entra ano, sai ano, grupo por grupo, região por região. É um dos fatos sociais básicos e (por isso, para a sociologia) não pode ser explicado estudando-se os indivíduos que, neste ano ou no próximo, venham formar o quociente esperado. O suicídio é uma tendência coletiva do organismo social, com existência própria, manifestando-se através da cobrança de um certo tributo anual.

Preenchendo certas condições, um indivíduo torna-se suicida e, então, faz a tentativa. Essas condições foram cuidadosamente analisadas por Durkheim e pelos sociólogos posteriores a ele. Qualquer um pode tornar-se suicida desde que penetre nessas condições sociais específicas que formam uma variável estável dentro de cada sociedade. Diz Durkheim: "As causas da morte estão *fora* e não *dentro* de nós e são eficazes apenas se penetrarmos em sua esfera de atividade" (Durkheim, p. 43).

Uma vez que o indivíduo está enredado na tendência suicida de um grupo, em consequência do que resulta o suicídio, o ato como tal não pode ser moral ou imoral. Não há escolha pessoal em jogo. O suicídio é, isto sim, um problema sociológico, revelando-nos algo a respeito da condição de uma sociedade. Para a sociologia, essa condição é sempre negativa. O suicídio representa um afrouxamento da estrutura social, um enfraquecimento dos laços grupais, uma desintegração. Por isso, ataca a própria metáfora básica da sociologia. Como um inimigo declarado da sociedade, deve ser combatido e prevenido.

A sociologia ocupa-se arduamente do problema da prevenção e Durkheim fez muitas recomendações influentes a esse respeito. O objetivo principal é levar o indivíduo de volta ao grupo do qual se afastou em virtude de divórcio ou viuvez, sucesso ou fracasso etc., pois é o movimento em direção ao isolamento individual que leva à tendência suicida. *A prevenção do suicídio, para a sociologia, significa reforço grupal, o que, naturalmente, reforça a metáfora básica da própria sociologia.* Torna-se mais claro, então, por que os sociólogos ficam tão perturbados com o suicídio. Torna-se evidente, também, que a *tendência fundamental a ser evitada não é suicídio, mas a influência desintegradora da individualidade.*

Se a prevenção do suicídio funde-se com a prevenção da individualidade, dificilmente um analista pode voltar-se para a sociologia a fim de formar seu ponto-de-vista. Ele interpreta os movimentos em direção ao isolamento, à individualidade e o enfraquecimento de laços com o coletivo sob uma ótica completamente diversa.

Voltando-nos, agora, para o ponto-de-vista legal a respeito do suicídio, vemos que ele é considerado criminoso por três das grandes tradições sobre as quais repousa a justiça ocidental: o direito romano, o direito canônico e o direito inglês. Em 1809, Blackstone declarou, na décima-quinta edição de seu *Commentaries*, que

em virtude de o suicídio ser contra Deus e contra o Rei "a lei classificou-o, por isso, como sendo um dos maiores crimes".

Novamente, a prevenção do suicídio é o principal fim em vista. Blackstone sugere uma maneira de desincentivar o suicídio feminino e que, ao mesmo tempo, beneficiaria o estudo da anatomia. Considera ele que é uma "sábua lei" se o magistrado entregar o cadáver a fim de que "seja retalhado pelo bisturi do cirurgião e exposto à vista pública". John Wesley, o primeiro reformador metodista, tinha uma semelhante propensão imaginativa. Em 1790 também ele propôs que os corpos nus das suicidas do sexo feminino fossem arrastados pelas ruas. A profanação do cadáver é uma forma antiga de demonstrar quão hediondo é um crime. Até 1870, o principal meio dissuasório contra o suicídio no direito inglês era em relação à propriedade física do falecido ao invés de ser contra seu corpo. Confiscava-se à coroa a propriedade daqueles que praticassem suicídio em são juízo. Até 1961, o patrimônio do falecido ainda era passível de sanção no direito inglês: o seguro de vida não era pago ao beneficiário, a menos que tivesse sido previamente estipulado. Hoje em dia, o coadjutor do ato, como por exemplo o sobrevivente de um pacto suicida, é, em muitos países, considerado cúmplice de crime. Em alguns estados americanos a tentativa de suicídio ainda é um ato criminoso.

Assim como a sociologia preserva a sociedade, a lei defende a justiça. Os princípios da justiça derivam de três relações: da relação do homem com Deus, com os outros homens e consigo mesmo. A separação entre Igreja e Estado e a secularização do direito afastaram o primeiro tipo de justiça do direito contemporâneo. A justiça do segundo tipo diz respeito à preservação do contrato social. A família, as instituições do Estado, os contratos entre pessoas, os direitos e deveres dos cidadãos, a posse da propriedade, tudo isto exige uma

estabilidade garantida por lei. A lei garante esta estabilidade tecendo continuidade em sua trama, garantindo transições suaves e prevendo futuras contingências. A morte súbita rompe esse tecido, que é então costurado pelo jurista com fios extraídos de muitos lugares: direito de sucessão e título, cláusulas sobre a morte, testamentos, estrutura de impostos sobre herança e coisas semelhantes. Prevê-se, nos textos legais, preceitos sobre "atos de Deus", ao mesmo tempo que a morte é uma eventualidade considerada como "*force majeure*". Tal morte, porém, conquanto súbita, é exógena. Como afirmou Durkheim: "As causas da morte estão fora e não dentro de nós..." Parece que a lei só toma conhecimentos de um *deus ex machina* que age de fora para dentro. A morte por suicídio, pelo fato de se originar dentro da própria pessoa, não é nem "*force majeure*" nem um "ato de Deus", mas um rompimento unilateral de contrato. Ao rasgar propositadamente o tecido, ela transgride a lei.

O terceiro tipo de justiça – a relação do homem consigo mesmo – nunca foi especificamente uma província da lei, a não ser para proteger o indivíduo contra a perda de seus direitos na relação consigo mesmo, através da invasão alheia. As garantias de liberdade pessoal permitem ao homem uma justiça interna, mas não descrevem sua natureza. As descrições sobre a maneira pela qual um homem deve ou não adorar a Deus, pensar ou falar são até consideradas violações de seu direito interno. Para a lei tradicional, o suicídio parece pertencer aos direitos não expressos do homem. Não obstante, para os três grandes pilares da lei ocidental, o suicídio não era julgado em termos da relação do homem consigo mesmo. Sempre foi avaliado sob uma ótica externa, como se o homem pertencesse primeiro a Deus, depois ao Rei e por fim a si mesmo. Novamente, nos é dito que o homem não pode servir ao mesmo tempo sua própria individualidade, seu Deus e a sociedade.

Quando a lei não reconhece o suicídio como um direito a ser protegido, como protege as liberdades e as posses, não estará ela permitindo que outros infrinjam nossa relação com nós mesmos? Não estaremos, então, sendo impedidos, por uma força externa, de seguir o que julgamos ser nosso destino? Não estaremos, pela lei, sendo obrigados a viver? A interferência sobre a justiça interna em nome da justiça interpessoal ou social foi, na verdade, extrema. A tradição legal na Inglaterra estabeleceu que, de todos os tipos de homicídio, o único que não tem justificativa ou desculpa é o suicídio. O suicídio (até 1961) sempre foi considerado um crime, um assassinato; ao passo que a legítima defesa, o cumprimento da justiça pública e a prevenção de um ato criminoso são todos casos de homicídio justificável. O homicídio accidental, o homicídio culposo, resistir a prisão ilegal e a autodefesa (como por exemplo contra o estupro), são todas formas de homicídio justificável. Em outras palavras, a tradição legal é esta: pode-se matar outras pessoas de muitas maneiras e sob muitas alegações sem transgredir a lei; mas não se pode nunca, sob hipótese alguma, matar-se de maneira justificável ou desculpável. A argumentação diz que não posso ser "meu próprio executor". Em algumas circunstâncias, pode-se matar outra pessoa com a sanção da justiça pública, mas apenas ela pode permitir a um cidadão abandonar seu domínio. A lei não estabeleceu um tribunal que aceite petições de suicídio, de modo que não há maneira de se optar por romper o contrato social, indo intencionalmente ao encontro da morte, a não ser infringindo a lei. O suicida é culpado e não pode jamais provar sua inocência. Um analista que aceite o ponto-de-vista legal tradicional nunca poderá justificar um suicídio.

A lei deixou uma brecha – a insanidade. Abolindo a aplicabilidade do segundo tipo de justiça, a lei deixou lugar para o terceiro tipo. Ao considerar um homem inapto para ser governado pelas regras do contrato social

baseado na razão, sua morte não mais rasga o tecido. Ele não mais está entrelaçado à estrutura legal; suas palavras e atos estão fora do consenso. Para a sociedade racional, num certo sentido, ele já está morto.

Na pior das hipóteses, isto significa que a justiça é realizada por meio da difamação do caráter. Para ser poupada do epíteto de criminosa, a pessoa é definida como lunática. A frase era: "enquanto o equilíbrio de sua mente estava perturbado". O suicídio "sadio" era, conseqüentemente, dissimulado ou disfarçado sob forma de um acidente.

É esta, também, a escapatória do analista? Difícilmente, uma vez que sua tarefa é encontrar a sanidade e compreender a razão por detrás dos atos de cada indivíduo. Compartilhar desta opinião legal significaria embalar todas as diferenças e declarar como loucura todos os suicídios, não importa o que cada um signifique do ponto-de-vista interior.

Ao buscar a metáfora básica subjacente ao interdito sobre suicídio e sua prevenção, disseminada pelo direito e pela sociedade, devemos voltar-nos para a Bíblia. A lei religiosa precede a lei secular e o mandamento "Não matarás!" oferece a base tanto para o ponto-de-vista legal como para o teológico.

Santo Agostinho, em seu livro *Cidade de Deus*, examina este mandamento em relação aos suicídios de Judas e de Lucrécia, a mulher romana que se matou para preservar a castidade. Agostinho interpreta o mandamento de maneira estrita. Ele significa simplesmente o que afirma; não pode ser modificado pressupondo-se que Deus disse a Moisés "Não matarás os outros". O suicídio é uma forma de homicídio, exatamente como sustentava a lei. E assim como se pode dizer que a lei nos determina viver, a teologia nos ordena viver.

Para ser coerente com a interpretação de Santo Agostinho, também o pacifismo e o vegetarianismo de-

veriam ser dogma da cristandade. A teologia, porém, assim como o direito, sanciona alguns tipos de homicídio, preferindo-os ao suicídio. Por exemplo, suspende-se o mandamento "Não matarás" no caso de execuções, no abatimento de animais e na guerra, mas tirar a própria vida é decididamente um pecado e, na Igreja católica, nega-se o enterro eclesiástico a um suicida *sui compotes* (na posse de si mesmo). Não apenas a Igreja Católica, entretanto; o protestantismo fundamentalista, representado pelo Concílio Americano das Igrejas Cristãs, votou uma resolução condenando a posição anglicana que favorece a revogação das leis britânicas sobre suicídio (1961): "A morte por suicídio impede toda a oportunidade de arrependimento. Deus Todo-Poderoso criou a vida. Ela a Ele pertence. O assassinato, incluindo o auto-assassinato, é uma transgressão de Sua lei".

Por que a teologia teme o suicídio mais do que outras formas de homicídio? Por que fica ela tão perturbada?

O ponto-de-vista teológico deriva da idéia da Criação. "Deus Todo-Poderoso criou a vida. Ela é d'Ele." Não somos nossos próprios criadores. O sexto mandamento é consequência do primeiro e do segundo, que coloca Deus acima de tudo. Não se pode tirar a própria vida porque ela não nos pertence. Ela é parte da criação de Deus e nós somos suas criaturas. Escolhendo a morte, recusamos o mundo de Deus e negamos o fato de sermos criaturas. Decidindo por nós mesmos quando é a hora de deixar a vida para trás, exibimos a monstruosidade do orgulho. Sentamos no trono do julgamento onde apenas Deus pode reinar sobre a vida e a morte. Por esse motivo, o suicídio, para os teólogos, é o ato de rebelião e apostasia por excelência, porque nega a base mesma da teologia. Examinemos este ponto.

A teologia é o estudo de Deus e o especialista neste estudo é o teólogo. A palavra do teólogo sobre Deus e a religião é oficial. Quando eu ou você decidimos tirar

nossas vidas, ouvindo a Deus diretamente, não mais seguimos a autoridade. Colocamo-nos na posição de teólogos. Estamos estudando Deus de modo independente. Isto bem pode levar a delírios religiosos e à anarquia teológica, tendo cada homem seu próprio Deus, sua própria seita, sua própria teologia. Contudo, de que outra maneira deve cada ser humano encontrar o Deus imanente, ou experimentar a noção teológica de que a alma humana é o templo interior de Deus? O livro do Eclesiastes afirma que há um tempo para morrer. Se Deus conhece este tempo, como Ele o revela ao homem? *A Teologia quer nos fazer crer que Deus pode se manifestar apenas através dos acontecimentos do acaso, porque a morte só pode vir de fora.* Novamente, como com a sociologia e o direito, a morte deve ser exógena, a nós trazida através do mundo: inimigo, acidente ou doença. Não a carregamos dentro de nós; ela não reside na alma.

Não poderia Deus, porém, falar através da alma e nos incitar a uma ação por meio de nossa própria mão? Não é uma *hubris* da teologia impor limites à onipotência de Deus, exigindo que a morte venha sempre de maneira a não ameaçar sua metáfora básica? Porque não é Deus ou a religião que são negados pelo suicida, mas sim as pretensões da teologia sobre a morte e sobre a maneira pela qual se deve adentrá-la. O suicídio mostra à teologia que não temos suas antigas armas: o além e o último julgamento. Isto não quer dizer, entretanto, que pelo fato de o suicídio ser antiteológico, seja também ímpio ou irreligioso. Não poderia o suicídio, cuja inspiração é interior, ser também um modo de Deus anunciar o tempo de morrer? Como escreveu David Hume em seu breve ensaio *On Suicide*: "Quando caio sobre minha própria espada, portanto, recebo a morte igualmente das mãos da Divindade, como se ela proviesse de um leão, de um precipício ou de uma febre".

O pensamento rabínico e também o precedente aberto por Santa Apolônia na Igreja Católica apontam o

caminho para uma justificação religiosa do suicídio. Entre os primeiros mártires, houve uma, Apolônia (morta em 249), que se jogou nas chamas e foi santificada porque sua morte era para Deus. Isto estava em contraposição à legião de mártires cristãos que, embora indo intencionalmente para o massacre, nunca levantaram suas próprias mãos contra si mesmos. O suicídio como martírio sempre foi a posição judaica. É preferível o suicídio a realizar sob coação a execração dos três maiores pecados – idolatria, incesto e homicídio. Ele torna-se uma forma de martírio como um sacrifício para a santificação de Deus. Em outras palavras, mesmo a teologia pode justificar o suicídio quando o ato tem conexão com Deus e tem uma natureza religiosa. Contudo, apenas o dogma teológico tem permissão para decidir o que serve e o que não serve para a santificação de Deus. Dessa maneira determina o dogma a descrição de um ato religioso.

Decidir se um ato é meramente um pecado teológico ou realmente irreligioso depende não do dogma mas da evidência da alma. O dogma já emitiu seu julgamento. Uma vez que Deus não está confinado apenas aos dogmas das teologias mas pode revelar a Si Mesmo, e de fato o faz, igualmente através da alma, é na alma que se deve procurar a justificativa para um suicídio. Em outras palavras, o analista não deve esperar ajuda do teólogo, mas é forçado a enfrentar o problema em sua própria arena.

Por último, voltemo-nos para a medicina e o médico. O primeiro cuidado do médico é *primum nihil nocere* – acima de tudo nada ferir. Suas tarefas são as de impedir a enfermidade; tratar, medicar e curar sempre que possível; confortar sempre; reparar e encorajar; mitigar a dor; descobrir e combater a doença – tudo a fim de promover o bem-estar físico, isto é, a vida. Tudo que se opuser a esse objetivo deve ser combatido, porque ameaça a metáfora básica; promover a vida. Quando esses

objetivos conflitam entre si, como por exemplo quando o tratamento pode provocar dor ou quando é o ferir que cura, ou quando o conforto da morfina induz à doença, estabelece-se uma hierarquia de objetivos. Sempre, porém, em primeiro lugar nesta hierarquia está a promoção da vida.

A medida de sucesso de um tratamento médico, isto é, saber se a promoção da vida está ou não ocorrendo, é julgada pelo comportamento físico. O médico baseia-se principalmente em parâmetros quantitativos de atividade, tais como a batida do pulso, a temperatura, o metabolismo basal, as dosagens e a pressão sangüíneas, bem como análises acuradas de secreção e de desempenho. Para a medicina, a promoção da vida diz respeito à vida orgânica, a vida do corpo. Ela interpreta sua regra, *primum nihil nocere*, em termos do corpo, indagando se seus atos ajudam ou prejudicam a vida física. O efeito de um tratamento sobre a *psique* não é sua preocupação fundamental na hierarquia de objetivos.

Por isso, em nome deste propósito – promover a vida – justifica-se ao médico usar qualquer meio que impeça um paciente de tirar a própria vida. Não é realmente preocupação dele saber se as medidas usadas para capturar, acalmar, isolar e tornar acessível a entrevistas uma pessoa empenhada em autodestruição podem destruir aspectos do self que o médico está tentando ajudar. O próprio modelo médico sustenta a regra-padrão: qualquer indicação de suicídio, qualquer ameaça de morte exige a ação imediata de cadeados e drogas e vigilância constante – tratamento normalmente reservado aos criminosos.

Não se espera do médico moderno que se ocupe da alma de seu paciente, exceto no caso da psique do paciente interferir com sua saúde física. Os remédios psicológicos não são recomendados como fins em si, mas são meios de implementar a idéia que o médico tem de

um bom funcionamento fisiológico. Ele quer reduzir a um mínimo a interferência da psique no livre funcionamento de um sistema fisiológico saudável. O médico concordaria que este bem-estar fisiológico tem como propósito final uma base sólida para o bem-estar geral – cultural, social, psicológico. Sua ênfase, contudo, recai sobre a promoção imediata da vida e, como um bom jardineiro, presta atenção às condições materiais sob as quais pode florescer o crescimento psíquico.

Sua tarefa não diz respeito a este crescimento psíquico, nem à avaliação de suas ações em termos da psique. A medida de sucesso do médico depende inteiramente da mensuração das funções corporais. Nada pode ser medido a menos que seja quantificado. A medida médica por excelência, aquela que significa a mais alta aquisição da medicina na promoção da vida, é a curva de expectativa de vida. Promover a vida passou a significar prolongar a vida. Quando um paciente “está melhorando”, isto quer dizer que ele está “vivendo mais tempo”. A melhoria é quantitativa e a medicina é levada à equação: boa vida = mais vida.

A vida, porém, só pode ser prolongada à custa da morte. Conseqüentemente, promover a vida significa adiar a morte. A morte, como a condição para a qual a medicina não tem cura, é a arquiinimiga de toda a estrutura. O suicídio, que termina com a vida médica do paciente, torna-se então a condição primordial a ser combatida. A serviço da vida do paciente, o médico hoje em dia tende a servir apenas a um aspecto dela – sua extensão. Mesmo o bem-estar, em última instância, serve a esse propósito, porque o médico é obrigado a adiar a morte com todas as armas de que dispõe. Mesmo assim, inexoravelmente, o corpo mais sadio e perfeito caminha diariamente para a morte.

Interpretando sua tarefa como promoção da vida e com relativo desinteresse pelos efeitos psicológicos de

sua ação, como pode o médico encarar objetivamente o problema do suicídio? O compromisso para com sua profissão o mantém tão firmemente preso a um dogma como qualquer teólogo defendendo os artigos de sua fé. A metáfora básica da medicina, como é atualmente interpretada, não lhe permite nenhuma alternativa a não ser bater-se por uma continuação da vida física a qualquer custo. O suicídio encurta a vida; por isso, não pode promover a vida. O médico não pode aventurar-se, junto com o paciente, na exploração da morte. A qualquer momento, o risco de sua realidade pode forçá-lo a recuar. *A metáfora básica da medicina compromete o médico com um ponto-de-vista nobre e significativo, mas os limites dessa perspectiva são alcançados quando ele é confrontado com a investigação do suicídio.* O suicídio significa morte, a arquiinimiga. Há um juízo prévio sobre o suicídio no modelo médico de pensamento. Medicamente, só pode ser entendido como um sintoma, uma aberração, um desvio a ser abordado sob o ponto-de-vista da prevenção.

Os modelos a partir dos quais esses quatro campos mais relacionados com o suicídio encaram o problema não são de nenhuma ajuda para o analista. Todos eles julgam o suicídio de maneira preconceituosa, em parte porque o suicídio ameaça as metáforas básicas sobre as quais eles se apóiam. Por isso, todos eles compartilham certos traços em comum. A principal preocupação é com a prevenção do suicídio, porque os modelos estão impregnados de um terror da morte. Esse terror advém do fato de não terem, no estado atual de seus modelos de pensamento, um lugar adequado para a morte. Concebem a morte como exógena à vida, não como algo que reside na alma, não como uma possibilidade e uma escolha contínuas. Admitindo isto, estariam admitindo o suicídio, dessa maneira ameaçando suas próprias fundações. Nada estaria seguro, então, nem a Sociedade, nem a Lei, nem a Igreja, nem a Vida.

Dos pontos-de-vista da sociologia, do direito, da teologia e da medicina, a prevenção do suicídio é um objetivo legítimo. Isto pode ser correto e necessário sob todos os aspectos, salvo um: enfrentar o risco do suicídio naqueles indivíduos relativamente pouco numerosos da clínica analítica. A linha tradicional é defensável e certamente muito antiga; contudo, merece exame de um ponto-de-vista completamente afastado dos próprios campos. Alguns pensadores assim o fizeram, especialmente Donne, Hume, Voltaire e Schopenhauer, mas não são suficientemente modernos. Faltou a eles o ponto-de-vista psicológico que tomaria como alvo as próprias metáforas básicas desses campos, ao invés de argumentar contra as idéias de suicídio derivadas dessas metáforas. Em outras palavras, é o suicídio incompatível com o próprio modelo? Caso a resposta seja afirmativa, então a prevenção do suicídio nada mais é do que uma forma disfarçada de preconceito contra o suicídio, que é, por sua vez, baseado num terror fundamental da morte. Se a prevenção do suicídio é um pré-julgamento e um analista a ele se opõe sob alegação de que não leva à compreensão do suicídio como um fato psicológico, isto, de modo algum, implica em dizer que se é conseqüentemente "a favor do suicídio". Novamente, *a questão não é saber se somos pró ou contra o suicídio, mas o que significa ele na psique.*

Desse modo, nossa tarefa é outra: trata-se de elaborar o ponto-de-vista analítico. É suficiente nesse ponto concluir que o analista não pode pedir emprestada a abordagem de seus colegas, que, embora possam se ajudar mutuamente, não oferecem apoio a um analista perquiridor, confrontado com a possibilidade do suicídio em seu trabalho cotidiano.

O ponto-de-vista analítico terá que surgir independentemente desses quatro campos, porque o suicídio apresenta esta independência da psique em relação à sociedade, ao direito, à teologia e até mesmo à vida do

corpo. O suicídio representa uma ameaça tão grande a eles não tanto porque não paga tributo às suas tradições e se opõe a suas metáforas básicas, mas principalmente porque afirma, de maneira radical, a realidade independente da alma.

III SUICÍDIO E ALMA

Parece que todos os escritores que escrevem sobre o problema do suicídio concordam com Farberow e Shneidman (*The Cry for Help*) em que "a primeira tarefa importante de qualquer estudo científico completo sobre suicídio é o desenvolvimento de uma taxonomia ou classificação dos tipos de suicídio". Dessa maneira, existe, hoje em dia, uma terminologia enormemente embaralhada a respeito de suicídios. Eles são classificados de patológicos, pânicos, altruístas, anômicos, egoístas, passivos, crônicos, submeditados, religiosos ou políticos e assim por diante. Estabelecem-se correlações entre suicídio e pressão atmosférica, manchas solares, flutuações sazonais e econômicas e também entre o suicídio e condições biológicas, tais como a hereditariedade, a gravidez e a menstruação. Estuda-se o suicídio em relação à tuberculose, à lepra, ao alcoolismo, à sífilis, à psicose, à diabete. Há publicações sobre os suicídios em escolas, no exército, nas prisões etc. As análises estatísticas fazem classificações em termos de índices de suicídios em cada cem mil pessoas, em termos de idade, sexo, religião, raça ou região. As investigações culturais mostram variações de atitude em relação ao suicídio em

épocas e países diferentes e mudanças nos tipos e frequências de suicídio, de acordo com mudanças em períodos históricos e filosofias de cultura.

Ficamos sabendo de suicídios em multidões: de dançarinos maníacos na Europa Central do século quatorze, de habitantes de vilarejos correndo em massa para as chamas na Rússia do século dezessete, de meninas atirando-se no vulcão Mihari-Yama no Japão do século vinte. Sabemos de pulos de determinados locais, como certas pontes, igrejas, monumentos ou torres. Cidades inteiras, seitas e companhias preferiram tombar até o último homem a entregar-se. Ouvimos falar dos mártires cristãos a respeito de quem escreveu John Donne: "Muitos eram batizados apenas porque iriam ser queimados", tal era a certeza de que o martírio era o caminho para o Céu. A bíblia narra a história de Sansão, que disse: "Deixe-me morrer com os filisteus", enquanto derrubava a casa sobre si mesmo e seus inimigos; e narra a história de Judas, aquele primeiro homem moderno, que "se foi e se enforcou". Podemos ler isto, mas o que compreendemos? Como isto ajuda um analista?

Ou, voltando-nos para os indivíduos, encontramos relatos de todo tipo: Petrônio, abrindo e fechando suas veias a seu bel-prazer, no verdadeiro estilo epicurista, trocava confidências com seus amigos, enquanto deixava escorrer seu sangue pela última vez; Sêneca e Sócrates, em desgraça, foram seus próprios carrascos; a Antigüidade relata o suicídio de Hero no Helesponto, de Safo saltando da rocha em Nerito, de Cleópatra, de Jocasta, mãe e esposa de Édipo, de Pórcia que seguiu Bruto e de Paulina depois de Sêneca; mais recentemente, Hart Crane, Herbert Silberer, Thomas Beddoes, Cesare Pavese, Virginia Woolf e homens de posição e ação, tais como Condorcet, Castlereagh, Forrestal, Winant, Vargas, Hemingway, Bridgman, laureado com o prêmio Nobel e Belmonte, o toureiro.

O que pensar destes casos: uma filha de Karl Marx, e filhos de Eugene O'Neil, Thomas Mann, Robert Frost, Herman Melville?

E como encarar as centenas de crianças que tiram suas próprias vidas a cada ano – crianças que não são nem psicóticas nem retardadas, nem depravadas e algumas com menos de dez anos?

Novamente, será que criando nossa própria classificação descritiva, nosso próprio tipo de morfologia, chegaremos mais longe? Por exemplo, proponhamos suicídios *coletivos* sob forma de morte pelo pânico de um bando animal, investida heróica de uma brigada ou suicídio ritual do *sutee*. Também coletivos seriam os suicídios daqueles contratados para morrer como o assassino político ou o piloto *kamikaze*; *harakiri* ou *seppuku* (cortar o ventre) dos homens japoneses – para as mulheres prescreve-se cortar a garganta; e a enorme quantidade de suicídios entre os esquimós *Ardjilliguar* (uma taxa sessenta vezes maior do que a do Canadá como um todo).

Um outro grupo seria o dos suicídios *simbólicos*. Esses podem ser realizados de maneira bizarra em público, como Peregrino, o exibicionista, numa pira perfumada, perante as turbas ululantes dos Jogos Olímpicos. Podem ter padrão mais esquizóide, tal como o suicídio de alguém que imola seu corpo, seguindo, simbolicamente, um modelo arquetípico de desmembramento ou martírio religioso. Alguns têm um caráter obsessivo-compulsivo: a persistência da compulsão dificilmente diferencia-se da do alcoólatra em relação à bebida e do viciado em relação à droga; o indivíduo é subjugado pela premência de encontrar sua própria morte simbólica; e já se relatou todo tipo possível: beber fenol, comer vidro ou aranhas venenosas, banhar-se em querosene e atear fogo, acender o pavio de um artefato pirotécnico previamente engolido, insinuar-se na jaula de um leão...

Ainda outros poderiam ser agrupados como suicídios *emocionais*, realizados sob o domínio de uma paixão avassaladora. Caberiam aqui vingança contra os inimigos, impor angústia a outros; manipular o mundo, em fúria contra a frustração; humilhação por *ruína* financeira, vergonha da exposição pública; suicídios de culpa e consciência, de terror ansioso, de melancolia pelo envelhecimento, de solidão, abandono, pesar, apatia e inutilidade, desespero embriagador e desespero pelo fracasso, especialmente fracasso no amor. E aqui se encaixariam os suicídios de sucesso, o salto do pináculo. Emocional, também, é o grito suicida de socorro: "Salve-me", e a necessidade suicida de matar e ser morto, ou a união deliquesciente do amor-morte e a auto-imolação de uma *imitatio dei*, bem como os suicídios para evitar o sofrimento físico na tortura ou doença, na prisão ou captura na guerra.

E o que dizer então dos suicídios *intelectuais*, onde a lealdade a uma causa, a um princípio, ou a um grupo é a motivação? Teríamos que classificar aqui a greve de fome e o suicídio ascético que conduz ao Nirvana e as mortes por martírio que os primitivos Pais da Igreja encorajavam serem aceitas. Do mesmo modo também, talvez, as mortes de Sócrates e Sêneca, bem como os suicídios de niilismo, rebelião e absurdo.

A conclusão ampla que o analista pode tirar desses relatos variados é a seguinte: o suicídio é uma das possibilidades humanas. A morte pode ser escolhida. O significado dessa escolha é diferente, de acordo com as circunstâncias e com o indivíduo. Exatamente aqui, onde terminam os relatórios e as classificações, começa o problema analítico. Um analista preocupa-se com o significado individual de um suicídio, que não consta das classificações. Trabalha a partir da premissa de que cada morte é significativa e de algum modo compreensível, para além das classificações. Sua abordagem do suicídio é a mesma que tem em qualquer outra forma de

comportamento que esteja sob sua consideração, tal como os sintomas bizarros chamados esquizofrênicos ou as desordens funcionais chamadas psicossomáticas. Parte do pressuposto de que o comportamento tem um "lado de dentro" significativo e que, penetrando no problema, ele será capaz de entender seu significado.

Esta abordagem é psicológica. Ou, melhor dizendo, a alma é sua primeira premissa ou metáfora básica. Advogando distinções nos significados para cada suicídio, mesmo onde o comportamento exterior seja extremamente típico e sociologicamente classificável, um analista advoga a existência de uma personalidade compreensível e individual com a qual o suicídio pode ser relacionado e assim compreendido. Atribui intencionalidade a cada evento humano. Significado é sua meta.

O comportamento externo é geralmente típico. Do ponto-de-vista externo, toda morte é simplesmente a Morte. Sempre parece igual e pode ser definida exatamente pela medicina e pelo direito. Quando o suicídio é uma descrição do comportamento e definido como auto-destruição ou o início de um ato cujo resultado o agente acredita que resultará em autodestruição, todos os suicídios são o Suicídio. O indivíduo que escolheu essa morte tornou-se um "suicida". Quando a morte é encarada do ponto-de-vista exterior, que lugar resta para a alma individual e sua experiência da morte? Qual seu significado? O que aconteceu à tragédia e onde se encontra a ferroada da morte?

Quanto mais científico se torna o estudo do suicídio, mais este deve ser encarado do ponto-de-vista externo. É por isso que a classificação é uma tamanha armadilha em psiquiatria, em sociologia ou qualquer desses campos onde a principal preocupação deveria ser com a compreensão do comportamento humano. Pode-se observar um exemplo de mudança do interior para o exterior no trabalho de Shneidman, cuja liderança na

pesquisa sobre suicídio jamais é refutada. Ele e seus colaboradores, em sua fascinação por taxonomia, propositalmente substituem as palavras "suicídio" e "morte" por "autodestruição", "término", "cessação", "psyde" – todas palavras purgadas de emoção, purificadas de vida psicológica. Apesar de toda pesquisa, suas pistas sobre suicídio a partir de estudos de caso e classificações diagnósticas geram apenas dados triviais. Sua análise de bilhetes de suicidas, concluindo que o raciocínio falso ("lógica suicida confusa") é o responsável e que o suicídio é uma "falácia psicosssemântica" seria uma paródia joyceana de pesquisa, não fora tão triste, tão doentia e tão típica do complexo científico da psicologia.

Entretanto, todos os campos de indagação devem encarar os fenômenos do ponto-de-vista externo. Caso contrário, não poderiam fazer generalizações e não poderia haver termos úteis tais como suicídio e morte. Além disso, pode-se argumentar que não se pode entrar verdadeiramente "dentro" de coisa alguma e que sempre haverá uma "brecha" entre o sujeito e o objeto. Sem agrupamentos e classificações externas, cada ato seria único; não poderíamos fazer previsões, acumular qualquer conhecimento, aprender o que quer que seja. Os temas principais da prática psicológica – a delinquência, o alcoolismo, a psicopatia, o envelhecimento, a homossexualidade – são conceitos formados desse modo. A própria palavra "neurose", com todas suas formas, sintomas e mecanismos, é um termo "externo" que anula as diferenças individuais. *A preocupação de um analista é manter sua conexão com o interior e não perder sua metáfora básica.* Senão, ele começa a ver seus pacientes como exemplos de categorias e começa a se ocupar em resolver a delinquência, a psicopatia, a homossexualidade e assim por diante, ao passo que seu chamado é atender a alma dos indivíduos que exibem traços típicos em seu comportamento externo. A tipicidade exterior não significa uma similaridade correspondente de expe-

riência. Os "alcoólatras", os "delinquentes", os "psicopatas" não experimentam suas formas típicas de comportamento da mesma maneira. A intencionalidade das ações difere em pessoas diversas. A literatura sobre suicídio, à qual fizemos acima apenas uma referência breve, mostra uma variedade exaustiva de circunstâncias e propósitos, que não correspondem às formas típicas de comportamento externo chamados suicídios por afogamento ou suicídio depressivo ou suicídio sob estado de desequilíbrio mental.

Apenas Jung, dentre os grandes psicólogos, recusou-se a classificar as pessoas em grupos de acordo com seus sofrimentos. Ele foi acusado de não ter elaborado uma teoria pormenorizada e sistemática da neurose, junto com uma etiologia e um tratamento. Será isto realmente uma falha? Talvez seja mérito seu ter sido o único a reconhecer a flagrante inadequação das descrições apenas exteriores.

Um analista defronta-se com problemas e esses não são meramente atos comportamentais classificáveis ou categorias médicas de doença. *São acima de tudo experiências e sofrimentos, problemas com um "lado de dentro".* A primeira coisa que um paciente quer de um analista é torná-lo consciente de seu sofrimento e atraí-lo para seu mundo de experiência. A experiência e o sofrimento são termos de há muito associados à alma. A "alma", entretanto, não é um termo científico e aparece muito raramente em psicologia, atualmente, e quando aparece freqüentemente vem entre aspas, como se para impedi-la de infectar o ambiente cientificamente asséptico. A "alma" não pode ser definida de maneira acurada, nem é respeitável numa discussão científica, conforme é entendida hoje em dia a discussão científica. Há muitas palavras desse tipo que têm significado, e que, contudo, não encontram lugar na ciência atual. Isto não significa que a referência dessas palavras seja irreal, só porque o método científico as deixa de fora; nem significa

que o método científico fracasse porque omite essas palavras que não têm definição operacional. Todos os métodos têm seus limites; precisamos apenas ter em mente o que pertence a quê.

Para compreender a "alma" não podemos nos voltar para a ciência em busca de uma descrição. Apreende-se melhor seu significado através do contexto e esse contexto já foi parcialmente estabelecido. A metáfora básica do ponto-de-vista do analista é que o comportamento humano é compreensível porque tem um significado interior. O significado interior é sofrido e experimentado. O analista o compreende através da simpatia e do *insight*. Todos esses termos fazem parte da linguagem empírica cotidiana do analista e fornecem o contexto, assim como são expressões da metáfora básica do analista. Outras palavras de há muito associadas à palavra "alma" amplificam-na ainda mais: mente, espírito, coração, vida, calor, humanidade, personalidade, individualidade, intencionalidade, essência, âmagô, propósito, emoção, qualidade, virtude, moralidade, pecado, sabedoria, morte, Deus. Falamos assim da alma: ela está "confusa", é "idosa", "desencarnou", é "imortal", está "perdida", é "inocente" ou "inspirada". Diz-se: "ele tem tanta alma no olhar", pois os olhos são "o espelho da alma"; mas podemos ser "desalmados" quando nos mostramos impiedosos. A maioria das línguas "primitivas" têm conceitos elaborados sobre princípios vitais que foram traduzidos pelos etnólogos pela palavra "alma". Para esses povos, do Egito antigo aos modernos esquimós, "alma" é uma idéia altamente diferenciada, referente a uma realidade de grande impacto. Imaginou-se a alma como o homem interior e como irmã ou esposa interior, o lugar ou a voz interna de Deus, como uma força cósmica na qual participam todos os seres humanos e até todos os seres vivos, como tendo sido dada por Deus e, portanto, divina, como consciência, como uma multiplicidade e como uma unidade na diversidade,

como uma harmonia, como um fluido, como fogo, como energia dinâmica e assim por diante. Pode-se "procurar a própria alma" e pode-se "pôr à prova" a alma de alguém. Há parábolas que descrevem que a alma foi possuída ou vendida ao Demônio, suas tentações, sua danação e redenção, o desenvolvimento da alma por meio de disciplinas espirituais, suas jornadas. Tentativas têm sido feitas para localizar a alma em órgãos e regiões específicas do corpo, para rastrear sua origem ao esperma ou ao ovo, para dividi-la em componentes animais, vegetais e minerais, enquanto a busca da alma conduz sempre às "profundezas".

Da mesma maneira, desfiam-se argumentações sobre a conexão da alma com o corpo: diz-se que são paralelos; que a alma é um epifenômeno do corpo, uma espécie de secreção interna; que o corpo é apenas a visibilidade palpitante de uma alma imaterial que lhe dá forma; que a relação entre eles é irracional e sincrônica, indo e vindo, desvanecendo-se e aumentando de acordo com constelações psicóides; que não há relação alguma; que a carne é mortal e a alma eterna, reencarnando-se por meio do carma através das eras, que cada alma é individual e perecível, ao passo que é o corpo, enquanto matéria, que não pode ser destruído; que a alma só está presente em corpos sencientes passíveis de consciência; ou que as almas, como as mônadas, estão presentes em todos os corpos como a hierarquia psíquica da natureza viva.

Do ponto-de-vista da lógica, da teologia e da ciência, essas afirmações devem ser provadas e discutidas. Do ponto-de-vista da psicologia, elas são cada uma em si mesma e todas elas posições verdadeiras, na medida em que são afirmações sobre a alma feitas pela alma. Elas são a descrição que a alma faz de si mesma na linguagem do pensamento (da mesma forma que se reflete em imagens contraditórias e paradoxais na linguagem da poesia e da pintura). Isto implica que em diferentes

momentos cada uma dessas afirmações reflete uma fase da relação corpo-alma. Num determinado momento ela é sincronística, quando tudo se encaixa. Num outro momento, a alma e o corpo estão tão identificados, como em estados tóxicos e na doença, que o epifenomenalismo é a posição verdadeira. Ou, em outro momento, o curso de vida do corpo e da alma são radicalmente independentes e paralelos. Devemos concluir, então, que tais afirmações sobre a alma refletem o estado da alma daquele que faz a afirmação. Revelam a tendência especial da problemática psique-soma da própria pessoa, uma problemática que parece irremediavelmente ligada à psicologia e ao enigma da alma, uma vez que é esta questão – o que tem a alma e o corpo a ver um com o outro – que a alma nos está continuamente apresentando na filosofia, na religião, na arte e, acima de tudo, nas provocações da vida cotidiana e da morte.

Essa exploração da palavra demonstra que não estamos lidando com algo que possa ser definido; e, por conseguinte, a “alma” não é realmente um conceito mas um símbolo. Os símbolos, como se sabe, não estão completamente sob nosso controle, de modo que não podemos usar a palavra de maneira totalmente inequívoca, muito embora a tomemos para nos referir àquele fator humano desconhecido que torna o significado possível, que transforma os eventos em experiências e que é comunicado no amor. A alma é um conceito deliberadamente ambíguo, que resiste a qualquer definição, da mesma maneira que o são todos os símbolos fundamentais que fornecem as metáforas básicas para os sistemas de pensamento humano. “Matéria”, “natureza” e “energia” têm, em última análise, a mesma ambigüidade, igualmente o tem “vida”, “saúde”, “justiça”, “sociedade” e “Deus”, que fornecem as fontes simbólicas para as perspectivas vistas até aqui. A alma não é uma obscuridade maior do que outros princípios axiomáticos primordiais. A despeito de o homem moderno se sentir pouco

à vontade com o termo, ele continua a embasar e influenciar o ponto-de-vista da psicologia profunda de uma maneira que muitos dos próprios profissionais da psicologia profunda surpreender-se-iam de constatar.

O que um pessoa traz para a hora analítica são os sofrimentos da alma, enquanto que os significados descobertos, as experiências compartilhadas e a intencionalidade do processo terapêutico são todas expressões de uma realidade viva que não pode ser melhor apreendida do que pela metáfora básica da psicologia, psique ou alma.

Os termos “psique” e “alma” são intercambiáveis, embora haja uma tendência de se escapar da ambigüidade da palavra “alma” recorrendo-se ao termo “psique”, mais moderno e mais biológico. “Psique” é usada mais como concomitante natural da vida física, talvez a ela redutível. “Alma”, por outro lado, tem matizes metafísicos e românticos. Compartilha fronteiras com a religião.

Em suma, a metáfora básica da alma, a despeito de sua imprecisão e de suas complexidades, inspira as atitudes do analista e governa seu ponto-de-vista. Quando o analista tenta compreender uma experiência, o que está tentando é alcançar sua relevância para a alma da pessoa em apreço. Julgar uma morte apenas sob o ponto-de-vista externo limita a compreensão. Sartre diz até que não podemos de modo algum apreender a morte, porque ela é sempre a morte de outrem; estamos sempre fora dela. Por conseguinte, indagações sobre o suicídio voltam-se cada vez mais para a autópsia psicológica, isto é, estudos de casos individuais, que nos aproximem de uma perspectiva psicológica. O exame de bilhetes de suicidas, as entrevistas com pessoas que tentaram se suicidar e os estudos de caso da sociologia, todos tentam aproximar o pesquisador do significado da morte, levá-lo a uma compreensão do evento pelo lado de dentro.

Entretanto, essas investigações permanecem fundamentalmente exteriores, porque são investigações feitas com o objetivo de obter informações sobre o suicídio. Não são investigações feitas a respeito da alma desta ou daquela pessoa, com a qual o suicídio se entrelaçou de maneira significativa. Estudos desse tipo são executados a fim de se chegar às causas do suicídio e explicar o impulso suicida. Com a explicação obtida através dessa investigação do "problema do suicídio", pode-se planejar um tratamento para a "prevenção do suicídio". Podem-se fazer recomendações ao analista baseadas na evidência estatística, nos perfis de personalidade, nas entrevistas em profundidade etc., por meio das quais ele possa enfrentar "a ameaça de suicídio". Todos os principais trabalhos, o de Ringel na Áustria, os de Farberow e Shneidman nos Estados Unidos e o de Stengel na Inglaterra, desenvolvem-se segundo essas perspectivas. Visam à prevenção do suicídio. Suas explicações e recomendações servem a esse propósito. Pelo fato de a prevenção ser seu objetivo, são inadequados ao analista. A tarefa deste é ser objetivo em relação aos fenômenos da alma, tomando os fatos da forma como aparecem, sem julgamento prévio. Esta é sua forma de abertura científica. Os pontos-de-vista coletivos - sociológico, médico, legal, teológico - declararam que o suicídio é algo a ser evitado. Com essa atitude e este temor a governar as pesquisas, não conseguem compreender o próprio tema que se propuseram a explicar. *Sua metodologia impossibilita-os de encontrar o que estão procurando. Se o analista deseja compreender algo que se passa na alma, jamais deve tomar uma atitude de prevenção.*

Não prevenção, mas confirmação é a abordagem do analista à experiência. Seu desejo é conceder reconhecimento aos estados de alma que a pessoa em apreço está experimentando, de modo a que possam se realizar na personalidade e serem vividos conscientemente. Ele está lá para testemunhar o que se passa - *seja o que for*

que esteja ocorrendo. Idealmente, ele não deveria estar lá para aprovar, condenar, alterar ou prevenir. Pode buscar o significado, mas para explorar o que é dado, não para se afastar da experiência tal como ela é. Afastar-se da experiência também afasta da compreensão dos dados tal como se apresentam.

Por essa razão, um analista tem obrigação de pôr de lado até mesmo os estudos aparentemente mais úteis a respeito do suicídio, a fim de estar aberto ao que está imediatamente à mão. Tudo que interfira com a compreensão emocional única que ele tem do indivíduo irá contra a compreensão em geral. Apenas aquele conhecimento do qual possa fazer uso serve à compreensão. O conhecimento sobre o suicídio que deriva de fontes contemporâneas, entretanto, tende a não servir à compreensão porque pré-julgou a questão. Explicações provenientes de estudos que mostram o suicídio como resultado de raciocínio confuso degradam aquilo por que passa a alma. As explicações traem a seriedade e a enormidade do evento. A "falácia psicosssemântica" faz tamanho sentido para a pessoa que a leva a suicidar-se! A tarefa do analista é trazer sua compreensão ao cerne da outra pessoa, aonde o suicídio faz sentido.

A compreensão não é nunca um fenômeno coletivo. Baseia-se na simpatia, em conhecimento íntimo, em participação. Depende da comunicação entre as almas e é adequada ao encontro humano, enquanto que a explicação pertence ao ponto-de-vista das ciências naturais. A compreensão tenta permanecer com o momento, da maneira que ele se apresenta, ao passo que a explicação afasta do presente, para trás, numa cadeia de causalidade, ou para os lados, numa série de comparações. Os eventos particulares tendem a ser encarados como pertencentes a classes, de modo que a novidade única de cada evento é sacrificada no altar do conhecimento geral.

O contraste dos pontos-de-vista – compreender pelo lado de dentro ou explicar pelo lado de fora – divide a psicologia em duas. É um velho problema na história do pensamento. Qualquer psicologia que explique a natureza humana a partir do exterior, através apenas do comportamento observado, com modelos explicativos baseados na fisiologia, nos experimentos de laboratório, na mecânica, na estatística sociológica etc., chegará a conclusões diversas das oriundas do segundo tipo. A psicologia que explica através da compreensão do lado interior usará procedimentos e conceitos diferentes e um ponto de partida diverso – aquele do indivíduo. Um analista deve ter em mente as diferenças de pontos-de-vista, caso contrário enganosamente tentará chegar à compreensão através do estudo das explicações. Tentará desenvolver sua posição face a um suicídio através do estudo da literatura, ao invés de fazê-lo através de suas observações de primeira mão e da comunicação com sua própria psique bem como com a psique do outro. Recorrerá a conceitos explicativos vazios: “masoquismo”, “tendências autodestrutivas”, “agressão internalizada”, “suicídio parcial”, “desejos de morte”, “regressão primária” e conceitos semelhantes. Embora encontre padrões de reação e descubra mecanismos, perderá a alma.

A psicologia profunda redescobriu a alma e colocou-a no centro de suas explorações. Agora, corre o risco de perdê-la novamente, sob pressão da psicologia acadêmica. Esta, em sua ansiedade de tornar-se tão científica quanto a física, escolheu unilateralmente o “lado de fora”, de modo que a alma não mais encontra um lugar no único campo dedicado, por seu próprio nome, ao estudo da alma. Conseqüentemente, a psicologia profunda tem sido mais ou menos mantida fora das academias da psicologia oficial. Para aí entrar, exige-se-lhe que apresente seu ponto-de-vista, sua linguagem e suas descobertas. Exige-se-lhe que prove, por métodos experimentais, seus achados clínicos. Ela deve traduzir a

compreensão clínica na língua estranha da explicação científica natural. Em resumo, o preço da admissão é a perda da alma; mas sem a psicologia que investiga em profundidade a alma individual em busca de significado, não há meio de compreender problemas, tais como o suicídio, que flagelam a psicologia oficial. A psicologia profunda é a pedra que os construtores da academia rejeitaram. Pode ser que um dia tenha que se tornar a pedra fundamental de qualquer psicologia verdadeiramente científica, porque a compreensão da natureza humana deve começar pela alma e usar os métodos que melhor se adaptem ao objeto de estudo. Psicologia significa “logos da psique”, a fala ou discurso da alma. Como tal, é necessariamente psicologia profunda, já que, como vimos acima, a alma refere-se ao interior, ao profundo. E a lógica da psicologia é necessariamente o método de compreensão que fala sobre a alma e lhe dirige a palavra em sua própria língua. Quanto mais profundamente a psicologia puder ir em sua compreensão, isto é, em significados interiores universais expressos pela linguagem arquetípica de “fatares” míticos, tanto mais precisa cientificamente será ela e tanto mais alma terá.

A fim de nos aproximarmos do problema do suicídio, tentamos, em primeiro lugar, compreender a vida do indivíduo cuja morte está em jogo. Começamos com um indivíduo, não com o conceito. A personalidade do indivíduo é, naturalmente, parte consciente e parte inconsciente, de modo que também é necessária uma indagação sobre os aspectos inconscientes do indivíduo. Na realidade, uma indagação que não faça justiça à mitologia interna (tais como sonhos, fantasias, modos de percepção) do suicida fornecerá um quadro inadequado. Todos os motivos para o suicídio mencionados no início deste capítulo – coletivo, emocional, intelectual – não penetram além da superfície, não entram dentro da morte. Pelo fato de o suicídio ser um modo de adentrar a morte e porque o problema de adentrar a morte libera

as fantasias da alma humana, para compreender um suicídio precisamos saber que fantasia mítica está sendo encenada. Novamente, é um analista quem está melhor capacitado para obter essa compreensão mais completa.

Entretanto, isto foi contestado. A oposição à compreensão psicológica de suicídios individuais deriva não somente da posição "exterior" da sociologia. (Já vimos a argumentação: é inútil pesquisar as unidades que compõem o quociente suicida.) A oposição vem igualmente do "interior". De acordo com Sartre, a pessoa que está melhor aparelhada para compreender a morte é a pessoa que está morta. Isto significa que o suicídio é incompreensível, porque aquela pessoa que poderia dar uma explicação não mais o pode. Isto é um falso dilema e devemos examinar mais detidamente a posição interior extrema. Devemos ver se é ou não verdadeiro que cada indivíduo é o único que pode compreender e articular sua própria vida e sua morte.

O suicida bem articulado, Sócrates ou Sêneca por exemplo, é raro. Um homem que compreenda tão bem seu próprio *mito*, que seja capaz de seguir tão claramente seu plano, de modo a que possa pressentir o momento de sua morte e declará-lo, é incomum na história humana. Esses são pouquíssimos. Sua consciência os transformou em lendas vivas. O homem comum tem pouca compreensão de suas ações e, *pelo fato de a morte normalmente o pegar de surpresa, ela parece vir de fora*. Porque estamos tão pouco ligados à morte que carregamos em nós, ela parece atingir-nos exogenamente como uma força exterior. Como sempre, aquilo de que estamos inconscientes em nós mesmos parece vir de fora. Fazemos o possível para trazer fragmentos de nossas ações para a consciência, mas somos mais freqüentemente vividos por nosso mito do que o vivemos. O melhor exemplo de nossa incompetência para compreender e articular nossa vida interior é o problema que temos com os sonhos.

São necessários dois para interpretar um sonho. A menos que haja um sistema codificado como, digamos, no antigo livro de sonhos de Horapolo no Egito, ou no livro moderno dos freudianos, um sonho é um enigma. Fragmentos de sua mensagem chegam a alguns por instinto, a outros por meio do treinamento. Mas o conto não pode ser deslindado nem pelo analisando sozinho, nem pelo analista sozinho. Isto é um processo dialético; a compreensão necessita de um espelho. Quanto mais um analista estiver "por dentro" do caso, quanto mais estiver familiarizado com a alma do outro como um espelho, melhor compreenderá o sonho. O mesmo se pode dizer quanto ao suicídio. Mas se estiver próximo demais – e é isto que quer dizer identificação contra-transferencial – ele não mais poderá refletir, porque então se terá tornado parecido demais com o outro. Ambos ter-se-ão tornado inconscientes juntos, no mesmo lugar. O espelho obnubila-se e a dialética se perde. Um analista precisa manter um pé dentro e outro fora. Essa posição é peculiar à relação analítica. Consegui-la é extremamente difícil, o que explica os anos de análise pessoal e de treinamento necessários para exercer a profissão. É uma disciplina comparável à da ciência e a objetividade adquirida é diferente mas equivalente à objetividade das ciências naturais. Discutiremos isso de modo mais completo na segunda parte deste livro.

Estar ao mesmo tempo "dentro" e "fora" significa que um analista está numa posição melhor para compreender e articular a psicologia de uma outra pessoa. Ele pode seguir o padrão porque está ao mesmo tempo dentro e também observando, ao passo que a outra pessoa normalmente está somente dentro do padrão e presa nele. O analista está, assim, melhor capacitado para compreender um suicídio do que a pessoa que o comete. A pessoa morta, ao contrário do que diz Sartre, não é a que tem acesso privilegiado à sua própria morte, porque parte do significado desta morte sempre esteve

inconsciente para ela. Só poderia ter-se tornado consciente através do espelho dialético, um processo para o qual um analista foi treinado.

Embora a compreensão do analista possa ter o efeito de prevenção, ela pode não levar a uma explicação ou fornecer aos outros informações úteis na busca de causas e prevenção. Ele compreende, ao apreciar a condição da alma no momento da morte, mas, devido ao caráter singular do relacionamento, a compreensão desta e sua articulação não podem ser postas à prova. Ele está sozinho.

Essa situação isolada é o ponto crucial quando se encara o problema a partir da alma e confere à análise sua missão criativamente solitária. Assim como a pessoa cujo suicídio não é compreendido pela coletividade ou é interpretado apenas em termos de motivos conscientes ou sistemas alheios de pensamento, a compreensão que um analista tem do suicídio também não é compreendida pelo coletivo. A compreensão não é um fenômeno coletivo. A psicologia ainda aguarda o dia em que esta compreensão possa ser explicada. Única dentre as vocações que lidam com a natureza humana e a alma, a análise não tem outra posição além da alma. Não há autoridade mais alta do que a própria análise, nenhum apoio em posições externas que resistam à morte e busquem sua prevenção, nem apoio médico, nem legal, nem teológico. Não se pode emitir sumariamente leis para julgar se um suicídio – ou qualquer fato em análise – se justifica. Fazer isto seria renunciar ao interior em benefício do exterior. Significa que não mais estaríamos tentando compreender o evento individual em sua singularidade, mas estaríamos buscando formas de comportamento, classes de atos. Essa ênfase sobre a compreensão, entretanto, não significa *tout comprendre, tout pardonner*. Compreender não significa permanecer em aceitação solidária não-diretiva, haja o que houver. Um analista tem seus critérios para justificação. Esses

critérios derivam principalmente de uma avaliação da mente consciente no momento da morte e sua relação com processos objetivos do inconsciente que formam a subestrutura arquetípica do comportamento. Assim, a compreensão analítica exige um conhecimento desses processos psíquicos objetivos. O conhecimento exigido para enfrentar o risco do suicídio é, paradoxalmente, conhecimento a respeito da grande desconhecida, a morte. Este conhecimento não é o médico, o legal ou o teológico que consistem, em qualquer caso, de abstrações. É, ao contrário, um conhecimento sobre a *experiência* da morte, o *background* arquetípico da morte conforme vivenciado na alma, seus significados, *imagens* e emoções; seu sentido para a vida psíquica, de modo que se possa tentar compreender as experiências sofridas durante a crise suicida. Um analista faz julgamentos e tenta agir com exatidão e ética, assim como o fazem outros cientistas. Também não difere de outros cientistas quando retira esses critérios apenas de seu próprio campo de trabalho.

De que maneira um analista poderia compreender a experiência da morte e agir diante do suicídio é um ponto aonde logo chegaremos. Até aqui, tentamos delimitar o modelo sobre o qual o analista se apóia, separando-o de outros modelos que não são próprios de sua vocação. Quando se coloca fora do âmbito da alma e se apropria de critérios da moralidade teológica, sociológica, médica ou legal, age como um leigo e suas opiniões são opiniões leigas, não mais julgamentos científicos baseados em seu treinamento disciplinado e no material psicológico sob observação. Como homem, ele está de fato ligado às condições reais da vida. Está comprometido com a sociedade, com a lei, com a igreja e com a realidade física. Até mesmo sua profissão tornou-se reconhecida coletivamente e merece crédito – mas apenas porque esta profissão foi concebida sob o modelo inautêntico da medicina. Sua vocação é para com a alma, como ela se

apresenta em seres humanos individuais. Essa vocação coloca-o num vácuo com seu paciente onde, paradoxalmente, as obrigações para com a coletividade, que lhe deu reconhecimento profissional, são suspensas.

Enquanto um analista for fiel à psique, contudo, ele não será leigo. Ele tem seus fundamentos e neles há lugar para a morte.

IV A EXPERIÊNCIA DA MORTE

A psicologia não tem prestado suficiente atenção à morte. Quão pouca literatura existe em comparação com os estudos dedicados às banalidades da vida! O exame da morte através do estudo da alma é, certamente, uma das mais importantes tarefas da psicologia; mas esta jamais poderá compreendê-la até se ter livrado de seu sentimento de inferioridade em relação às outras ciências, que tendem, devido a seus modelos de pensamento, a afastar-se desse questionamento. Se a psicologia principiasse pela psicoterapia, colocando, assim, a psique real no centro de seu interesse, seria forçada a encarar o problema da morte antes de dedicar-se a qualquer dos outros temas que consomem tanto talento acadêmico.

Será que a psicologia acadêmica evita o tema da morte apenas por motivos científicos, apenas porque a morte não é um assunto para investigação empírica? O sono, a contrapartida simbólica da morte, também é negligenciado na psicologia moderna. Como assinala Webb, os estudos sobre o sono (e também sobre o sonho) são escassos em proporção a outras pesquisas. Poderia o relativo desinteresse da psicologia acadêmica pelo

sonho, pelo sono e pelo morrer, ser um testemunho adicional de sua perda de alma e seu terror da morte?

A teologia sempre soube que a morte é a primeira preocupação da alma. Num certo sentido, dedica-se à morte, com seus sacramentos e ritos funerários, suas elaborações escatológicas e suas descrições do Céu e do Inferno. A morte, entretanto, dificilmente se abre à investigação teológica. Os cânones foram estabelecidos por artigos de fé. A autoridade do sacerdócio deriva seu poder das leis que representam uma posição elaborada em relação à morte. A posição pode variar de religião para religião, mas está sempre presente. O teólogo sabe em que terreno está pisando a respeito da morte. As escrituras, a tradição e o ministério dizem-lhe por que existe a morte e o que se espera dele em relação a ela. O esteio da psicologia do teólogo, bem como de sua autoridade, é sua doutrina sobre a vida-após-a-morte. As provas teológicas para a existência da alma estão de tal maneira ligadas aos cânones da morte – cânones sobre a imortalidade, o pecado, a ressurreição, o juízo final – que uma indagação direta põe em dúvida a própria base da psicologia teológica. A posição teológica, devemos lembrar, começa no pólo oposto ao pólo psicológico. Ela parte de dogmas, não de dados; parte não da experiência viva, mas da experiência cristalizada. A teologia precisa da alma para conferir uma base a seu elaborado sistema de crença sobre a morte, que é parte de seu poder. Não existisse a alma, a teologia provavelmente a inventaria, a fim de justificar as antigas prerrogativas sacerdotais sobre a morte.

O ponto-de-vista das ciências naturais, incluindo aí a medicina, é mais parecido com o da teologia. É uma posição fixa em relação à morte. Este ponto-de-vista dá mostras de um mecanicismo moderno; a morte é simplesmente o último elo numa cadeia de causas. É um estado final de entropia, uma decomposição, uma imobilidade. Freud concebeu o instinto de morte desta

maneira porque teve por base as ciências naturais do século passado. Imagens da morte, tais como exaustão, esfriamento, lentidão, retesamento, definhamento, todas mostram a morte como o último estágio do declínio. A morte é o elo final no processo de envelhecimento.

Quando olhamos para a natureza, este ponto-de-vista parece correto. A morte mostra decomposição e repouso. O mundo vegetal queda-se no silêncio depois do amadurecimento e da produção da semente. A morte completa um ciclo. Qualquer morte anterior ao ciclo completo é obviamente prematura. Quando se chama o suicídio de "antinatural", isto significa que o suicídio vai contra o ciclo vegetal da natureza que o ser humano também partilha. Surpreendentemente, entretanto, sabemos pouco a respeito do ciclo vegetal, que mostra padrões variados de senescência e morte. A genética do envelhecimento das células, o que é uma amplitude natural de tempo, o papel dos fatores ambientais (incluindo a radiação) permanecem enigmas biológicos, especialmente à medida que avançamos na escala da complexidade das espécies. De acordo com Leopold, as explicações neste campo são incrivelmente escassas. Será isto, novamente, indício do terror da morte a influir sobre a indagação científica? As noções médicas de suicídio como "premature" ou "antinatural" não encontram muito respaldo na pesquisa biológica, porque não sabemos a que esses termos se referem nem mesmo no mundo vegetal. Além disso, todos os julgamentos sobre processos vitais não humanos são feitos a partir do exterior, de modo que devemos fazer um esforço enérgico para nos afastarmos das metáforas das ciências naturais. Elas jamais serão completamente válidas para a vida humana e para a morte, que adquirem sentido somente pelo fato de terem um lado interior. É a partir dessa perspectiva interna que todas as questões a respeito da "naturalidade" e da "propriedade" terão que ser respondidas.

Daquela perspectiva, aqueles que cometem suicídio a fim de encontrar uma imobilidade vegetativa, antes de completarem seu ciclo, estão ceifando a vida prematuramente de maneira antinatural. Isto, porém, é o que parece pelo lado de fora. Não conhecemos que complexidades dão início à senescência e à morte nas plantas e sabemos menos ainda sobre um "ciclo natural" ou amplitude de anos no ser humano. Não sabemos em que ponto da curva de longevidade é provável, estatisticamente, que cada vida entre na morte. Não sabemos que impacto tem a passagem do tempo sobre a morte. Não sabemos sequer se a alma é mortal.

Não é a teologia nem a ciência médica, mas um terceiro campo, a filosofia, que chega mais perto da formulação das experiências que o analista tem com a morte. Enunciada em primeiro lugar por Platão (Fêdon 64), repetida em outros lugares e outras épocas, exagerada, contestada, retirada de contexto, a máxima dos filósofos continua verdadeira: a filosofia é a busca da morte e do morrer. O antigo filósofo naturalista, que com frequência era ao mesmo tempo médico e filósofo, meditava com o crânio de um esqueleto sobre a mesa. Não apenas encarava ele a morte do ponto-de-vista da vida. Ele via a vida através das órbitas da caveira.

A vida e a morte chegam ao mundo juntas; os olhos e as órbitas que os contêm nascem no mesmo momento. *No momento que nasço tenho idade suficiente para morrer.* À medida que vivo, estou morrendo. Entra-se na morte continuamente, não apenas no momento da morte, conforme definida legal e medicamente. Cada evento de minha vida contribui para minha morte e construo minha morte à medida que prossigo, dia após dia. A posição contrária também se segue, logicamente: qualquer ação contrária à morte, qualquer ação que resista à morte fere a vida. A filosofia pode conceber a vida e a morte juntas. Para a filosofia, elas não precisam ser opostos excludentes, polarizados no Eros e Tãatos de

Freud ou no Amor versus Ódio de Menninger, um em luta contra o outro. Uma longa tradição em filosofia coloca a questão sob uma luz totalmente diversa. A morte é o único absoluto na vida, a única certeza e verdade. Por ser a única condição que qualquer vida tem de levar em consideração, é o único *a priori* humano. A vida amadurece, desenvolve-se e encaminha-se para a morte. A morte é seu fim legítimo. Vivemos para morrer. A vida e a morte se contêm mutuamente, completam-se reciprocamente, são compreensíveis apenas se colocadas uma em relação à outra. A vida adquire seu valor através da morte e a busca da morte é o tipo de vida que os filósofos freqüentemente recomendaram. Se somente os vivos podem morrer, apenas os moribundos estão realmente vivos. A filosofia moderna voltou novamente à questão da morte, uma corrente importante de sua tradição. Através do problema da morte, a filosofia e a psicologia se estão reaproximando. Freud e Jung, Sartre e Heidegger colocaram a morte no centro de seus trabalhos. A maioria dos seguidores de Freud rejeitou sua metapsicologia da morte; contudo, atualmente, a psicoterapia está fascinada por Heidegger, cujo tema central é a metafísica da morte. Não é a linguagem germânica de Heidegger, nascida nos ventos da Floresta Negra que interessa aos analistas. Nem é sua lógica do uso, porque ela não corresponde aos fatos psicológicos. Quando ele afirma que a morte é a possibilidade fundamental, embora não possa ser vivida como tal, nada mais faz do que repetir os argumentos racionalistas de que a existência e a morte (ser e não-ser) são contrários lógicos: onde estou eu, não há a morte, onde está a morte, eu não estou. Bridgman (que se suicidou na velhice) raciocina da mesma maneira: "Não há qualquer operação pela qual eu possa decidir se estou ou não morto; 'Eu estou sempre vivo'." Essa linha de pensamento é seguida por aqueles que têm dificuldade em separar o campo da experiência psicológica do campo da ideação ou da consciência

racional. Essa corrente argumenta que o morrer pode ser experimentado, mas não a morte. Se seguirmos essa argumentação, seremos levados à insensatez, pois teremos que dizer que não se pode igualmente experimentar o sono e o inconsciente. Tais sofismas não afetam a experiência psicológica, pois as oposições lógicas impedem na alma.

A morte e a existência podem excluir-se na filosofia racional, mas não são contrários psicológicos. A morte pode ser vivida como um estado do ser, uma condição existencial. As pessoas muito idosas, algumas vezes, informam-nos de experiências realizadas em outro mundo que não apenas é mais real como do qual podem ver este aqui. Nos sonhos e na psicose, pode-se sentir a angústia de estar morrendo ou de se estar morto; sabe-se e sente-se isto. Nas visões, os mortos retornam e dão notícias de si mesmos. Toda análise apresenta vários tipos de experiências de morte; veremos exemplos disto mais adiante. A experiência da morte não pode ser encaixada numa definição lógica da morte. O que confere a Heidegger – aquele homem não-psicológico – sua influência sobre a psicoterapia é um *insight* crucial. Ele confirma Freud ao colocar a morte no centro da existência. *E os analistas não podem dispensar uma filosofia da morte.*

Os filósofos, contudo, assim como os analistas, não fornecem respostas às perguntas, ou melhor, fornecem muitos tipos de respostas ao decompor as questões, revelando muitas sementes de significado. Um analista que se volte para a filosofia não terá o mesmo ponto-de-vista definido em relação à morte e ao suicídio que teria se se voltasse para sistemas religiosos, legais ou científicos. A resposta que obterá da filosofia será, certamente, a própria filosofia; pois, quando indagamos a respeito da morte, começamos a praticar a filosofia, o estudo do morrer. Este tipo de resposta é também psicoterapia.

Filosofar é, em parte, adentrar a morte; a filosofia é o ensaio da morte, como afirmou Platão. É uma das formas de experiência da morte. Foi chamada de "morrer para o mundo". O primeiro movimento ao trabalhar-se com um problema é viver o problema em si mesmo como uma experiência. Entra-se num assunto juntando-se a ele. Aproximamo-nos da morte morrendo. Aproximar-se da morte exige uma morte na alma, diariamente, à medida que o corpo morre em seus tecidos. E assim como os tecidos corporais são renovados, também a alma regenera-se através de suas experiências de morte. Por conseguinte, trabalhar com o problema da morte é tanto um morrer para fora do mundo, com sua ilusória esperança alentadora de que a morte não existe, não prevalecer, como é também um morrer para dentro da vida, como uma preocupação nova e vital com o essencial.

Pelo fato de o viver e o morrer, neste sentido, terem implicação recíproca, qualquer ato que afaste a morte impede a vida. "Como" morrer significa nada menos do que "como" viver. Spinoza inverteu a máxima platônica, dizendo (Ética IV, 67) que o filósofo pensa apenas na morte, mas essa meditação não é sobre a morte e sim sobre a vida. Viver em termos do único fim absoluto da vida significa viver direcionado para a morte. Esta finalidade está presente no aqui e agora como o propósito da vida, o que significa que o momento da morte – a qualquer momento – é cada momento. *A morte não pode ser postergada para o futuro e reservada para a velhice.* Quando formos velhos talvez não mais sejamos capazes de experimentar a morte; poderá, então, tratar-se meramente de ser levado por seus movimentos exteriores. Ou ela poderá já ter sido vivenciada, de modo que a morte orgânica terá perdido toda sua agudeza. Pois a morte orgânica não pode desfazer as realizações fundamentais da alma. *A morte orgânica tem poder absoluto sobre a vida apenas quando não se permitiu a morte no seio da vida.* Quando recusamos a experiência da morte, recu-

samos também a questão essencial da vida e deixamos a vida irrealizada. Então, a morte orgânica nos impede de enfrentar as questões últimas e suprime nossa oportunidade de redenção. Para evitar este estado da alma, comumente chamado de danação, somos obrigados a ir de encontro à morte antes que ela de nós se aproxime.

A filosofia nos diria que construímos nossa morte dia a dia. Cada um constrói seu próprio "navio de morte" dentro de si. Deste ponto-de-vista, fazendo nossa própria morte, estamos nos matando diariamente, de modo que cada morte é um suicídio. Quer seja "um leão, um precipício ou uma febre", cada morte é nossa própria criação. Não precisamos, então, implorar com Rilke: "Oh, Senhor! Dê a cada homem sua própria morte", uma vez que é exatamente este Deus que no-la dá, de fato, embora não a enxerguemos porque não gostamos dela. Quando um homem constrói a estrutura de sua vida verticalmente como um edifício, subindo degrau por degrau, andar por andar, apenas para pular pela janela superior ou ser derrubado por um ataque cardíaco ou por um derrame, não terá ele preenchido seu próprio plano arquitetônico e recebido sua própria morte? Desse ponto-de-vista, o suicídio não é uma das maneiras de se entrar na morte, mas *toda a morte é suicida*, e a escolha do método é apenas mais ou menos evidente, quer seja um acidente automobilístico, um ataque cardíaco ou aqueles atos normalmente chamados de suicídio.

Caminhando conscientemente em direção à morte, construímos, segundo a filosofia, um vaso melhor. Idealmente, à medida que envelhecemos, essa construção torna-se mais íntegra, de modo que a passagem da carne enfraquecida para a morte pode ser feita sem medo, de modo feliz e facilmente. Esta morte que construímos dentro de nós é aquela estrutura permanente, o "corpo sutil", no qual a alma se aloja em meio à deterioração da impermanência. A morte, todavia, não é uma questão simples; e morrer é uma tarefa dilacerante, feia, cruel e

cheia de sofrimento. Ir conscientemente em direção à morte, como propõe a filosofia, é, por isso, uma realização humana primordial, a nós apresentada pelas imagens de nossos heróis religiosos e culturais.

Um analista fará bem se considerar a filosofia como o primeiro passo em sua luta com o problema do suicídio. O suicídio pode ser para alguns um ato de filosofia inconsciente, uma tentativa de compreender a morte juntando-se a ela. O impulso para a morte não precisa ser concebido como um movimento contrário à vida; pode ser uma exigência para um encontro com a realidade absoluta, *uma exigência para uma vida mais completa através da experiência da morte*.

Sem terror, sem os preconceitos de posições pré-fixadas, sem um preconceito patológico, o suicídio torna-se "natural". É natural porque é uma possibilidade de nossa natureza, uma escolha à disposição de cada psique humana. A preocupação do analista será, então, menos com a escolha suicida, enquanto tal, do que com a ajuda a outra pessoa no sentido de compreender o significado desta escolha, *a única que exige, diretamente, a experiência da morte*.

Um significado essencial da escolha é a importância da morte para a individualidade. À medida que a individualidade cresce, cresce também a possibilidade de suicídio. A sociologia e a teologia o reconhecem, como vimos. Quando o homem é sua própria lei, responsável perante si mesmo por suas próprias ações (como na cultura das cidades, na criança não amada, em áreas protestantes, em pessoas criativas), a escolha da morte torna-se uma alternativa mais freqüente. Nesta escolha da morte, naturalmente, o oposto permanece escondido. Até que sejamos capazes de escolher a morte, não podemos escolher a vida. *Até que possamos dizer não à vida realmente não dissemos sim a ela, mas fomos apenas levados por sua corrente coletiva*. O indivíduo que se

coloca contra esta corrente experimenta a morte como a primeira de todas as alternativas, pois aquele que nada contra a corrente da vida é seu oponente e identificou-se com a morte. Repetindo, a experiência da morte é necessária para separarmos-nos do fluxo coletivo da vida e descobrirmos a individualidade.

A individualidade requer coragem. E a coragem tem sido associada, desde a época clássica, a argumentos suicidas: é preciso coragem para enfrentar as provações da vida e é preciso coragem para adentrar o desconhecido por sua própria decisão. Alguns escolhem a vida porque têm medo da morte e outros escolhem a morte porque têm medo da vida. Não se pode, a partir do exterior, avaliar de maneira imparcial a coragem ou a covardia; mas podemos compreender por que o problema do suicídio suscita essas questões sobre coragem, uma vez que o tema do suicídio força-nos a firmar uma posição individual a respeito da questão básica – ser ou não ser. A coragem para ser – como é moda chamá-la – não significa apenas escolher a vida lá fora. A verdadeira escolha é escolher a si mesmo, a verdade individual de cada um, incluindo o mais feio dos homens, como Nietzsche denominava o mal interior. Continuar a viver, sabendo o horror que somos, exige coragem de fato. E não poucos suicídios podem surgir de uma experiência avassaladora do próprio mal, um *insight* que ocorre mais profundamente nos bem-dotados criativamente, nos sensíveis psicologicamente e nos esquizóides. Quem é, então, o covarde e quem atirá a primeira pedra? O resto de nós, homens embrutecidos, que permanecemos embotados diante de nossa própria sombra.

Toda análise defronta-se com a morte de uma forma ou de outra. O sonhador morre em seus sonhos e há mortes de outras figuras interiores; os parentes morrem; perdem-se posições nunca mais reconquistadas; mortes de atitudes; a morte do amor; experiências de perda e vazio que são descritas como morte; a sensação da

presença da morte e o terrível medo de morrer. Alguns estão “meio apaixonados pela morte fácil” para si mesmos ou a desejam para os outros, querendo ser mortos ou matar. Há morte no ascender em direção ao sol como um jovem Ícaro, na corrida pelo poder, nas ambições arrogantes das fantasias de onipotência, onde, num acesso de cólera e rancor, todos os inimigos se desvanecem. Alguns parecem ser impelidos para a morte; outros por ela são acossados; outros ainda são por ela atraídos, por meio de um chamado do que pode apenas ser descrito empiricamente como “o outro lado”, uma ânsia por um amante morto, por um progenitor ou por um filho. Outros podem ter tido uma visão mística crucial, como um encontro com a morte, que obcecou suas vidas, constituindo-se uma experiência não compreendida pela qual anseiam. Para alguns, cada separação é morte e partir é morrer. Há aqueles que se sentem amaldiçoados, certos de que sua vida é uma progressão inexorável em direção à condenação, uma cadeia do destino, cujo último elo chama-se suicídio. Alguns podem ter escapado da morte no holocausto ou na guerra, mas não escaparam ainda interiormente e revivem a ansiedade inúmeras vezes. As fobias, as compulsões e a insônia podem revelar um núcleo de morte. A masturbação, solitária e contra o chamado do amor, que tal como o suicídio, é denominada “a doença inglesa”, evoca fantasias de morte. A morte pode incidir sobre o “como” moral da vida do indivíduo: seu retrospecto de vida, sua fé, seus pecados, seu destino; como chegou aonde está e como continuar. Ou, se deve continuar ou não.

Para entender todos esses padrões de morte, a análise não pode voltar-se a não ser para a alma, para ver o que ela afirma sobre a morte. A análise desenvolve suas idéias a respeito da morte empiricamente, a partir da própria alma. Novamente, Jung foi o pioneiro; ele simplesmente escutava a alma contar suas experiências e observava as imagens da meta da vida que a psique viva

produz a partir de si mesma. Nesse caso, ele não era nem filósofo, nem médico, nem teólogo, mas psicólogo, estudioso da alma.

Descobriu que a morte usa muitas roupagens e que ela normalmente não aparece na psique como morte *per se*, como extinção, negação e finalização. As imagens de morrer e idéias de morte têm significados bem diversos nos sonhos e nas fantasias. A alma sofre muitas experiências de morte; contudo, a vida física continua; e, quando a vida física chega a seu termo, a alma frequentemente produz imagens e experiências que demonstram continuidade. O processo de conscientização parece ser interminável. *Para a psique, nem é a imortalidade um fato, nem é a morte um fim.* Não podemos provar ou refutar a sobrevivência. A psique deixa a questão em aberto.

A busca de prova e demonstração da imortalidade é pensamento confuso, porque a prova e a demonstração são categorias da ciência e da lógica. A mente usa essas categorias e convence-se por meio de prova. É por isso que só a mente pode ser substituída por máquinas, não a alma. A alma não é a mente e tem outras categorias para lidar com seus problemas de imortalidade. Para a alma, os equivalentes da prova e da demonstração são a crença e o significado. São tão difíceis de serem desenvolvidos e aclarados, tão difíceis de se lidar quanto a prova. A alma luta com a questão da vida depois da morte em termos de suas experiências. É a partir dessas experiências, e não a partir dos dogmas ou da lógica ou da evidência empírica, que se firmam as posições da fé. E o próprio fato de a psique ter essa faculdade de crença, independente de prova ou demonstração, nos impõe a possibilidade de imortalidade psíquica. A imortalidade psíquica não significa nem ressurreição da carne nem vida pessoal depois da morte. A primeira refere-se à imortalidade do corpo, a última, à imortalidade da mente. Nossa preocupação é com a imortalidade da alma.

Qual poderia ser a função dessas categorias de crença e significado na alma? Não serão elas parte do equipamento da alma – assim como a prova e a demonstração são usadas pela mente – para lidar com a realidade? Se isto for verdade, então os objetos da crença podem ser de fato “reais”. Esse argumento psicológico em favor da imortalidade tem como premissa a antiga idéia de correspondência, que diz que o mundo e a alma humana estão intimamente ligados. A psique funciona em correspondência com a realidade objetiva. Se a alma tem uma função de crença, isto implica uma realidade objetiva correspondente para a qual a crença tem sua função. Esta posição psicológica foi defendida nos argumentos teológicos que afirmam que apenas os crentes vão para o Céu. Sem a função da crença, não há realidade correspondente do Céu.

Pode-se colocar de outra maneira essa abordagem psicológica à questão da imortalidade: de acordo com Jung, o conceito de energia e sua indestrutibilidade era uma noção antiga e difundida, associada de inúmeras maneiras à idéia da alma, muito antes que Robert Mayer formulasse como lei científica a conservação da energia. Não podemos nos livrar dessa imagem primordial mesmo na psicologia científica moderna, que ainda fala sobre a psique em termos dinâmicos. O que para a psicologia é imortalidade e reencarnação da alma, é conservação e transformação de energia para a física. A certeza da mente de que a energia é “eterna” é dada por uma lei na física. Isso corresponde à convicção da alma de que ela é imortal e o sentido de imortalidade é o sentimento interno da eternidade da energia psíquica. *Pois se a psique é um fenômeno energético, então ela é indestrutível.* Sua existência em “outra vida” não pode ser provada, da mesma maneira que não o pode ser a existência da alma nesta vida. Sua existência é dada apenas psicologicamente, sob forma de certeza interior. Isto é, sob forma de crença.

Quando nos perguntamos por que toda análise defronta-se com a experiência da morte tão freqüentemente e em tal variedade, constatamos que, primariamente, a morte aparece a fim de dar lugar à transformação. A flor murcha em volta de sua haste intumescida, a cobra perde sua pele e o adulto livra-se de suas maneiras infantis. A força criativa mata ao produzir o novo. Cada perturbação e desordem chamada neurose pode ser vista como uma luta de vida e morte, na qual os contendores estão mascarados. O que é chamado de morte pelo neurótico, basicamente porque é escuro e desconhecido, é uma nova vida tentando irromper na consciência; o que ele chama de vida, pelo fato de ser familiar, nada mais é do que um padrão moribundo que ele tenta manter vivo. A experiência da morte destrói a ordem antiga, e na medida em que a análise é um "esgotamento nervoso" prolongado (sintetizando, também, à medida que prossegue), a análise significa morrer. O medo de começar uma análise toca nesses terrores profundos e o problema fundamental da resistência não pode ser encarado superficialmente. Sem uma morte para o mundo da ordem antiga, não há lugar para renovação porque, como veremos adiante, é ilusório esperar que o crescimento seja apenas um processo aditivo que não exige nem sacrifício nem morte. A alma favorece a experiência da morte para introduzir a mudança. Encarado desse modo, um impulso suicida é um ímpeto de transformação. Diz ele: "A vida, tal como está, precisa mudar. Alguma coisa precisa ceder. Depois, depois, depois é uma balela contada por um bobo. O padrão precisa terminar completamente. Como, porém, não posso fazer nada com a vida lá fora, tendo tentado tudo o que foi possível, porei fim a ela aqui, em meu próprio corpo, nesta parte do mundo objetivo, onde ainda tenho poder. Darei cabo de mim mesmo".

Quando examinamos esse raciocínio, verificamos que ele conduz da psicologia à ontologia. O movimento

em direção a uma parada completa, em direção àquela plenitude na estase, onde cessam todos os processos, é uma tentativa de entrar em outro nível de realidade, evoluir do tornar-se para o ser. Dar cabo de si próprio significa chegar ao fim de si mesmo, encontrar o fim ou limite do que somos, a fim de chegar ao que não somos – ainda. "Isto" é trocado por "aquilo", um nível é banido em favor de outro. O suicídio é uma tentativa de mudar de uma esfera para outra à força, através da morte.

Esse movimento para um outro aspecto da realidade pode ser formulado por aqueles opostos básicos chamados corpo e alma, fora e dentro, atividade e passividade, matéria e espírito, aqui e além, que são simbolizados pela vida e morte. A agonia do suicídio representa a batalha da alma contra o paradoxo de todos esses opostos. A decisão suicida é uma escolha entre essas contradições que parecem impossíveis de serem reconciliadas. Uma vez feita a escolha, a ambivalência é superada (como demonstram os estudos de Ringel e de Morgenthaler sobre bilhetes de suicidas); a pessoa normalmente torna-se ponderada e calma, não dando qualquer demonstração de sua intenção de se matar. O indivíduo atravessou a fronteira.

Essa calma corresponde à experiência da morte dos que estão morrendo fisicamente, a respeito de quem disse Sir William Osler: "Poucos, muito poucos, sofrem penosamente no corpo e um número menor ainda sofre na mente." A agonia da morte normalmente ocorre antes do momento da morte orgânica. A morte vem primeiro como uma experiência da alma, depois da qual o corpo expira. "O medo", diz Osis, "não é uma emoção dominante nos moribundos", ao passo que o júbilo e a exaltação ocorrem freqüentemente. Outras investigações sobre a morte relatam constatações semelhantes. O medo da morte refere-se à *experiência da morte*, que pode ser separada da morte física e não depende dela. Se o suicídio é um impulso de transformação, podemos en-

carar a preocupação atual com o suicídio coletivo por meio da Bomba como uma tentativa de renovação da psique coletiva, livrando-a dos laços da história e do peso de sua acumulação material. Num mundo em que as coisas e a vida física predominam de maneira esmagadora, onde os bens se tornaram "o bem", aquilo que os destruiria, bem como a nós, por causa de nossas vinculações, torna-se naturalmente um "mal". Não obstante, não poderia esse mal, em algum ponto, ser um bem disfarçado, demonstrando o quanto nossos valores são duvidosos e relativos? Através da Bomba, vivemos à sombra da morte. Embora possa tornar mais próxima a experiência da morte, não precisa necessariamente significar que o suicídio coletivo esteja, também, mais perto. Quando nos agarramos à vida, o suicídio adquire a atração compulsiva de uma "supermorte". Onde, porém, se convive com a morte coletiva – como nos campos de concentração nazistas ou durante a guerra – é raro o suicídio. O ponto crucial é este: quanto mais imanente for a experiência da morte, tanto maior será a possibilidade de transformação. O mundo está mais próximo de um suicídio coletivo, é verdade; que este suicídio precise realmente ocorrer, isto não é verdade. O que precisa ocorrer, se o suicídio real não vier, é uma transformação na psique coletiva. A Bomba pode, dessa maneira, ser a mão sombria de Deus que Ele já mostrou anteriormente a Noé e aos povos das Cidades da Planície, trazendo não a morte mas uma transformação radical em nossas almas.

Em indivíduos onde o impulso suicida não está diretamente associado ao ego, mas parece uma voz, figura ou conteúdo do inconsciente que força, conduz ou ordena a pessoa ao auto-aniquilamento, novamente isto pode estar dizendo: "Não podemos nos encontrar novamente até que ocorra uma mudança, mudança essa que acabe com sua identificação com a vida concreta." As fantasias suicidas oferecem uma liberação da perspec-

tiva concreta e usual das coisas, permitindo-nos encontrar as realidades da alma. Essas realidades aparecem como imagens e vozes (e também como impulsos) com as quais podemos nos comunicar. Para essas conversas com a morte, todavia, é preciso considerar o reino da alma – com seus espíritos noturnos, suas emoções misteriosas e vozes sem forma, aonde a vida é desencarnada e altamente autônoma – como uma realidade. Então, aquilo que aparece como impulsos regressivos pode revelar suas qualidades positivas.

Por exemplo, um jovem que quer se enforcar depois de um fracasso num exame é levado a sufocar seu espírito ou "queimar" os miolos, depois de ter feito um esforço desmesurado para voar alto demais. A morte é escura e fácil; a passividade e a inércia da matéria o puxam para baixo novamente. A melancolia, aquela negra aflição na qual tantos suicídios ocorrem, mostra o peso da gravidade em direção aos ossos escuros e frios da realidade. A depressão restringe e nos concentra no essencial e o suicídio é a negação final da existência em favor da essência. Noutro caso, uma figura paterna falecida (como o fantasma de Hamlet) continua a fascinar uma mulher em seus pensamentos suicidas. Quando ela se volta para enfrentá-la, escuta-a dizer: "Você está perdida no mundano porque se esqueceu de seu pai e enterrou suas aspirações. Morra e eleve-se." Mesmo naqueles bilhetes suicidas, onde um esposo se mata ostensivamente para remover um obstáculo à liberdade e felicidade de sua mulher, há uma tentativa de adquirir um outro estado do ser através do suicídio. Há uma tentativa de transformação.

A transformação, quando genuína e completa, sempre afeta o corpo. O suicídio sempre é, em certo sentido, um problema corporal. As transformações da infância a meninice são acompanhadas por mudanças físicas tanto na estrutura corporal como nas zonas libidinais; igualmente o são os momentos transformadores principais da

vida na puberdade, menopausa e velhice. As crises são emocionais, enchendo o corpo de alegria e angústia e alterando aparências e hábitos. Os rituais de iniciação são flagelos da carne. A experiência da morte enfatiza a transformação no corpo e o suicídio é um ataque à vida corporal. A idéia platônica de que a alma está aprisionada no corpo e é libertada pela morte tem relevância nesse contexto. Alguns indivíduos sentem-se estranhos em seus próprios corpos a vida inteira. Para defrontar-se com o reino da alma como uma realidade igual à perspectiva usual da realidade, é necessária, de fato, uma morte para o mundo. Isto pode produzir um impulso para destruir a armadilha corporal. E, porque nunca poderemos ter certeza se a velha idéia de uma alma imortal num corpo mortal é verdadeira ou não, o analista ao menos deve considerar o suicídio à luz de uma oposição corpo-alma.

O ataque à vida corporal é para alguns uma tentativa de destruir a base afetiva da consciência do ego. As mutilações suicidas são distorções extremas desta forma de experiência da morte. Tais mutilações podem ser compreendidas à luz das técnicas orientais de meditação ou no imaginário universal de sacrifício da vida corporal, portadora do animal. Pelo fato de as imagens e fantasias compelirem à ação, usam-se métodos para separar o impulso afetivo dos conteúdos psicológicos. A memória é despojada de desejo. Para que a ação possa ser purgada do impulso e para que a imagem possa estar livre para o jogo imaginativo e a concentração meditativa, o desejo corporal precisa morrer. Não precisa morrer diretamente através do suicídio, que, nesse caso, seria uma interpretação errônea concreta de uma necessidade psicológica. A necessidade é simplesmente de que o afeto e a imagem se separem a fim de que haja uma consciência que ultrapasse as limitações egocêntricas. Esta separação ocorre através da introversão da libido, representada arquetipicamente pelo complexo do incesto. Então; o

desejo corporal une-se à alma, ao invés de fazê-lo com o mundo. O impulso afetivo torna-se, então, totalmente psíquico através dessa conjunção e se transforma.

Quando a psique persiste em apresentar suas experiências de transformação pode usar, além da morte, outros símbolos mostrando nascimento e crescimento, transições de lugar e tempo etc. A morte, contudo, é mais eficaz porque traz consigo aquela emoção intensa sem a qual não ocorre qualquer transformação. A experiência da morte é a mais desafiadora, exigindo uma resposta vitalmente completa. Significa a parada de qualquer processo. É o confronto com a tragédia, pois não há saída, a não ser em frente, para dentro dela. A tragédia nasce *in extremis*, onde se é acuado a fazer um salto mortal em direção a um outro plano do ser. A tragédia é o salto para fora da história e para dentro do mito; a vida pessoal é trespassada pelas flechas impessoais do destino. A experiência da morte oferece a cada vida a abertura à tragédia, pois, conforme encaravam os românticos, a morte extingue o meramente pessoal e transporta a vida para a chave heróica, onde soa não apenas a aventura, a experimentação e o absurdo, porém mais ainda – o sentido trágico da vida. A tragédia e a morte estão necessariamente entrelaçadas, de modo que a experiência da morte tem o toque da tragédia e o sentido trágico é a consciência da morte.

Os outros símbolos de transformação (como por exemplo nascimento, crescimento, transições de lugar e tempo) todos indicam abertamente um estágio seguinte. Apresentam este próximo estágio antes que o atual esteja terminado. Revelam novas possibilidades, permitindo a esperança; ao passo que a experiência da morte nunca é sentida como transição. É a principal transição que, paradoxalmente, diz que não há futuro. O fim chegou. Tudo acabou, tarde demais.

Sob a pressão do "tarde demais", sabendo que a vida fracassou e que não há mais saída, o suicídio se apresenta. *O suicídio é, então, o anseio por uma transformação rápida.* Isto não é morte prematura, como poderia dizer a medicina, mas a reação tardia de uma vida entravada que não se transformou à medida que prosseguia. O indivíduo quer morrer imediatamente, e já, porque perdeu sua crise de morte antes. Essa impaciência e intolerância refletem uma alma que não se manteve afinada com sua vida; ou, em pessoas mais velhas, uma vida que não mais alimenta com experiências uma alma ainda faminta. Para o velho, há culpa e pecado a serem expiados, e assim ele é seu próprio carrasco. O cônjuge morreu. Pode não haver certeza a respeito de uma reunião depois da vida, embora possa haver ao menos a possibilidade de juntar-se do "outro lado", enquanto que aqui existe apenas um luto estéril. Ou existe a sensação de já se ter morrido; uma indiferença apática que diz: "Não me importo em viver ou morrer." A alma já deixou o mundo no qual o corpo se move como um boneco pintado. Em cada um desses casos, o tempo está fora de eixo e o suicídio o recolocaria na posição certa.

Quando a análise apresenta a experiência da morte, ela é frequentemente associada àquelas imagens primordiais da alma que são a *anima* e o *animus*. As batalhas com as seduições da anima e as tramas do animus são pelejas com a morte. Essas lutas são mais letais na vida adulta do que as ameaças parentais das imagens da mãe e pai negativos. Os desafios da anima e do animus ameaçam até a vida do organismo, porque o núcleo desses dominantes arquetípicos é *psicóide*. Isto é, ligado à vida física do corpo através da emoção. A doença, o crime, a psicose e a dependência de drogas são apenas algumas das manifestações mais crassas dos aspectos mortais dos arquétipos da anima e do animus. Repetidamente, o animus aparece como o assassino e a

anima como a tentadora que aparentemente conduzem um homem à vida, apenas para destruí-lo. A psicologia de Jung oferece *insights* profundos sobre esses portadores específicos da morte na alma.

Na análise, um indivíduo encontra a morte por todo lado, especialmente nos sonhos. Lá, ele corta a ordem antiga com facas, queima-a e enterra-a. Os prédios desmoronam; há putrefação, vermes ou fogo nas paredes. Segue cortejos fúnebres ou entra dentro de túmulos. Soa uma música misteriosa. Ele vê cadáveres desconhecidos, observa mulheres rezando e ouve o sino tocar. Seu nome aparece inscrito num álbum de família, num registro, numa lápide. Partes de seu corpo desintegram-se; chegam o cirurgião, o jardineiro e o carrasco para proceder ao desmembramento. Um juiz condena, um padre dá a unção dos enfermos. Vê um pássaro caído de costas. É meia-noite, ou os acontecimentos vêm em tríades sombrias. Aparecem garras, caixões, mortalhas, máscaras esgazeadas com dentes à mostra. Segadeiras, serpentes, cães, ossos, cavalos brancos e pretos, corvos pressagiam destruição. Corta-se um fio, uma árvore tomba. As coisas evaporam-se em fumaça. Há sinais de portões e umbrais. Ele é conduzido ladeira abaixo por uma figura feminina ambígua; ou, se for uma mulher, olhos desencarnados, dedos, asas e vozes indicam-lhe um caminho escuro. Ou, então, pode ocorrer um casamento, intercuro com um anjo, uma dança fantástica, uma orgia num velório, um banquete ancestral de comidas simbólicas ou uma viagem a uma ditosa terra paradisíaca. Sente-se uma sensação de umidade, como se fora uma tumba e uma rajada súbita de um vento gelido. Há morte por ar, fogo, água e por enterro na terra. O coma, o êxtase e o transe de uma passividade sem esforço embalam, flutuando, o sonhador. Ou, então, ele é apanhado numa rede ou numa teia. A pessoa testemunha a morte de todos aqueles que simbolizam formas de adaptação não mais viáveis, como por exemplo amigos

favoritos da infância, heróis universais e até animais de estimação, plantas e árvores queridas. À medida que relações antigas se vão esvanecendo na vida cotidiana, há despedidas e o indivíduo perde maneiras habituais de comportar-se, encontra-se como ermitão em uma caverna, ao lado de um lago estagnado, morrendo de sede no deserto, à beira do abismo, ou numa ilha distante. Novamente, é atacado por forças da natureza (mar ou raio), perseguido por bandos de animais, de assassinos (ladrões e estupradores) ou máquinas sinistras. Ou pode voltar-se contra si mesmo.

As variedades do imaginário para vivenciar a morte parecem ser ilimitadas. Cada uma delas relata como a perspectiva consciente da morte é refletida pelo inconsciente, variando da suave fuga ao assassinato brutal. Cada vez que experimentamos essas imagens e um novo ciclo de sofrimento se inicia, cedemos um pedacinho de vida e passamos pela perda, pesar e luto. Juntos vêm a solidão e o vazio. A cada vez algo se imobiliza.

Quando a experiência da morte insiste numa imagem suicida, então é o "Eu" do paciente e tudo que considera como "Eu" que está chegando ao fim. É preciso romper toda a trama e estrutura, cortar cada laço, soltar todas as cadeias. O "Eu" será liberado total e incondicionalmente. A vida até aqui construída tornou-se uma prisão de compromissos a ser implodida; para um homem, frequentemente com a violência da força masculina e para uma mulher, uma dissolução no receptáculo suave da natureza, por meio de afogamento, asfixia ou sono. O que vem a seguir já não mais importa, no sentido de "ser melhor ou pior"; o que virá depois certamente será algo diferente, completamente, o Completamente Outro. O que vem depois é irrelevante porque afasta a experiência da morte e solapa seus efeitos.

Este efeito é tudo o que interessa. Como e quando vem é uma questão secundária ao por que vem. Obser-

vando a evidência que a psique produz a partir de si mesma, o efeito da experiência da morte é produzir, num certo momento crítico, uma transformação radical. Agir nesse momento com a prevenção, em nome da preservação da vida, frustraria a transformação radical. Uma crise completa é uma experiência de morte; não se pode ter uma sem a outra. Donde se conclui que a experiência da morte é requisito para a vida psíquica. Isto implica em que a crise suicida, por ser uma das maneiras de experimentar a morte, deve também se considerada necessária à vida da alma.

V ENFRENTANDO O RISCO DO SUICÍDIO

A experiência da morte é necessária, mas será o suicídio concreto também necessário? Como procede o analista quando a experiência da morte é vivenciada através de fantasias suicidas? Como pode ele fazer face às necessidades do analisando e manter separadas as necessidades internas e externas?

Manter distintos o dentro e o fora é uma das tarefas importantes do analista. Se ele empregar bem suas ferramentas, liberará a vida de suas projeções enredadoras e libertará a alma de sua temporalidade. O interior e o exterior são mantidos separados, de modo que posteriormente possam ser corretamente reunidos, a alma expressando-se no mundo e a vida exterior alimentando o homem interior. *A ameaça suicida, como qualquer problema que leva uma pessoa à análise, é, antes de mais nada, uma confusão de interior com exterior. Sofremos quando misturamos a realidade psíquica com pessoas e fatos concretos, simbolizando assim a vida e distorcendo a realidade. E inversamente: sofremos quando somos capazes de experimentar a realidade*

psíquica apenas se atuarmos concretamente nossas fantasias e idéias.

Fora e dentro, vida e alma, aparecem como paralelas na "história de caso" e na "história da alma". Uma história de caso é uma biografia de eventos históricos dos quais tomamos parte: família, escola, trabalho, doenças, guerra, amor. A história da alma frequentemente negligencia inteiramente alguns ou muitos desses acontecimentos e espontaneamente inventa ficções e "paisagens interiores" sem maiores correlações externas. A biografia da alma diz respeito à experiência. Parece não seguir a direção única da passagem do tempo e é melhor expressa pelas emoções, sonhos e fantasias. Dispensa-se, de pronto, carradas de anos e eventos, ao passo que os sonhos giram repetitivamente em torno de certos aspectos da história de caso como símbolos significantes que representam a experiência da alma. Essas experiências devem sua existência à atividade natural de formação de símbolos da psique. As experiências que surgem de sonhos, crises e *insights* importantes definem a personalidade. Elas também têm "nomes" e "datas" como os eventos exteriores da história de caso; são como marcos que delimitam nosso domínio individual. Essas marcas podem ser menos negadas do que os fatos exteriores da vida, uma vez que é possível alterar a nacionalidade, o casamento, a religião, a ocupação e até o próprio nome. Negar ou tentar apagar nosso "passaporte" simbólico é trair nossa própria natureza e encontrar-se, então, perdido num anonimato desenraizado que é igual, senão pior, a um desastre externo. Tampouco uma análise redutiva conseguirá, não importa quanto dure, esgotar o sentido desses símbolos, ao relacioná-los a traumas exteriores.

A história de caso relata as realizações e fracassos da vida no mundo dos fatos. A alma, porém, não se realizou ou fracassou em igual medida, porque não funcionou da mesma maneira. Seu material é a experiência e suas

realizações são alcançadas não apenas pelo esforço da vontade. A alma imagina e brinca – e não se pode fazer a crônica das brincadeiras. O que resta dos anos de brincadeiras infantis que se encaixe numa história de caso? As crianças, bem como os chamados "povos primitivos", não têm história; têm, ao invés disso, o resíduo de seus jogos cristalizados em mitos e símbolos, na linguagem e na arte, e num *estilo* de vida. Conhecer uma história de alma significa capturar emoções, fantasias e imagens, entrando no jogo e sonhando o mito junto com o paciente. *Conhecer uma história de alma significa tornar-se parte do destino do outro.* Enquanto uma história de caso apresenta uma sequência de fatos conducente a um diagnóstico, a história de alma mostra, antes, uma profusão concêntrica apontando sempre para além de si mesma. Seus fatos são símbolos e *paradoxos*. Apreender uma história de alma requer o *insight* intuitivo do clínico à moda antiga e uma compreensão imaginativa de um estilo de vida que não pode ser substituído por acumulação de dados e explicações através da história de caso. Não se pode chegar a uma história de alma através de uma história de caso; *mas pode-se chegar a uma história de caso por uma exploração prolongada da história de alma, que nada mais é do que a própria análise.*

À medida que uma análise prossegue, desloca-se interiormente da história de caso para a história da alma, isto é, explora os *complexos* mais por seus significados arquetípicos do que por sua história traumática. A história da alma é recapturada, separando-a de seus obscurecimentos pela história de caso. A família imediata, por exemplo, torna-se quem ela realmente é, não distorcida pelos significados interiores que fora forçada a carregar. A redescoberta da história da alma manifesta-se no despertar da emoção, da fantasia e do sonho, num sentido de destino mitológico penetrado pelo transpessoal e por um tempo espontâneo não causal. Reflete

a "cura" de uma identificação crônica da alma com os eventos, lugares e pessoas exteriores. À medida que essa separação ocorre, não somos mais um caso, mas uma pessoa. A história da alma emerge à medida que abandonamos a história de caso ou, em outras palavras, quando morremos para o mundo como uma arena de projeção. A história da alma é um obituário vivo, historiando a vida do ponto-de-vista da morte, oferecendo a singularidade de uma pessoa *sub specie aeternitatis*. À medida que construímos nossa morte, escrevemos nosso obituário em nossa história da alma.

O fato de existir história de alma obriga-nos a considerar a morte de alguém em análise sob essa perspectiva. A história de caso classifica a morte por acidente automobilístico diferentemente da morte por excesso de soníferos. A morte por doença, por acidente e por suicídio são classificadas como diferentes tipos de morte - e de fato o são, do ponto-de-vista externo. Até mesmo as mais sofisticadas classificações (morte não-meditada, premeditada e submeditada) não conseguem dar pleno crédito ao envolvimento da psique em cada morte. Essas categorias não reconhecem completamente que a alma está sempre mediando a morte. No sentido freudiano, tãatos está sempre presente; a alma precisa da morte e a morte reside na alma de maneira permanente.

Estará um analista menos implicado em um tipo de morte do que em outro? Será ele mais responsável num suicídio premeditado do que num acidente submeditado ou num câncer não meditado? Sua decisão sobre cada morte - não importa como nela se penetre - depende da apreensão que faz da história da alma. Suas indagações tentam colocar esta morte em relação aos símbolos fundamentais, aqueles marcadores do destino, apresentados na história da alma. Sua responsabilidade é para com a adequação psicológica dos eventos, sua justiça ou sistema internos, não importa como apareçam exteriormente.

Desse ponto-de-vista, a bala do assassino, acidental e não meditada para a vítima, pode pertencer a um padrão mítico de seu destino, tanto quanto um suicídio deliberado e meditado após anos de tentativas frustradas. Pois não é apenas o que pertence à psicodinâmica pessoal de uma história de caso, e é explicável através de sistemas de motivações, que pode ser considerado como a morte necessária ou certa. Há mortes erradas, como a do herói, do companheiro prestimoso, da imagem do amor na alma, do Homem naquela cruz, que são, contudo, tragicamente certas. Encaixam-se dentro de um padrão mítico definido. Os mitos têm lugar para o que é errado e, contudo, necessário.

Os mitos governam nossas vidas. Governam uma história de caso a partir de baixo, através da história de alma. A irracionalidade, o absurdo e o horror dos experimentos da natureza, que tentamos viver, são tomados pelas imagens e motivos do mito que os tornam, de algum modo, compreensíveis. Algumas pessoas parecem ter de viver a vida erradamente e depois deixá-la erradamente. De que outro modo podemos explicar o crime, a perversidade e o mal? A intensidade fascinante de tais vidas e mortes mostra coisas que operam para lá do meramente humano. O mito, que reserva um lugar de honra para todo tipo de atrocidade, oferece mais objetividade para o estudo de tais vidas e mortes do que o exame de qualquer motivação pessoal.

Um analista certamente não tem acesso privilegiado aos segredos da natureza. Não pode ler os criptogramas e dar justificativas oraculares. Pode, entretanto, *de concedente*, através de sua familiaridade com a história da alma e os mitologemas lá expostos, tentar chegar à raiz das coisas, abaixo de questões motivacionais explicáveis racionalmente e moralismos de certo e errado. A moralidade racional da própria vida sempre foi posta em dúvida; há alguma diferença na questão da morte?

Da perspectiva da história da alma, a aliança secreta determina a responsabilidade do analista (como o descreveremos na parte final deste livro). Sua responsabilidade vai até seu envolvimento e sua participação na história de alma da outra pessoa. Teoricamente, ele participa igualmente em todo tipo de morte e *não é mais responsável no suicídio do que em qualquer outro tipo*. No suicídio, a falta de responsabilidade de um analista não significa o ato do suicídio em si, como se pensa quando se afirma que cada suicídio é um fracasso terapêutico. Significa, isto sim, seu fracasso em relação à aliança secreta de dois modos possíveis: não estar envolvido ou não sustentar conscientemente o envolvimento. Deve-se manter a posição de um pé dentro e outro fora. Os dois pés fora é o não-envolvimento; os dois pés dentro é inconsciência da responsabilidade. *Não somos responsáveis pela vida e pela morte uns dos outros; a vida e a morte de cada homem é dele próprio. Somos, porém, responsáveis por nossos envolvimento*s. E a máxima de John Donne: "E, por isso, nunca indague por quem os sinos doam; eles doam por ti", torna-se o ideal da atitude do analista.

Pelo fato de uma história de caso sempre encerrar-se com a morte, ela não pode contar a história inteira. É limitada pelo tempo. Não há seguimento. A alma, porém, parece ter elementos de premonição e transcendência. Para a alma, é como se a morte, e até a maneira e o momento de nela adentrar, fossem irrelevantes, como se isso fosse indiferente, quase como se absolutamente não houvesse morte para a história de alma.

Começa aqui a resposta da questão suicida para o analista leigo. Aqui, também, o ponto-de-vista analítico afasta-se da perspectiva médica. O ponto-de-vista médico está preso à luta contra a morte, ao prolongamento da vida e à manutenção da esperança. A vida do corpo vem antes de tudo o mais e, por isso, a reação médica deve ser a de salvar esta vida, prolongando-a. A história

de caso deve ser mantida em aberto tanto quanto possível. O analista médico é obrigado por seu treinamento e tradição a dar consideração prioritária à morte orgânica, que coloca a morte simbólica e a experiência da morte em segundo lugar. *Todavia, quando o analista médico dá mais peso ao físico do que ao psicológico, mina sua própria posição analítica*. Desvaloriza a alma como realidade primária para a análise e toma partido do corpo. Em outras palavras, a menos que a análise médica abandone o quadro de referência médico, não poderá chegar ao limite na análise. No caso de risco de vida é obrigado a desertar a alma. Não será mais psicoterapia analítica, mas medicina.

Quando um analista coloca a morte concreta em primeiro lugar, faz muitas coisas não-psicológicas. Em primeiro lugar, perdeu uma posição individual e foi sobrepujado pelo terror coletivo da morte que o atinge através do analisando. Alimentou, assim, a ansiedade do outro e o ajudou na repressão da morte. Isto contribui para a neurose do paciente. A tentativa honesta de confrontar o que quer que apareça é repentinamente bloqueada. Se um analista prefere a morte simbólica à morte orgânica porque sente que a primeira é segura, mostra a seu paciente que desenvolveu uma posição individual sobre a morte na psique, mas ainda está no coletivo quanto à morte no corpo. Um primeiro indício de ter sucumbido ao terror coletivo da morte é interromper as consultas individuais e internar a pessoa num hospital. Quando um analista age assim, colocou de lado seu ponto-de-vista psicológico, perdendo, desse modo, contato com a alma de seu paciente. Contudo, a perda da alma e não a perda da vida deveria ser seu terror principal. Além disso, cometeu um erro de raciocínio, ao identificar a expressão de uma experiência com a própria experiência. Não conseguiu manter clara a distinção entre dentro e fora.

Discorreremos sobre o tema de a alma necessitar da experiência da morte. Isto pode ocorrer de várias maneiras. Algumas das imagens e emoções internas da experiência foram mencionadas no capítulo anterior. O suicídio é apenas uma dessas expressões; algumas outras são: depressão, colapso, transe, isolamento, intoxicação e exaltação, fracasso, psicose, dissociação, amnésia, negação, dor e tortura. Esses estados podem ser experimentados simbólica ou concretamente. Podem estar presentes na história de caso ou na história de alma. *O modo de expressão da experiência psicológica parece não importar para a alma, desde que ela tenha a experiência.* Para alguns, a morte orgânica através de um suicídio concreto pode ser a única maneira através da qual é possível a experiência da morte.

Este é o cerne do problema. Devemos, então, proteger-nos contra a experiência da morte com medidas médicas porque a ameaça do suicídio pode provocar a morte física? Embora a resposta deva ser sempre individualizada, é bom distinguir qual é a questão. Do ponto-de-vista médico, as questões da alma e seu destino são bastante irrelevantes quando confrontadas com um cadáver. Mesmo que um analista seja muitíssimo dedicado à alma, seu trabalho também seria interrompido pela morte física. O tratamento acabou; o caso está encerrado. Não há psicoterapia com um cadáver. O argumento médico considera as medidas médicas sempre justificáveis face ao risco do suicídio.

Há apenas um modo de rebater tal crítica, e radicalmente; fora os argumentos mostrando o lugar do suicídio na experiência da morte e a justificação do suicídio dentro de um padrão mítico, vimos acima que não sabemos se a alma perece. Não sabemos se a história de caso e a história de alma começam no mesmo momento, nem em que medida a primeira condiciona a segunda. Usando a evidência da própria alma, o término de uma história de caso reflete-se na história da alma de vários

modos: como irrelevante, como parcial (apenas um aspecto ou imagem morre), como um desafio urgente (para confrontar o problema da salvação) ou como renascimento, com suas emoções exaltadas concomitantes.

Em culturas não ocidentais, onde se dá mais ouvido à psique e onde seu "tratamento" forma uma parte importante das preocupações de todo ser humano, as almas dos mortos são continuamente levadas em consideração e seu destino totalmente apreciado, com orações, veneração ancestral, práticas ritualísticas e através de almas afins, xarás, descendentes e amigos. A comunicação com os mortos continua. Nossas almas os afetam. O que fazemos com nossas almas tem influência sobre o progresso da deles. Suas almas ainda estão em processo. Encontramo-las como fantasmas, em sonhos e através de nossas próprias imagens vivas que temos deles, vivendo especialmente naqueles que mais estavam envolvidos em suas histórias de alma. Se acreditarmos totalmente na imortalidade, ao invés de cortejá-la com nossos desejos, a dialética analítica com a imagem viva dos mortos não cessa com a morte física. Ainda estamos envolvidos e somos responsáveis. Este ponto-de-vista não requer mesas *ouija* e *poltergeists*. Não é misticismo, mas realismo psicológico. É uma indução a partir do empirismo das imagens e crenças da alma, evidente nas práticas e atitudes dos povos da maioria das culturas. É a base das orações aos mortos até em nossa sociedade, indicando que nosso relacionamento com eles não acabou e que a maneira como os tratamos faz diferença. Implica em que o tratamento não acaba nunca; que a análise é, na verdade, interminável. Neste sentido, o cadáver não exclui a psicoterapia; ou melhor, a análise não é, de forma alguma, uma dialética com o corpo, enquanto corpo, quer vivo, quer morto. Pode-se também rebater o argumento de que é preciso haver corpos para o relacionamento psicológico, ainda que seja apenas para conversar. O morto continua existindo

como uma realidade psicológica com quem nos comunicamos, conforme exemplificado nas relações com os santos e mestres mortos e com os mortos queridos. É um racionalismo confortável, um psicologismo, argumentar que essas realidades psíquicas são apenas imagens internas ou apenas objetivações de nossa subjetividade. Se a realidade psíquica é realidade, devemos, então, seguir sua lógica implacavelmente. Não podemos tê-la de ambos os modos: por um lado acreditada como uma espécie de realidade objetiva e por outro reduzida a figuras e funções subjetivas em algum lugar da cabeça. A realidade física modifica drasticamente a realidade psíquica e vice-versa; mas não coincidem, exceto naqueles que não foram capazes de distinguir entre sua alma e seu corpo. Quando a história da alma começa a emergir de sua inserção na vida corporal – um de seus sinais sendo a experiência da morte – então, a realidade independente da alma e sua transcendência do corpo também começam a ser realizadas. Então, manter um corpo vivo deixa de ser a condição *sine qua non* para manter vivo qualquer relacionamento psicológico.

Um analista, contudo, pode seguir o ponto-de-vista médico sob uma condição: que essas medidas médicas não sejam contra a alma: *Primum ANIMAE nihil nocere*. O tratamento deve dirigir-se à alma, respeitar suas condições e imagens e considerar seus reclamos. Isto significa que as medidas médicas não são apenas ações de emergência para prolongar a vida, de modo a que, mais tarde, a psicoterapia possa recomeçar. Não, são iniciadas primariamente em benefício da alma e formam uma complementação à psicoterapia. Em outras palavras, a assistência médica é bem-vinda; recusa-se a substituição médica. O ponto-de-vista analítico prevalece. Quando um analista pede uma intervenção médica (drogas ou internamento) *por razões médicas de prevenção*, ele traiu sua vocação. De um ponto-de-vista prático,

assistência médica significa para um analista que um médico nele confie, podendo aceitar a autoridade do analista que advém de sua posição única “dentro” da situação. Neste momento o médico é, num certo sentido, “leigo”.

Assim como um analista não deve ceder à prevenção médica, também não deve tentar escapar pela “simbolização”. Pois a prática simbólica, se usada defensivamente para impedir o suicídio, pode enganar a pessoa por meio de uma substituição que não satisfará a necessidade da experiência da morte. Nesse caso, a simbolização não funcionará; ou o problema surgirá de novo – ou talvez nunca mais aconteça.

A experiência é necessária e não há saída, nem médica, nem simbólica. As densas muralhas, construídas contra a morte, atestam seu poder e nossa necessidade. Tanto quanto o culto, tanto quanto o amor, o sexo, a fome, a autopreservação e o próprio terror, é o anseio pela verdade fundamental da vida. Se alguns chamam esta verdade de Deus, então, o impulso para a morte é também em direção ao encontro com Deus, fato que algumas teologias sustentam ser possível apenas através da morte. O suicídio, tabu em teologia, exige que Deus se revele. E o Deus que o suicídio exige, bem como o demônio que parece impulsionar o ato, é o *Deus absconditus* que é impossível de ser conhecido, embora passível de ser experienciado, que é não-revelado, contudo mais real e presente na escuridão do suicídio do que o Deus revelado e todo Seu testemunho. O suicídio oferece uma imersão e possível regeneração através do lado sombrio de Deus. Confronta a verdade última de Deus, ou, pior, Sua própria negatividade escondida.

Todo conhecimento e argumentação, entretanto, não servirão ao analista dialogando com a outra pessoa. O analista pode estar pessoalmente convencido de que as fantasias suicidas são abordagens à experiência da mor-

te e que o paciente está tragicamente confundindo o simbólico com o concreto, mas será incapaz de passar isso para a pessoa na outra cadeira. Tais argumentos, se forem uma substituição intelectual, fracassam redondamente em penetrar na experiência crucial. São atraídos pelo dinamismo ruidoso da emoção suicida, estatelando-se aos pés do analista. Nem se pode oferecer o consolo da religião e da filosofia. Como aponta Ringel, a intensidade do impulso suicida de tal modo se apodera da alma que quaisquer idéias postas no sistema serão convertidas naquele pouco de energia a mais, necessário para as fantasias suicidas. Não temos diante de nós uma "falácia lógica", mas um homem tomado por um símbolo. A alma insiste cega e apaixonadamente em sua intenção. Não se deixa dissuadir; quer ter sua morte – real, verdadeira, imediata.

Ela precisa ter sua morte se quer renascer. Se a morte for de algum modo esvaziada de sua irresistível realidade, a transformação é ilegítima e o renascimento será abortado.

O analista não pode negar essa necessidade de morrer. Terá que acompanhá-la. Sua tarefa é ajudar a alma em sua caminhada. Não ousa resistir ao impulso em nome da prevenção, porque *a resistência apenas torna o impulso mais arrebatador e a morte concreta mais fascinante*. Nem pode condenar todo desejo suicida como uma "atuação", porque, novamente, colocaria um anátema de prevenção antes de poder certificar-se se o ato é ou não necessário para a experiência. Não pode favorecer uma prática em detrimento de outra. Indo, porém, com ele, sendo a ponte através da qual o paciente pode entrar na morte, *a experiência pode vir antes que a morte concreta ocorra*. Isto não é uma substituição simbólica, embora, nesse momento, a prática simbólica possa espontaneamente surgir. Se ela nascer, proclama a vinda do homem renascido. O modo simbólico significa que um novo tipo de realidade está vindo à luz. A pessoa obce-

cada por fantasias suicidas não foi capaz de experimentar a morte psicologicamente. Não pode experimentar a *realidade da psique* separada de suas projeções e, por isso, a realidade concreta e a morte física são tão arrebatadoras; mas, quando o impulso para a própria morte física foi conquistado pela sua realização dentro da psique, a realidade psíquica reveste-se de uma qualidade *numinosa* e indestrutível. Isto é o que a tradição chama de "corpo diamantino", mais sólido que a própria vida.

Acompanhando o impulso suicida, um analista começa a *constelar* a alma para que esta apresente suas exigências de uma forma psicológica. Dá-lhe primazia e não se esquia de nenhuma de suas intenções. Neste caso, aprendeu com o shamã que atribui importância fundamental à experiência da morte. Supera tanto quanto possível qualquer tipo de preconceito contra ela. Como o shamã, já esteve pessoalmente com a morte, pois os mortos se comunicam melhor com os mortos. Como o shamã, recepciona a chegada do impulso como um sinal de transformação e fica pronto para ajudar a entrada do outro na experiência. Não dá peso especial ao modo físico da morte, mas *concentra-se nas experiências*. Sancionando a morte psíquica, esta pode ser liberada de sua fixação orgânica.

Esta experiência, como dissemos, toma muitas formas, tal como raiva, ódio contra si próprio e tormento, mas principalmente desespero. Quanto mais consciente for o impulso para a morte, mais ele terá a tendência de colorir toda a vida psíquica com o desespero. E quanto mais esse desespero puder ser contido, menos o suicídio "acontecerá por acaso". Não ter nenhuma esperança, nada esperar, nada pedir. Isto é desespero analítico. Não entreter falsas esperanças, nem mesmo aquela esperança de alívio que leva alguém à análise em primeiro lugar. Este é um vazio de alma e de vontade. É a condição presente a partir do momento em que, pela primeira vez,

o paciente sente que não há nenhuma esperança de melhorar, ou até qualquer possibilidade de mudar. Uma análise conduz a esse momento e constelando este desespero libera o impulso suicida. Desta hora da verdade depende todo o trabalho, porque este é o morrer para a vida falsa e esperanças errôneas que deram origem à queixa. Assim como é a hora da verdade, é também o momento do desespero, porque não há esperança.

Quando o analista deixar de lado seu comportamento médico de oferecer esperança através do tratamento, pode entrar no desespero junto com o paciente. Abandonando sua própria esperança, pode começar a aceitar a experiência do paciente de que não há nada a ser feito. Assim, *ele oferece apenas a própria experiência*. Não podemos ir além desse desespero, ressuscitando esperanças afogadas, injetando sugestões e conselho ou prescrevendo remédios. Se o desespero é completo, apresentando os sinais clínicos da depressão, as fantasias suicidas tendem a tornar-se o principal conteúdo das horas. A situação, no entanto, não é mais precária do que quando esses mesmos conteúdos estavam espalhados nas profundezas e o analisando se estava agarrando a quimeras num mar de confusão.

Consigo mesmo, o analista pode refletir que não oferecer nada é, na realidade, a melhor forma de tratamento, porque permite ao movimento natural da psique uma oportunidade de expressar-se. Se agir de acordo com essa idéia, não estará oferecendo nada; novamente, estará tratando. Deixou o analisando sozinho no desespero e o traiu novamente ao fazer a substituição. A substituição é mais sutil: oferece um falso desespero que é, na realidade, uma prevenção esperançosa.

Neste momento, um analista é forçado a descobrir por que quer que o outro viva. Se seu paciente significar somente um encargo, um fardo assumido quando "se

tomou o caso", inconscientemente estará matando o paciente, porque todos nós, a certa altura, queremos nos livrar de nossos fardos. A sensação de ser um peso já é tão forte em muitos que cometem o suicídio, que, frequentemente, o ato é praticado altruisticamente, para aliviar a carga dos outros. Quando se está por baixo, princípios como compromisso terapêutico e responsabilidade para com a vida não são suficientes. O analista é posto em xeque no seu eros pessoal, levado a sentir por que este indivíduo é pessoalmente importante para ele. Realmente necessito dele e quero que viva? Qual é a singularidade de nosso relacionamento? Como estou envolvido com esta pessoa, de um modo diferente de todos os demais? Sem este envolvimento pessoal, cada paciente poderia ser um qualquer. Toda conversa sobre individualidade seria vazia.

Sem esse eros pessoal, não há vaso para conter as forças destrutivas, os desejos de ferir e matar que se podem constelar durante a crise. O laço íntimo concentra os afetos suicidas em análise. A raiva, o ódio e o desespero parecem direcionados contra o analista, de maneira pessoal. Alguns intérpretes tentaram reduzir toda a questão a representações transferenciais de lutas infantis. De fato, um pouco de infantilidade permeia a maioria de nossas ações, especialmente durante as crises; mas compreende-se melhor o ataque ao analista à luz da aliança secreta e da ambivalência constelada pela natureza simbólica de todo laço pessoal estreito. O principal propósito que esses afetos destrutivos tentam alcançar é: dissolver, no desespero, o próprio vaso do relacionamento. Por conseguinte, deve haver espaço até para o desespero dentro do eros do analista. Seu eros não será, então, usado como método, como "viva porque te amo", para coagir o paciente a sair do desespero.

Permanecendo fiel à condição sem esperança, como ela é, ele constela uma espécie de coragem estoica em si mesmo e na outra pessoa. Mantendo-se vigilante, a

ameaça de ação pânica refluí. Permanecem imóveis juntos, encarando a vida e a morte – ou a vida ou a morte. Não há tratamento porque ambos desistiram da esperança, de ter expectativas, de fazer exigências. Deixaram o mundo e sua perspectiva exterior, tomando como única realidade as imagens, emoções e significados apresentados pela psique. A morte já está dentro porque a fúria de viver já passou. A história de caso anota: “nada a registrar”, ao passo que a história de alma pode estar realizando uma experiência profunda e sem palavras.

Manter-se em estado de vigilância também significa prestar atenção aos *pormenores absurdos e triviais da vida*; porque a experiência da morte não é apenas grandiosa, profunda e sem palavras; também dissolve o cotidiano no “nonsense”. Todo tipo de coisas acontece; milagres ao lado de enganos; mas essa consideração cuidadosa dos detalhes não pode ser usada com intenções terapêuticas: “ajudar a vida a continuar” ou “apoiar o ego”. A concentração no absurdo parece ser uma parte espontânea da própria experiência da morte, desvendando significados totalmente novos e surpreendentes nos velhos hábitos. E a transformação é marcada por uma percepção aguda do paradoxo e da sincronicidade, onde o sentido e o não sentido se fundem.

Alguns dizem que permanecem vivos apenas por causa dos filhos, dos pais, em suma, dos outros. Tendo isto em mente, o analista poderia começar a lembrar o paciente do efeito de sua morte sobre os outros. Novamente aqui, entretanto, isto evitaria o risco em sua crua intensidade. O suicídio coloca a sociedade, a responsabilidade humana e até a comunidade de almas *in extremis*. Por esse motivo, como vimos, os pontos-de-vista oficiais o condenam com boa razão. *O suicídio é o paradigma de nossa independência de todo mundo*. Precisa ser assim durante a crise suicida, porque neste momento todas as outras pessoas representam o *status quo*, a vida e o mundo que precisam ser negados de

maneira absoluta. Essas coisas realmente não contam mais. Coisas que nos lembram delas servem apenas para intensificar o impulso. Por isso, um analista bem pode interpretar o gesto suicida como um “grito de socorro” – mas não para viver. É, antes de mais nada, um pedido de socorro para morrer, para atravessar a experiência da morte com um sentido. O analista é eficaz, como vínculo com a vida, apenas quando não afirma esse vínculo. Ele não é a favor nem da vida, nem da morte, mas sim da experiência desses opostos.

Como paradigma de independência, o suicídio é também egoísmo. O mundo se encolhe até a pequena medida do “meu”: minha ação, minha morte. A abnegação é simplesmente onipotência disfarçada. Quer no silêncio furtivo, quer à vista de todos no viaduto da cidade, há uma obsessão egoísta com minha própria importância. E o mundo dos outros – como os pronto-socorros para onde são levados inicialmente os que tentaram sem sucesso – reage com desprezo a esse egoísmo. Um analista, contudo, pode, ainda assim, ver dentro desse egocentrismo a pequena semente de individualidade. Uma semente deve fechar-se em si mesma a fim de gerar seu próprio ser; deve ser exclusivamente “minha”. No egoísmo negativo há uma afirmação de individualidade.

O analista continua o processo analítico fixando na consciência as experiências, à medida que elas desabroçam. Tornam-se conscientemente realizadas na personalidade através da confirmação e da amplificação. A experiência da morte não é simplesmente ultrapassada; ela é realizada, consumada e construída na psique.

Não impedindo nada, o analista torna possível a experiência da morte do paciente. *Oferece à pessoa a oportunidade que lhe foi negada por todos*. O analista passa a representar, então, o verdadeiro *psicopompo*, o guia de almas, ao não quebrar o laço de confiança no momento em que ele é mais crucial. Manteve-se fiel à

aliança secreta. A pessoa sabe que pode confiar no analista porque a compreensão entre eles não pode ser rompida nem mesmo pela morte. Ao não impedir nada, o analista, no entanto, está fazendo o máximo que é possível fazer para impedir a morte concreta. Ao colocar-se na posição do outro, de maneira tão completa, o outro não está mais sozinho. Também ele não poderá romper livremente a aliança secreta e dar um passo sozinho.

O desespero analítico nada mais é do que encarar a realidade juntos, e o *a priori* de toda realidade humana é a morte. Encoraja-se, assim, o indivíduo a enfrentar sua necessidade irresistível do transcendente e do absoluto. Estamos de volta à proposição de Spinoza de que o homem liberado pensa sobre a morte, mas sua meditação é sobre a vida.

A transformação começa nesse ponto, aí onde não há esperança. O desespero produz o grito de salvação, para o qual a esperança seria otimista e confiante demais. Não foi com uma voz de esperança que Jesus disse: "*Eli, Eli, lama sabachthani?*" O grito na cruz é o arquétipo de todo pedido de socorro. Ele traduz a angústia de traição, sacrifício e solidão. Não resta mais nada, nem mesmo Deus. Minha única certeza é meu próprio sofrimento, que imploro me seja aliviado pela morte. Uma consciência animal do sofrimento e uma identificação completa com ele constituem a matéria humilhante da transformação. O desespero introduz a experiência da morte e é, ao mesmo tempo, o requisito para a ressurreição. A vida como era antes, o *status quo* ante, morreu quando nasceu o desespero. Há apenas o momento, tal como ele é – o germe do que quer que vá nascer – se pudermos esperar. A espera é tudo e a espera é conjunta.

Esta ênfase na experiência, essa lealdade à alma, a desapaixonada objetividade científica em relação a seus fenômenos e essa confirmação da relação analítica podem liberar a transformação que a alma vinha buscan-

do. Ela pode chegar apenas no último minuto. Pode não chegar nunca; mas não há outro jeito.

Se ela não vier, o analista estará solitário para julgar se o suicídio foi necessário ou não. Necessário significa inevitável, tal como o acidente ou a doença. O famoso critério de Platão para um suicídio justificado aparece em *Fédon* 62, onde ele faz Sócrates dizer: "...há razão para se dizer que um homem deveria esperar e não tirar sua própria vida até que Deus o convoque..." Até aqui, esta "convocação" (traduzida de vários modos como "necessidade", "compulsão") era sempre tomada como um evento externo, algo que vem como uma circunstância funesta (derrota, acidente, doença, catástrofe). Não poderia, entretanto, a necessidade ser também da alma? Se um analista permitiu a experiência da morte *até seu extremo* e, ainda assim, a alma insiste na morte orgânica através do suicídio, não poderia também isto ser considerado uma necessidade inevitável, uma convocação de Deus?

Ultrapassar este ponto, especulando por que alguns devem adentrar a morte dessa maneira, por que Deus convoca alguns a cometerem suicídio, significa levantar questões acerca de Deus e o que Ele deseja do homem. Isto, contudo, nos levaria para o terreno da metafísica e da teologia, isto é, além das fronteiras da psicologia e deste livro.

Parte II
O DESAFIO DA ANÁLISE

"Nós, os psicoterapeutas, deveríamos ser filósofos ou médicos-filósofos – não consigo deixar de pensar assim. Aliás, já o somos..."

(C.G. Jung: *Psicoterapia e uma Filosofia de Vida* – 1942
Obras Completas – Volume 16)

"O método, em psicologia, adquire uma importância que de muito ultrapassa a que possui nas outras disciplinas: pois é ao mesmo tempo uma maneira de tornar-se, bem como um meio de descoberta... A verificação em psicologia, por isso, exige que todo passo à frente, cada hipótese conferida e confirmada deva também satisfazer os valores da alma e assim ser, ela mesma, um meio para sua realização. Assim, o que um psicólogo descobre a respeito da alma qualifica-o de uma maneira que o conhecimento científico jamais poderá qualificar o cientista. Para o cientista, sempre é possível, é de fato imperativo, que ele divorcie sua personalidade do que sabe e da matéria à qual se aplica este conhecimento: a aplicação de seu método é independente de seus efeitos sobre ele e suas investigações são conduzidas a despeito de sua personalidade e não através dela. Não é o caso do psicólogo, que ao mesmo tempo que estuda o mundo, o está igualmente criando, bem como criando a si mesmo."

(*Evangelos Christou: The Logos of the Soul*, 1963)

"Não sou um mecanismo, uma montagem de várias peças.

E não é porque o mecanismo está trabalhando mal
que estou doente.

Estou doente pelas feridas da alma, no meu ser
mais profundo

e as feridas da alma duram um longo, longo tempo; apenas
o tempo pode ajudar
e paciência e um difícil

longo, longo arrependimento, visão do engano da vida
e o libertar-se

da infundável repetição do erro

que a humanidade escolheu santificar."

(D.H. Lawrence: *Healing*)

VI MEDICINA, ANÁLISE E ALMA

Nossa discussão sobre suicídio mostrou como um analista encara o seu trabalho. Ao considerar o mais difícil de todos os problemas analíticos, focalizaram-se mais aguçadamente os desafios da análise. Esses desafios e a resposta que o analista teve de desenvolver a partir de sua própria experiência levaram inevitavelmente a formular uma *ontologia da análise*. Isto implica em que chegou o tempo, na psicoterapia, de desenvolver a raiz arquetípica da disciplina. Quando isso tiver sido feito, o termo "análise leiga" desaparecerá, porque o analista não mais será encarado nem encarar-se-á a partir de pontos-de-vista alheios ao seu. Ele não mais será um padre leigo, um médico leigo, um psicólogo leigo. Terá seu próprio terreno explorado e mapeado em todos os seus contornos.

A delimitação do campo da análise já começou a ser feita a partir de várias direções. A psiquiatria existencial está tentando moldar a psicoterapia em um novo formato. As investigações da comunicação e da semântica, da transação terapêutica, da transferência e da contra-transferência, bem como as fertilizações recíprocas atuais entre a religião e a psicoterapia, são todas abor-

dagens a novas descrições da psicoterapia e tentativas de demarcá-la, separando-a do território vizinho.

Um esforço completo, uma verdadeira ontologia da psicoterapia, dependerá de uma *ciência da alma*. Essa ciência delimitaria a natureza da realidade psíquica *per se*, distinta de conteúdos mentais, atos de comportamento, atitudes etc. Consideraria os problemas de método, bem como os de verificação e falsidade de hipóteses. Desenvolveria critérios para reconhecer a realidade psíquica e estabeleceria o que significa a verdade psicológica e o que são fatos psicológicos. Teria também que esclarecer aquelas experiências fundamentais da análise: *insight*, significado, regressão, transferência, neurose – e a própria “experiência”. Isto levaria a uma ontologia do “interior”, que ainda é inadequadamente concebido como interno ao corpo ou à cabeça, por causa da linguagem e dos pontos-de-vista emprestados de outros campos.

Este é um programa ambicioso e muito além do escopo deste livro. Exige um pensamento novo radical, pensamento este que voluntariamente deixe o terreno da ciência física, da teologia, da psicologia acadêmica, da medicina, em suma de todas as áreas menos a sua. Esta tarefa pode começar por separar o que é psique *per se* dos vários campos onde ela se manifesta. Uma vez que se pode dizer que tudo que é humano reflete alguma faceta da psique, a separação da alma, desnudando sua estrutura, seus conteúdos e funções, é uma tarefa que pode ser feita apenas depois que recusarmos os instrumentos e os parâmetros de outros campos. Esta recusa é uma necessidade premente, como demonstrou a investigação do suicídio. Todos os outros campos encaram o problema da alma a partir de um ângulo externo. Apenas a análise começa com o indivíduo. É, portanto, o primeiro instrumento a ser usado ao elaborar uma ciência da alma. Por ser o instrumento adequado, deve-se dar maior peso às conclusões que a análise já estabeleceu –

mesmo fragmentárias e paradoxais – do que às de outras áreas.

A ontologia na análise não pode ser estabelecida equiparando-se a análise com a existência e emprestando da filosofia existencial uma linguagem e um sistema estranhos de pesos e medidas. A ontologia da análise, mesmo com todas as similaridades com a filosofia, é uma *psicologia analítica*. É uma análise psicológica, uma análise da psique – e não um filosofar fenomenológico ou existencial. Uma psicologia analítica é basicamente uma ciência de processos inconscientes. Esses processos são como arroios e regatos, formando a rede daquela bacia hidrográfica principal, o *processo de individuação*, fluindo através de cada ser humano e prospectivamente moldando-o em sua própria forma, na sua caminhada em direção ao mar. Os vários processos inconscientes também podem ser entendidos como mitologemas ou fragmentos míticos, aparecendo no comportamento e nos sonhos que compõem, juntos, o mito central do processo individual de cada pessoa. A análise visa encoaxar o fluxo e ligar os fragmentos simbólicos num padrão mítico. Ao estudar esses processos, descobrimos sistema, lei, ordem e coerência. Não é meramente uma aceitação pura e simples do que quer que exista, como na *daseinanalyse*. O *dasein* da individualidade não tem nem padrão nem prospecto. Qualquer coisa serve, porque os critérios para a existência autêntica não podem ser criados apenas a partir da consciência individual. A subjetividade não é contrabalançada pela psique objetiva. Isto leva a um culto da individualidade em sua solidão existencial, ao invés da reverência por aqueles processos inconscientes fundamentais que são, ao mesmo tempo, universalmente humanos e a base para a individuação.

Para essa ciência dos processos inconscientes, é necessária uma ampla gama de conhecimento que pode ser descrito e comunicado objetivamente e usado para a

predição clínica. A investigação desses processos exige pesquisa, numa atitude de indagação científica. A ontologia, portanto, precisa ser desenvolvida em conexão com os fatos empíricos. Este não é o método da ontologia existencial, que dá pouca importância aos fatos empíricos, à investigação científica, ao inconsciente, à descrição dos processos psicológicos ou até à própria psicologia, que se tornou por isso mesmo apenas uma serva inadequada da filosofia existencial.

A mais importante contribuição para o esclarecimento da realidade psíquica foi feita por Jung, que revelou os padrões dinâmicos fundamentais da psique, por ele chamados de *arquétipos* ou órgãos da alma. Ao reivindicar a realidade psíquica como um campo objetivo, que possui leis próprias e seus próprios métodos, incorreu na oposição das ortodoxias da medicina, teologia e psicologia acadêmica. Também elas reivindicam direitos sobre a psique. A psicoterapia começou dentro do terreno da medicina e a teologia considera a alma humana como uma de suas províncias. Jung parecia estar retirando o chão de sob os pés delas ao descrever os processos e conteúdos psíquicos que já tinham mapeado e nomeado. Para elas, o analista estava invadindo seus territórios e era apenas um leigo.

Jung teve coragem de manter-se firme. Defendeu a alma como a realidade humana primordial. Não emprestou nenhuma metáfora básica da biologia ou sociologia, com a ênfase na espécie ou no grupo, mas, ao demonstrar a capacidade de autotransformação da personalidade humana em direção à individualidade, colocou-se categoricamente a favor do individual. Deu ouvidos a seus pacientes; acreditou em suas almas. Quando temos coragem de nos bater por nossa própria experiência, começamos a fornecer um ser real à alma, aperfeiçoando, conseqüentemente, a ontologia que ainda não está construída. Esta é a única maneira pela qual ela pode ser construída. *Depende de cada indivíduo em análise*

sustentar sua experiência – seus sintomas, seu sofrimento e neurose, bem como as realizações invisíveis, positivas – face a um mundo que não dá crédito a essas coisas. Apenas quando cada um de nós tiver a coragem de tomar a alma como a realidade primeira em nossas vidas, lutar por ela e não apenas “acreditar” nela, poderá ela tornar-se uma realidade novamente.

Para construir uma ontologia da psicologia, não precisamos esperar por um gênio com capacidade de síntese para construir um sistema unificado, no qual todos os praticantes encontrem seus nichos. Esta abordagem eclética foi tentada durante anos, gerando apenas novas escolas e novos debates. a ontologia psicológica está sendo construída pelos analistas existencialmente, dentro de si mesmos, por cada um de nós sustentando sua própria base, estando onde está, permanecendo no processo analítico. “Estar no processo”, como tendem alguns junguianos a chamar sua experiência de análise, é uma frase que descreve um estado especial de ser e, por isso, uma posição ontológica. Pode ser comparada com aqueles estados de “estar dentro” do pintor ou escritor e também “estar apaixonado”. “Estar em análise”, para um analisando, carrega essa espécie de significado. Ele vivencia a si mesmo fundamentalmente – ontologicamente – como separado dos outros que não estão em análise, do mesmo modo que “estar apaixonado” afasta os amantes do normal. Para alcançar essa posição, não precisamos dar um salto ontológico em direção a um novo tipo de ser, mas apenas sustentar nossas diferenças experienciais individuais, aqueles vislumbres de individualidade.

Antes de a obra de Jung poder ser levada adiante pelos analistas – e eles devem fazer o trabalho, uma vez que seu pensamento será sempre o mais próximo dos fatos da experiência – terão que se livrar dos ranços da teologia, psicologia acadêmica e, especialmente, medicina, que ainda atravancam o campo e que são falsos

demarcadores para uma psicologia analítica. Um desses ranços é o próprio termo "análise leiga" que este livro está tentando rejeitar. *Este trabalho também tenta limpar o terreno, contestando cada centímetro das reivindicações da teologia, da psicologia acadêmica e da medicina sobre a análise.* Não é tanto para atacar como para liberar território ocupado, de modo que a ontologia para a psicoterapia possa um dia ser construída em suas próprias bases. Nossa batalha é pela análise, o ponto-de-vista do analista e a metáfora básica da alma da qual se origina este ponto-de-vista. Apenas onde o ponto-de-vista esteja obstruído por ranços de perspectivas antigas – especialmente médicas, psiquiátricas, freudianas – é que será necessário demolir.

Velhas oposições entre ciência e religião, como no tempo de Shaw, ou a mais atrasada de duas culturas, como na época de Snow, não são mais oposições reais. A nova, a verdadeira oposição nessa geração é entre a alma e tudo que a aniquila ou compra, entre a análise e todas as posições oficiais da medicina, teologia e da psicologia acadêmica, que usurpam seus direitos, entre o analista e todos os outros. O suicídio é o tema que põe a nu este conflito.

Não adianta tomar nenhuma das posições em uso atualmente. Estamos todos tão doentes, estivemos por tanto tempo à beira de um suicídio coletivo e estamos, de tal modo, tateando em busca de soluções pessoais para vastos problemas coletivos, que hoje em dia, mais do que nunca, tudo vale. As cercas foram derrubadas: a medicina não mais é prerrogativa do médico, a morte, dos idosos e a teologia, dos ordenados.

Naturalmente, o próprio médico tem uma alma e, como curador entre os que sofrem, defronta-se com ela talvez como nenhum outro; mas a medicina moderna a exclui de seus ensinamentos, exigindo que o médico atue como se não tivesse alma e como se o paciente fosse

basicamente um corpo. A medicina moderna cinde o médico de sua própria alma. Pode acreditar nela e segui-la em sua própria vida, ao passo que age em sua profissão como se ela não existisse. Está desvinculado de suas raízes autênticas na medicina de Asclépio e a pendência entre a medicina e a análise nada mais é do que uma reafirmação do conflito entre a cura hipocrática e esculápica. O treinamento médico atualmente previne de tal modo o estudante contra o *background* psicológico da medicina que todas as virtudes da abordagem hipocrática são sobrepujadas por suas desvantagens de unilateralidade. Pelo fato de o médico tender tanto para um lado, o analista é obrigado a ir para o outro extremo. Este lamentável fato confunde, de maneira ainda mais forte, a posição médica no próprio inconsciente do analista, a ponto de, às vezes, ele não saber mais de onde surge a distorção: da medicina moderna e seus partidários ou de sua própria sombra médica e do *background* da análise do século dezanove. Assim como a análise não médica fica sob a sombra da medicina, sendo classificada de leiga, também a medicina sofre as projeções de sombra da análise.

Isto dificilmente conduz a uma discussão equilibrada; mas talvez assim seja melhor, já que o equilíbrio nos afasta dos limites. E é para o limite que temos de ir no estudo do suicídio. É a beira do abismo que evoca o *cri de coeur* que ressoa por trás de cada apresentação equilibrada. O que foi feito à alma por seus pastores e médicos em nome da "saúde mental", "prevenção do suicídio", "psicoterapia dinâmica", "aconselhamento pastoral" e "pesquisas" exige uma resposta à altura e isto não pode ser equilibrado.

A análise pertence aos analistas; apenas aquilo que pensam sobre seu trabalho é válido e apenas seus critérios para psicoterapia e treinamento devem ser aceitos. Todos os outros – médicos, clérigos, psiquiatras, psicólogos acadêmicos, filósofos existencialistas, soció-

logos - são leigos, até terem abandonado as velhas posições de suas profissões e tomarem, em primeiro lugar, o partido da alma. Infelizmente, porque tantos analistas ainda preferem o estilo aceito das velhas estruturas de onde provêm, constroem suas novas academias da mesma maneira. Continuam com suas idéias médicas e suas descrições baseadas nas ciências naturais, no materialismo e na causalidade. Ou abandonam completamente o espírito científico em súbitas ondas de existencialismo germânico ou zen japoneses.

Nossa primeira tarefa, por isso, é falar a analistas sobre a análise, apontar em que sentido os analistas podem diferir da medicina e, de fato, o fazem; mostrar como, na realidade, não mais clinicam, pensam ou se sentem como seus colegas médicos, embora tenham muitas afinidades com a noção tradicional deles. À medida que formos prosseguindo, capítulo a capítulo, estaremos contrastando um ponto-de-vista médico a um analítico, procurando, acima de tudo, demonstrar como é importante que a prática da psicoterapia deixe para trás seu fundamento médico e firme-se em seus próprios pés.

O primeiro a reconhecer que a medicina não era fundamento nem suficiente nem necessário para a prática da análise foi Freud. Num certo sentido, então, nossa preocupação em separar a medicina da análise, nesta segunda parte do livro, é uma continuação de seu ensaio "*A Questão da Análise Leiga*".

Freud logo viu que a medicina tinha que ser, em parte, abandonada. Disse que em psicoterapia talvez "os pacientes não sejam como os outros, os leigos talvez não sejam realmente leigos e os médicos talvez não tenham as mesmas qualidades que se esperaria deles". O analista não examina seus pacientes fisicamente; não se usam tratamentos físicos; encaminham-se os pacientes no caso de moléstias orgânicas; não existe equipamento

médico no consultório; não existe roupa branca ou malinha preta. Que tipo de "doutor" é este que não está interessado em medicina, em etiologia e diagnóstico, em prescrição, nem ao menos em alívio ou cura?

Já se passou uma geração desde as argumentações de Freud e as acaloradas discussões sobre análise leiga na década de 20. A mudança nos tipos de paciente, de lá para cá, acrescentou ainda mais peso à posição de Freud. Hoje em dia, o analista vê mais "desordens de personalidade" nos que vêm para "análise de caráter" do que nos que vêm para alívio de sintomas. A análise afastou-se ainda mais da terapia médica dos sintomas e aproximou-se da psicologia do indivíduo como um todo.

Desistir dos métodos médicos de consultório abandona apenas postos insignificantes; a principal posição médica foi mantida. Continua a orientar outras técnicas da mesma maneira médica, tendendo a dar à análise uma distorção patológica em relação às coisas da alma. O perigo que a medicina representa para a análise vem menos de suas fraquezas do que de sua força, isto é, de seu materialismo coerentemente racional. Também o conhecimento obtido na faculdade de medicina, a maior parte do qual Freud considerava tão inútil para a análise, é menos o problema (uma vez que o aprendizado acadêmico, em qualquer campo, exige um acúmulo de irrelevâncias) do que o modelo do pensamento médico, sua *weltanschauung*. Freud tinha fortes preferências por analistas leigos e numa carta escrita mais ou menos um ano antes de morrer reafirmou seus argumentos: "...insisto neles ainda mais enfaticamente do que antes, face à tendência americana de transformar a psicanálise em mera serva da psiquiatria" (Jones, p. 323).

A terapia freudiana, entretanto, ainda representa, de modo geral, o ponto-de-vista médico. Os temores de Freud confirmaram-se: a análise freudiana tornou-se a

serva da psiquiatria. A abordagem psicodinâmica eclética moderna do psiquiatra tradicional é o espírito aguado de Freud. É uma bebida popular que pode ser mantida sem perigo em qualquer vaso de barro simples. Assim, o psiquiatra comum é poupado do esforço de refinar sua personalidade na retorta destiladora de uma análise profunda, além de uma breve catarse para limpar o inconsciente durante a residência psiquiátrica.

A maior parte dos seguidores de Freud rejeitou tanto suas posições sobre a análise leiga quanto sobre o instinto de morte, o que mostra que a terapia freudiana continua uma disciplina médica. Ao negar a posição de Freud nessas questões cruciais, a terapia freudiana torna-se medicamente aceitável. Os freudianos realmente têm de ir contra o mestre com a ênfase repetida que conferem a um diploma médico para o treinamento analítico, uma vez que a metáfora básica que informa suas atitudes não difere daquela da medicina.

Será necessário manter o pensamento médico para ser científico, ser empírico? A ciência é uma atitude da mente, exigindo reflexão, honestidade conscienciosa e um intercâmbio ordenado e vivo entre os fatos e as idéias. Os analistas podem continuar a ser cientistas na acepção básica da palavra – e cientistas empíricos – mesmo sem recorrer à medicina. Jung, algumas vezes, confundiu-se nesse ponto. Quando atacado por causa de uma “especulação não científica”, recuava para a postura de “psicólogo médico”. “Médico” para ele, nessas ocasiões, significava “empírico”. Desenvolvera suas idéias mantendo-se junto dos fatos empíricos que a ele se apresentavam em sua clínica. Não é necessário, porém, ser médico para manter-se em contato com os fatos que surgem no consultório ou para preocupar-se com o bem-estar das pessoas sob sua guarda.

Se Freud tivesse ido mais além com a questão da análise leiga, teria sido levado a afastar-se completa-

mente da posição médica e não se teria contentado apenas em demonstrar que o treinamento médico é desnecessário e insuficiente para a análise. *Se o treinamento médico não preenche as condições para a análise, então, a análise deve ser algo diferente da medicina.* É duvidoso que Freud tivesse podido ir até o fim com esta linha de raciocínio, porque não era mais um jovem e ainda estava encapsulado em sua própria mentalidade médica do século dezenove. (Seus professores, afinal de contas, nasceram na primeira metade do século passado.) Ir até o fim nessa linha de raciocínio e ir até o fim em psicoterapia conduz a questões de morte. Aqui, também, Freud manteve uma perspectiva intimamente ligada às ciências naturais, demonstrada por seu princípio de Tãtatos, um instinto de morte oposto à vida. Este princípio, para os freudianos, carrega tantos lados negativos da natureza humana que, quando Freud afirma que “a meta da vida é a morte”, isto é a afirmativa pessimista de um cientista natural que é levado pela rede de seu sistema a combater a morte em nome da vida. A base fundamental da abordagem médica à análise será sempre pessimista, uma vez que não importa o que façamos, ao final a vida é conquistada pela morte e a realidade física é sempre primária à realidade psíquica.

A afirmativa, contudo, não precisa ser pessimista. Ir até o fim em análise significa encarar a frase “a meta da vida é a morte”, de uma maneira totalmente diferente. Significa tomar esta proposição como a base lógica para uma ontologia da análise. Ir até o fim em análise significa ir até a morte e começar a partir daí. Se a morte é a meta da vida, então a morte é mais básica do que a própria vida. Se é preciso escolher entre as duas, então a vida deve ceder a seu objetivo. A realidade física, que é limitada apenas à vida, precisa ceder a primazia à realidade psíquica, uma vez que a realidade da alma inclui tanto a vida quanto a morte. O paradoxo da alma é que, a despeito de sua velha definição como princípio

vital, está sempre também do lado da morte. É um dado de abertura para o que está além da vida. Funciona plenamente além de questões de saúde física e vida. Encontramos esta misteriosa peculiaridade da alma nas imagens e emoções de toda análise, onde as mais importantes preocupações da alma envolvem a morte. A realidade da psique parece atrair-nos para um absoluto indescritível e irracional, que chamamos de "morte". *Quanto mais tomamos a alma como real, mais nos preocupamos com a morte.* O desenvolvimento da alma é em direção à morte e através da morte, exigindo experiências de morte, como vimos. Este envolvimento *a priori* da alma com a morte foi chamado, na linguagem filosófica e religiosa, a transcendência e imortalidade da alma.

Um analista pode, por isso, ir até o fim em psicoterapia, quando sustenta a realidade da psique. Pode fazer face ao risco do suicídio sem lutar, sem ação médica. Pode abandonar a própria base da medicina, a luta pela vida física, porque abandonou a posição ontológica do materialismo e naturalismo científicos, que dizem que a realidade física é a única realidade. Agora, então, é preciso abandonar igualmente o *background* atitudinal da medicina, contra o qual até agora foi julgado o trabalho do analista e pelo qual foi oprimido e desvalorizado. Falaremos um pouco deste *background* nos capítulos seguintes.

VII UMA QUESTÃO DE PALAVRAS

A prática da análise não está claramente dividida entre análise médica e leiga. Na mente do público, uma gama enorme de profissionais são identificados com os analistas: psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas de grupo, conselheiros pastorais, curadores, psicólogos clínicos e muitos outros. O público sabe pouco sobre análise e sobre o tipo de treinamento necessário para sua prática. Os que estiveram num psiquiatra, psicoterapeuta ou psicanalista imaginam que toda psicoterapia é mais ou menos igual àquela que conheceram, qualquer que seja ela.

O requisito primordial para a prática da análise sempre foi muito simples. O analista deve analisar-se antes de analisar os outros. Esta era a premissa original de Freud e Jung, que é mantida pelos freudianos e junguianos genuínos atualmente. É chamada de análise didática reconhecida e inclui igualmente o estudo do inconsciente. Quantas horas de análise um analista teve, se tem ou não um diploma médico, se é ou não reconhecido por seus colegas, se tem ou não um diploma com validade legal ou se é ou não formado por um instituto analítico, todas essas questões são secundárias

em relação ao primeiro critério: *o analista tem que ter sido analisado antes de analisar outras pessoas*. Este é tanto um treinamento básico como um teste da vocação. O analista pode então encarar os que não foram analisados – não importa quais sejam suas credenciais acadêmicas e anos de experiência clínica – como leigos. Naturalmente, ele tende a favorecer aqueles cuja análise foi longa e completa e com um mestre reconhecido, que realizou análise de controle sob supervisão e que se tenha diplomado em um instituto de treinamento.

O público tende a embaralhar todos os que têm ligação com a psicoterapia, geralmente não se dando conta de que *a maior parte dos psiquiatras nunca foram analisados* e que a análise não é parte obrigatória de seu treinamento. Naturalmente, muitos outros psiquiatras, por terem preenchido os requisitos analíticos, são analistas bem como psiquiatras. Os psiquiatras receberam primeiro treinamento em medicina, depois em clínicas com pacientes internados para quem, na maior parte das vezes, prescrevem-se métodos físicos de tratamento. Os analistas, por outro lado, trabalham com pacientes de ambulatório e usam métodos psicológicos. Alguns psiquiatras mudam da clínica para o consultório particular apenas na base de sua experiência com os outros, sem terem, eles mesmos, se submetido a uma análise. Para um analista, este tipo de psiquiatra – se ele praticar a análise – é um analista leigo, embora seja um médico formado, com especialização em psiquiatria.

O mesmo se aplica aos psicólogos. Um psicólogo formado em universidades que conferem o título de Ph.D. pode ou não ter sido analisado, pode ou não pertencer a uma sociedade de analistas reconhecida profissionalmente. Alguns praticam a análise na base do que aprenderam para seus requisitos profissionais. Este aprendizado acadêmico de campo, tais como métodos estatísticos, processos de consciência associados ao sistema nervoso, experimentos de laboratório com compor-

tamento animal, testes psicológicos e aconselhamento em clínicas mentais é relevante apenas para a psicologia geral. Também esses psicólogos permanecem leigos se forem analisar, sem o treinamento psicológico específico, obtido através de análise pessoal.

O termo “análise leiga” também é empregado pelos analistas em outro sentido. Isto é o que costumava ser chamado por Freud de “*wilde Analyse*”. A profissão de analista é organizada em diferentes sociedades locais e internacionais e segue diferentes escolas de pensamento. A despeito de todas as diferenças, a profissão de analista tem certos requisitos para a admissão. Se alguém não tiver se submetido à análise por tempo suficiente, ou se não o fez com um analista reconhecido, ou se não tiver as credenciais acadêmicas corretas para aquela sociedade, ou se não tiver diploma pelo fato de suas credenciais serem estrangeiras, ou não pertinentes aos campos estipulados por lei etc., etc., e, mesmo assim, praticar a análise, teremos então, novamente, um analista “leigo”.

Hoje em dia, entretanto, *a questão da análise leiga é apresentada sobretudo do ponto-de-vista da medicina*. O próprio termo “leigo” é pejorativo, quando vem do lado médico. Divide a análise em dois tipos: médica e não-médica. O argumento médico estrito diz o seguinte: a análise é uma especialização da psiquiatria e a psiquiatria é uma especialização da medicina; logo, o analista é um médico especializado. A análise é um tratamento terapêutico que lida com a psicopatologia. Todos os tratamentos desse tipo pertencem inteira e unicamente à profissão médica, sendo apenas ela a que tem autoridade própria, conferida por lei para realizar tratamento terapêutico. Quem pratica análise está praticando a medicina; quem quer que pratique a medicina sem um diploma médico é não apenas leigo, mas charlatão.

Esta posição extremada normalmente não é expressa tão claramente. Entretanto, precisa ser declarada, por ter tão grande influência sobre a análise. Ela afeta a posição profissional do analista não-médico. Algumas vezes, um analista tem de trabalhar subordinado a um psiquiatra, que nunca foi analisado ou estudou o inconsciente; ou, pior ainda, pode simplesmente ser proibido por lei de praticar sua profissão.

Bem mais sério é o efeito que a posição médica teve sobre o pensamento e a prática de todos os analistas, médicos e não-médicos. A tese de que a análise é uma especialização da psiquiatria e a psiquiatria é uma especialização da medicina sutilmente solapa o analista por dentro, através de suas próprias atitudes. Acredita que está trabalhando dentro de uma disciplina médica. Assim, tende a conceber seus problemas e formular suas respostas de uma maneira médica, o que o leva a considerar-se leigo. Adota a posição médica sem sabê-lo. Não percebe o raciocínio capcioso dela, pois somente a análise se dedica completamente aos problemas da psique. Seu material, métodos e metas são todos psicológicos. É a única disciplina que investiga a psique em seu ambiente natural, isto é, dentro de um relacionamento; *pois a melhor definição de análise é simplesmente o estudo, dentro de um relacionamento, de eventos psicológicos inconscientes com o propósito de realizá-los conscientemente*. A psiquiatria é apenas uma abordagem a esses eventos e esta abordagem é limitada por sua base médica. Até que o analista se tenha livrado desses modelos inautênticos de pensamento, jamais estará à altura de construir sua disciplina à sua própria moda.

Mais ainda, se não permanecer inteiramente com a alma, estará traindo sua vocação e seu analisando.

Tem-se usado o argumento de que, pelo fato de a análise ter começado dentro da medicina, a ela pertence. Freud e Jung eram médicos, o primeiro um especialista

em neurologia e o outro, em psiquiatria. A análise começou dentro da medicina e foi descoberta por médicos simplesmente porque foram eles os únicos a dar ouvidos à psicopatologia, ao sofrimento da alma. Depois de Darwin ter desenterrado os ancestrais símios do homem e Nietzsche ter anunciado a morte de Deus, e depois do materialismo racional do século dezenove, a alma correu em busca de socorro no consultório do psiquiatra. A psique alienara-se do mundo a seu redor, pois este mundo perdera a alma. Freud escutou suas pacientes histéricas, como Jung o fez com os esquizofrênicos. Encontraram significado e por isso redescobriram a alma no lugar onde era menos de se esperar – dentre os doentes e insanos. Embora aí reencontrada, é questionável saber se a alma e seus sofrimentos devam permanecer para sempre como reduto da medicina.

Em outras palavras, os que estão em busca percebem que sua busca os conduz, a certa altura, a um analista. Podemos ridicularizar esta moda de “ver um analista”, mas ela permanece um fato psicológico. A religião e a medicina, então como agora, são sadias demais para oferecer qualquer coisa eficaz à alma *in extremis* e é *in extremis*, nos sofrimentos e sintomas radicados no inconsciente, que começamos, em primeiro lugar, a sentir a alma. A alma foi lá enterrada e deseja ajuda *psicológica*, ajuda em sua própria língua. Uma pessoa busca alguém preocupado com a psique enquanto tal, um especialista da alma – não um médico ou um padre, nem mesmo um amigo. Os analistas não pediram para ser padres ou médicos e tomara houvesse mais amigos sábios e verdadeiros amantes! A análise foi forçada a ocupar essa posição porque ninguém mais queria nada com a psique, *per se*. A análise começou lá onde a alma permanecia na escuridão e os analistas, assim, tornaram-se especialistas em escuridão. Permaneceram fiéis ao inconsciente e ao reprimido e seu trabalho era o da mão esquerda, sinistro, impostor, não acadêmico, amante do diabo. A

partir dessa posição extrema, porém, o analista pôde encontrar a alma que também fora exilada à vida *in extremis*.

Originalmente, a medicina tinha outra abordagem. Evidencia-se isto pelos significados básicos das palavras para médico. Veremos por meio de uma investigação dessas palavras que, à medida que a medicina afastou-se da antiga abordagem e tomou, cada vez mais, o ponto-de-vista das ciências naturais, os aspectos deixados vagos começaram a ser ocupados pelo analista.

A palavra inglesa para médico, "physician", bem como "física", vêm da palavra grega para natureza, *physis*. A raiz da palavra é *bhu* que significa crescer, produzir. Da mesma raiz vem "To be" = "ser" (verbo) e "being" = "ser" (substantivo). O médico ("physician") era originalmente aquele que estudava a natureza. Era um filósofo preocupado com a natureza do ser, ou ontologia, bem como com o ser da natureza. Aprendia sobre a natureza através de seu estudo do homem, que era sempre o homem inteiro, não apenas sua natureza concebida como matéria. Isto ocorria quando o homem e a natureza ainda não tinham sido divididos e antes que a natureza se tornasse idêntica à matéria; mas, desde o século dezessete, a física assumiu a filosofia da natureza e o médico recorre à física em busca de seu modelo supremo da natureza humana e de métodos para lidar com ela. Ao aproximar-se das ciências naturais, afastou-se da natureza do homem. Isto resultou tanto nas grandes conquistas da medicina moderna quanto nas enormes dificuldades do médico moderno em compreender, em seus pacientes, aquilo que não pode ser explicado pela ciência racional.

"Doutor" vem do latim *docere* = ensinar. É cognata de *ducere* = conduzir e *educare* = educar. Um animal "dócil" é facilmente instruído; um "documento" (*documentum*) é uma lição, assim como uma "doutrina" (*doc-*

trina) é o conteúdo de um ensinamento, uma ciência. Os homens chamados na tradição católica de "Doutores da Igreja" foram os grandes teólogos e filósofos. Os únicos médicos que faziam jus ao título de Doutor nas faculdades médicas medievais eram os que ensinavam, como o fazem hoje em dia os *Dozent* nas faculdades de língua germânica. Isto implica em que aquele que ostenta o título de doutor deva ser um homem de estudo, saber e pesquisa, com a habilidade de ensinar outrem. É curioso constatar que este título atualmente seja tão exclusivo do que pratica a medicina.

As palavras "medicina" e "médico" (*médecin* significa médico em francês) vêm novamente do latim. *Medicus* é próximo do verbo latino *mederi* = cuidar; e também de "medicação" e "remédio". Aprofundando-nos, encontramos novamente um aspecto filosófico. *Mederi* = cuidar é cognata de *medeteri* = meditação, reflexão. Têm sua raiz no antigo iraniano *vi-mad* = considerar, apreciar, medir, que são todos atos de consciência reflexiva. Comparável é o gaélico *midiur* = julgar e *med* = balança. Como apontam Prince e Layard, *med*, com o significado de balança, é o fulcro ou ponto mediano (*medius*) que mantém os opostos juntos ao dividi-los (*mediare*).

Pode-se interpretar que o cuidado e a cura que a medicina oferece ligam-se à meditação, com um profundo pensamento reflexivo. "Medida" e "balança" ultrapassam seu sentido farmacêutico. O *medicus* toma a medida de si mesmo, além de medir a febre e a dosagem. Precisa consultar-se, a fim de dar uma consulta adequada ao paciente. Cuidado e remédio são mais do que eventos produzidos através de uma medicação externa. A medicação é, de fato, meditação que exige consciência do médico. A ponderação da teoria é tão necessária como a prática; a consulta consigo mesmo, tão frutífera como consultas com colegas. A meditação é *theoria*, aquela atividade contemplativa e visionária da vida religiosa. Em suma, "medicina" leva à auto-análise.

A palavra grega *therapeia* também se refere a cuidar. A raiz é *dher* que significa carregar, sustentar, conter e relaciona-se com *dharma*, o sânscrito significando "hábito" e "costume" como "o que carrega". O terapeuta é o que carrega e cuida como faz o empregado (grego = *theraps, therapon*). Ele é também alguém sobre quem se apoiar, em quem se segurar, e por quem se é sustentado, porque *dher* é também raiz de *thronos* = trono, lugar, cadeira. Tocamos aqui numa raiz etimológica do relacionamento analítico. A cadeira do terapeuta é, de fato, um poderoso trono, constelando dependência e projeções numinosas; mas o analisando também tem sua cadeira e o analista é, ao mesmo tempo, servo e apoio do analisando. Ambos estão emocionalmente envolvidos e a dependência é mútua. Esta dependência, contudo, não é pessoal, um dependendo do outro. É, antes, uma dependência da psique objetiva, a quem ambos servem juntos no processo terapêutico. Ao conduzir, ao prestar uma cuidadosa atenção e cuidar devotadamente da psique, o analista traduz para a vida o sentido da palavra "psicoterapia". O psicoterapeuta é literalmente o *criado da alma*.

Vale a pena notar que a palavra terapia quase desapareceu do vocabulário médico. Aparece mais nas profissões não médicas: psicoterapia, terapia-de-grupo, fisioterapia, terapia ocupacional, ludoterapia etc. Nessas, os aspectos emocionais, tais como cuidado amoroso e preocupação recíproca, são primários; ao passo que na medicina foram substituídos por procedimentos mais intelectuais, tais como diagnóstico, farmacologia e cirurgia.

Ao mesmo tempo que o médico se afastou deste sentido de terapia, está agora mais próximo da primeira palavra grega para médico – *iatros*. A origem de *iatros* é dúbia, mas há opiniões abalizadas que dizem que significa aquele que "re-aquece"; o *iatros* é aquele que anima e re-anima, que luta contra a fria morte. *Iatros* parece

estar próximo de *ira*, o conceito latino para raiva, agressão, espírito de vontade, de poder, cólera, ira, irascibilidade. "Psiquiatra", assim, seria o animador ou inspirador da psique; traz de volta o calor e o humor por estimulação e excitação. O eletrochoque e outros estímulos externos são expressões modernas e concretas dessa idéia antiga.

Há outras maneiras de animar, reanimar e inspirar. A vivificação pode ocorrer também através de um envolvimento emocional com o paciente no processo terapêutico. Aqui, o médico recorre a seu próprio espírito e alma (anima) a fim de trazer calor e vida ao paciente. Infelizmente, vezes sem conta seu uniforme branco, seu equipamento esterilizado, a atmosfera médica em geral, impedem esse envolvimento emocional. Infelizmente, também, a atitude médica impediu muitos analistas de mostrar seu espírito e temperamento por medo de que fosse "sugestão" ou "conselho" e portanto não científico. Se pudermos julgar a partir dessa raiz *iatros*, é tarefa do curador inspirar, animar e despertar emoção. Quando o analista faz isto, pode, na realidade, ser mais semelhante ao médico na velha acepção do termo do que o é seu frio colega médico.

O envolvimento emocional com o paciente aparece em outras palavras européias para médico: *läkare* (sueco), *lekarz* (polonês), *lekar* (sêrvio e outras línguas eslavas similares). O radical desses termos é o mesmo que é encontrado no termo latino *loqui*, falar, do qual temos "eloquência" e "loquaz". Afiliados através do mesmo radical são, ao mesmo tempo, o discurso racional do grego *lekein* e a voz afetiva da natureza animal de *laskein* (chorar), do lituano *loti* (uivar) e do latino *latrare* (ladrar). A tarefa do médico era, de acordo com essas raízes, semelhante à do feiticeiro. O nível afetivo de tratamento através de palavras mágicas, oração e lamento ajudava o médico primitivo a expulsar os demônios. Participava com sua voz e *falava a partir de níveis abaixo do conhe-*

cimento racional. Chegava mesmo a deixar os mesmos demônios possuírem-no, tomando a doença do paciente como sua própria.

De todas essas derivações lingüísticas, a mudança de significado que sofreu a palavra "patologia" é das mais reveladoras. Literalmente, patologia significa o *logos do pathos*, cuja melhor tradução talvez seja o estudo do sofrimento. A raiz indo-germânica de pathos é spa, que se encontra na palavra alemã moderna *spannen, spannung* = prolongado, estirado, como a tensão de uma corda de arco. Da mesma raiz vem "paciente" e "paciência". Ambos têm grande capacidade de suportar e, como diziam os alquimistas, "em sua paciência está sua alma". A erradicação da patologia no sentido moderno de acabar com a doença, quando aplicada à psique, significa igualmente acabar com a tensão e com o sofrimento, com a paciência para suportar e, no final das contas, com a alma.

Que os pacientes do médico ponham à prova sua paciência é mais do que um trocadilho gasto. Em sua paciência está sua alma e em seus pacientes está a alma da medicina. A maneira como o médico atende seus pacientes, compreende sua patologia, tolera sofrimento e tensão e doma seu *furor agendi* revela a sua própria paciência e profundidade de alma.

O objetivo dessa digressão foi apontar para um outro lado das palavras básicas na profissão médica. Este outro lado, mais antigo, é, por um lado, filosófico e, por outro, emocional. Aponta para a meditação e um tipo de participação emocional, ambas transcendendo a perspectiva muito estreitamente intelectual do médico como cientista natural. Este outro lado aproxima-se da atitude do analista, que investiga a natureza, ao compreender o homem. Até que o médico tenha encontrado seu caminho de volta ao ponto-de-vista mais antigo e mais integrado de sua vocação, não deveria haver uma

prerrogativa médica sobre palavras tais como "terapia", "doutor", "paciente" etc., nem deveria a opinião médica sobre quem é leigo ou não em psicoterapia ser considerada válida.

VIII O CURADOR COMO HERÓI

Indaguemo-nos por que, da perspectiva da medicina, o suicídio deva ser evitado, a doença combatida e a morte adiada. Haverá uma metáfora básica, uma atitude arquetípica que molde o ponto-de-vista médico e guie sua atividade? Já falamos dessa atitude como um terror da morte e encontramos sinais dela afetando o trabalho do médico nos bastidores, através de seu inconsciente. É provável que este terror corresponda a uma visão arquetípica na psique, não apenas da morte, mas da inconsciência.

Uma metáfora que combina o terror da inconsciência com o terror da morte pode ser encontrada no simbolismo arquetípico da Grande Mãe. Até as representações masculinas da morte (confira Herzog) têm normalmente um tom escuro e terroso, afiliado com uma Deusa devoradora e onipotente. O inimigo da morte é o herói representante da luz, do ar e do céu, um Deus solar, o princípio da consciência.

Quanto mais materialisticamente tomarmos a visão da morte na psique, mais concreta será a arma do herói e mais fisicamente visível será o princípio da consciência. Quando se concebe a morte apenas como morte

orgânica material, então, o princípio de consciência precisa ser conduzido por alguém que enfrente o desafio fisicamente, a nível orgânico. Por isso, o principal símbolo da imagem do combatente da morte, atualmente, é o médico. O princípio da consciência, de luz, ar e céu foi materializado em seu brilho cirúrgico e em seus instrumentos farmacêuticos iridescentes, esterilizados pelo fogo e pelo espírito de todas as impurezas ctônicas.

O médico deriva seu poder deste arquétipo. Não é seu conhecimento que lhe dá o manto de herói, pois o médico sabe fundamentalmente pouco mais do que os outros sobre a vida e a morte, como muitos velhos peritos médicos admitirão prontamente, e como muitos pacientes curiosos e jovens recém-formados descobriam, amargamente. Nem tampouco são sua devoção e sacrifício que lhe dão a aura de herói. Outros, até mineiros de carvão, têm códigos de lealdade e correm iguais riscos sem serem enobrecidos por essa imagem. O médico é numinoso porque é o primeiro dentre os combatentes contra a morte escura. A luta contra a escuridão é talvez a primeira tarefa humana; e a batalha contra o dragão regressivo da inconsciência, as "garras da morte", repete-se cada vez que o médico engessa e enfaixa ou faz uma prescrição.

Por isso, o médico precisa tratar. Acima de tudo *ele precisa fazer alguma coisa*. Se não fizesse nada, absolutamente nada, cruzaria os braços diante da morte e despir-se-ia de seu papel arquetípico. É esse papel que o tornou eficaz antes de mais nada. Qualquer passividade de sua parte torna-se uma espécie de suicídio. Para ele, uma regressão terapêutica é uma contradição de termos. Curar precisa ser um avanço, um ataque contra os poderes da escuridão. Deve lutar contra a morte nos outros e manter o mito em andamento em si mesmo. Pouco importa o que faça, contanto que possa constelar a imagem do salvador, o que mantém a morte à distância só um pouquinho mais. Curar significa tratar.

Experimentos com placebos, tratamentos variados e algumas vezes contrários para certas condições e as diferentes escolas de medicina (ocidental ortodoxa, acupuntura chinesa, charlatanismo, remédios caseiros, feitiçaria, homeopatia, cura pela fé, endireitador de ossos, ciência cristã, banhos e águas medicinais, cura não-ortodoxa etc.), todos demonstram que não é absolutamente o que o médico faz o que importa, mas *o ato de fazer*. Isto não significa que o grande aparato da medicina ortodoxa seja inútil e que se poderia igualmente prescrever sanguessugas e ventosas. Não é este o ponto em questão. Obviamente, dentro do sistema de operações que a medicina ocidental usa, atualmente, certos tratamentos são preferíveis. Obviamente, a medicina científica é eficaz. *A questão, na verdade, é que, inserido no sistema de operações de qualquer escola de cura, há o arquétipo do curador. É este arquétipo do curador que confere ao médico sua numinosidade e torna efetivo seu tratamento. Em outras palavras, a cura está tanto no curador como na medicina.*

O arquétipo do curador foi concebido de modo muito estreito. Particularmente estreita é a perspectiva comum de que o curador está a serviço apenas da vida. Novamente, a vida foi reduzida à fisiologia, ao passo que a palavra grega original *bios* significava todo o processo de vida ou o curso de uma vida, não apenas seu funcionamento corporal. Não vida, mas *luz, é o verdadeiro Deus do curador*. O curador representa a consciência; ele é o herói que traz a luz. O deus grego dos curadores, Asclépio é filho de Apolo. O próprio Asclépio não pertence ao grande panteão. É descendente do deus-sol – apenas uma das maneiras pela qual a luz da consciência age no mundo. O arquétipo do curador não depende de qualquer modalidade ou método específicos de medicina, desde que o modo pelo qual brilhe aumente a consciência. Clarificação, iluminação, *insight* e visão, concentração de experiência, bem como horizontes espirituais

mais amplos, também servem a Apolo. A cura pode vir igualmente através da dialética da análise e não precisa confinar-se às técnicas concretas da medicina física.

Com a secularização da medicina, os Deuses não são mais reais. Deuses mortos dificilmente curam. Atualmente, apenas o médico pode curar e é por isso que tem tantos encargos e é sempre compelido a fazer algo. Ele se autogoverna e a cura ocorre através de suas ações. Outrora, era um agente dos Deuses, submisso às suas intenções. Na medicina de Asclépio, um sistema de cura que durou pelo menos mil anos (e ainda ocorre na análise contemporânea, como assinala Meier), o curador era bastante passivo, comparado com a fúria de ação do médico moderno. Os Deuses mandavam a doença e os Deuses a levavam quando o tempo estava maduro (Frequentemente, o tempo jamais se tornava maduro, ou melhor, a maturidade era a própria morte e então a cura era a morte). Outrora, era Apolo quem agia. De acordo com Kerenyi, um de seus epítetos, *bonthei*, significava que ele "se apressava a ajudar". O médico era o assistente do Deus, servindo ao processo natural de cura à luz de seu conhecimento. Esta luz, porém, não era jamais uma substituição do próprio processo; o conhecimento não era a cura. Hoje em dia, o médico luta sozinho com a vida e a morte, porque os Deuses estão mortos – ou assim ele o crê. Ele tomou o lugar dos Deuses e um sinal de sua ascensão a um lugar divino é sua pressa de ajudar, sua fúria de ação, seu *furor agendi*.

Embora o médico ainda seja impelido por sua metáfora básica, perdeu a relação com ela, de modo que, às vezes, parece que Apolo o possuiu e conduz a medicina a um desejo sempre crescente de luz, ordem, razão, moderação e perfeição harmoniosa e desapaixonada. O médico venera esses princípios e cada novo hospital é um templo ao Apolo secularizado. Os sumos sacerdotes fazem suas rondas seguidos de um séquito, passando entre os enfermos suplicantes, dispensando ordens no

jargão de um culto. Cada vez menos o médico deixa este recinto para entrar, por meio das visitas domiciliares, no mundo irracional e não esterilizado do sofredor. Cada vez mais, aqueles dois grandes momentos da vida, o nascimento e a morte, ocorrem dentro do santuário do médico, que não foi, de fato, primitivamente idealizado nem para o nascimento nem para a morte, mas para a doença.

O analista, ao investigar o inconsciente, precisa precaver-se de uma influência indevida de Apolo. A escuridão não é o primeiro reinado de Apolo. A consciência apolínica tende a recuar atemorizada diante do inconsciente, identificando-o com a morte. A análise médica com seu *background* apolínico usará a dialética de maneira demasiadamente intelectual, de maneira técnica demais. O analista percebe-se tentando produzir ordem, razão e não-envolvimento em seu paciente. Tenta esclarecer problemas, trazendo o inconsciente à luz. Orgulha-se de explicar mecanismos e busca o equilíbrio e a harmonia. Acima de tudo, tende a trabalhar sem envolver-se, a partir de um sublime trono olímpico onisciente.

Se Apolo é não-envolvimento e clareza, Dioniso é envolvimento. Em sua necessidade de Apolo, o analista pode ser levado a antagonizar o oposto de Apolo, Dioniso. Se o analista deve manter um pé dentro e outro fora, ao enfrentar o risco do suicídio, é sábio ter um ponto-de-vista oferecido por cada Deus.

Os contos de Dioniso mostram essa outra perspectiva. Enquanto Apolo é moderação, Dioniso é exagero, sendo a orgia o seu melhor exemplo. Aparece sob forma de touro, leão, pantera e serpente. Sua feminilidade é pronunciada. Era celebrado na dança e honrado como patrono do drama, que tinha intenções terapêuticas. Os participantes nos mistérios dionisiacos desmembravam e comiam o Deus e bebiam-no como vinho. Incorporavam o espírito divino em si mesmos ou entravam em seu

espírito através de orgias inebriadas, pela dança festiva e pelas paixões do drama.

Quando um analista trabalha partindo do âmago de suas emoções, onde é, ele próprio, mais sombrio e vinculado, e trabalha com um espírito que vem do instinto, está seguindo esse oposto de Apolo. Esta abordagem dificilmente é possível para a medicina, a menos que ela fosse adotar os métodos do feiticeiro. Esta abordagem completamente diferente do inconsciente também é parcial; mas aqui, ao menos, o reino da escuridão não mais é identificado com a Grande Mãe e vivenciado com terror, como costuma ser na perspectiva do herói solar. Com a ajuda de Dioniso, um analista estará mais capacitado a deixar-se tomar pelo drama do paciente, entrar na loucura e ser dilacerado, deixar aflorar seu lado feminino, admitir sua forma animal e ser impulsionado pelas forças brutas do poder, do riso solto, da paixão sexual e da sede por cada vez mais. Dioniso oferece envolvimento no sofrimento e a marca do herói curador, neste caso, seria a habilidade de poder sofrer em si mesmo *as provações da emoção* e através dessas emoções encontrar uma identificação com iguais poderes no outro.

Os opostos – mão esquerda, mão direita; um pé dentro e outro fora – mantêm a tensão da consciência no analista. Tanto o não-envolvimento quanto o envolvimento demasiados levam o analista inconscientemente a cair em um papel arquetípico. O papel apolínico é o mais perigoso para ele, porque tende a atingi-lo desprevenido através do *background* médico da profissão. Então, torna-se o curador heróico, opondo-se, evitando e temendo as confusões que o paciente lhe trouxe para curar.

Na realidade, o analista não é o Curador. Não há Curadores; há apenas aqueles através de quem opera o arquétipo do curador, através de quem Apolo e Dioniso

falam. Um analista aparece como Curador apenas perante a visão distorcida do doente, porque o doente não consegue encontrar a fonte de cura em si mesmo. Não mais ouve as vozes ou compreende a linguagem dos poderes curadores no inconsciente. Por isso, um analista precisa mediar entre ele e os Deuses – e, talvez, entre os próprios Deuses. Se um analista identificar-se com o papel divino do Curador, forçará o analisando a uma identificação com o papel compensatório de Paciente. Então, a análise torna-se interminável, o analista precisando do paciente tão fortemente como o paciente dele precisa. Pelo fato de saúde (*health*) e cura (*healing*) significarem etimologicamente o mesmo que “inteiro” (*whole*), a saúde não deveria nunca depender de qualquer outra pessoa. O paciente permanece Paciente enquanto busca no Curador o que não encontrou, isto é, sua própria relação com os Deuses. A saúde, como a integridade, é completamente na individualidade e a isto pertence igualmente o lado sombrio da vida: sintomas, sofrimento, tragédia e morte. *A integridade e a saúde, por isso, não excluem esses fenômenos “negativos”*; eles são requisito para a saúde. Podemos começar a ver quanto diferentemente um analista se relaciona com o arquétipo do curador, diferentemente de seu moderno colega médico por demais influenciado pela tradição apolínica.

De qualquer maneira, a tradição de não-envolvimento é bastante nova em medicina. Anteriormente, a medicina era mais próxima do que é a análise, atualmente, abarcando o corpo e a alma, apolínica e dionisiaca. Em todas as culturas e também na nossa, até recentemente, os médicos serviam aos Deuses como sacerdotes; hoje em dia, permanecem o sacerdócio e os templos, mas onde foram parar os Deuses? A nova religião do iluminismo colocou no trono a razão e o corpo à custa de eros e da alma. E é exatamente nas esquecidas áreas de eros e da alma, não na técnica racional, que a medicina moderna está em apuros: superespecialização, chama-

das domiciliares, honorários, administração hospitalar, políticas médicas, educação médica, relação médico-paciente - e todos aqueles temas que mostram como o aspecto humano caiu na sombra.

Grande parte do problema tem a ver com a repressão do dionisíaco, aquele elemento essencial da cura que era enfatizado em toda a medicina, até recentemente. Somos levados a supor que o médico contemporâneo não foi poupado do problema do corpo e que não está mais à vontade com a carne do que o estão seus pacientes. Não pode ser culpado sozinho por seu materialismo e escape para o laboratório e para a cirurgia, onde a mente e o corpo podem ser tão asceticamente separados. Todos nós fazemos o mesmo, de diferentes maneiras, na era da ciência apolínica e da atuação dionísica no afeto e na fantasia. O médico carrega o fardo e nosso desapontamento é apenas porque ele carrega a imagem do curador e nós precisamos tão desesperadamente ser curados. Esperamos que, de algum modo, nos mostre a saída, encontrando seu caminho de volta à imagem arquetípica do curador. Então, o analista não seria forçado a adotar aquelas posições extremadas de "apenas alma", "somente eros", "só emoção". Então, uma verdadeira análise médica poderia ser encontrada dentro do espírito de cura, em nome de ambos os Deuses.

IX O PRECONCEITO PATOLÓGICO

A patologia estuda o início e a evolução dos estados mórbidos. Foi definida como aquele ramo da ciência que se ocupa da busca das causas e mecanismos da doença. O conceito usual de doença foi estabelecido abstraindo-se as características do doente que diferem do normal. A patologia fala das desordens de Bios, o processo da vida. Há tanto patologia orgânica como psicopatologia.

Como vimos anteriormente, a patologia significava originalmente o estudo do sofrimento; contudo, na patologia moderna, o sofrimento do sujeito, sua queixa, é apenas um dos fatores que contribuem para os dados que determinam a doença. Não é de modo algum o fator central e muito do trabalho da patologia é executado por pessoas que nunca viram o paciente, mas apenas porções de sua substância material. Como cada paciente apresenta variáveis subjetivas que distorcem a precisão microscópica, o patologista médico prefere deixar o sofredor fora do quadro, tanto quanto possível, a fim de rotular a doença rápida e precisamente. Devido à influência da patologia, a medicina tornou-se cada vez mais um desafio intelectual e cada vez menos uma

relação emocional entre médico e paciente. Ao transferir o foco do leito do doente para o laboratório, ou ao deixar os métodos laboratoriais da patologia influenciarem suas atitudes clínicas, o médico assume um preconceito patológico. Este preconceito leva-o a acreditar que as doenças existem separadas dos seres humanos e que o estudo da doença, em si mesma, é mais apropriado do que o estudo do ser humano doente.

Quando um analista muda o interesse da pessoa que se queixa para a queixa e sua causa, também mudou da cabeceira do doente para o laboratório. Também ele começou a sofrer de um preconceito patológico. Esta mudança é mais séria na análise do que na medicina, porque na medicina há condições que podem ser isoladas *in vitro*, onde também uma antitoxina, digamos, pode ser desenvolvida e, apenas como um estágio final, ser aplicada ao paciente; mas, na análise, não há parasitas, agentes infecciosos ou componentes químicos separados do paciente. Não há situação *in vitro*, nenhum outro lugar para onde olhar, porque a *doença é o paciente*.

Quando o patologista tenta resolver "o enigma da vida", até mesmo o avançado especialista em histoquímica ainda procede conforme os métodos clássicos da anatomia, que é separar coisas separáveis ou, como disse Claude Bernard: "dissociar todos os fenômenos complexos sucessivamente em fenômenos cada vez mais simples". Isto conduz a uma diferenciação cada vez maior das partes (como na física nuclear), o que, por sua vez, exige equipamento técnico mais refinado. O organismo, em sua situação de vida total, não é mais o foco central porque é complexo. E este complexo não pode ser apreendido por um especialista. A medicina tende a desenvolver novos instrumentos e técnicas para dissociar aquele complexo, o paciente. Os fenômenos mais simples são normalmente encontrados quando se volta às origens. Esta é a *abordagem genética* para explicar

problemas. Os processos, como a doença, são investigados em sua origem mais simples não em termos do fim que atingem, uma vez que o fim é sempre aquele estado geral, a Morte. O embrionário, por isso, tende a ser mais interessante que o maduro e dá-se mais importância à infância do que à velhice.

Esta abordagem genética teve um efeito perverso sobre a psicoterapia. A desordem psicológica passa a significar desordem infantil e a investigação continua a dissolver o presente no passado, o complexo no simples, o psicológico nos traumas materiais. Corremos de volta ao longo dos trilhos desse modelo falacioso, em direção a eventos anteriores mais simples, parando, finalmente, naquela única outra certeza, além da morte – a Mãe. Tantos fenômenos da análise são agora interpretados em termos da relação mãe-filho que devemos nos perguntar se a psicoterapia não estará sofrendo de um complexo materno coletivo e inconsciente. Este "diagnóstico" adequa-se à sua abordagem genética causal, imitativa da ciência natural e o que é matéria em ciência é mãe em psicologia.

Quando as abordagens anatômicas ou genéticas não chegam às causas básicas como se esperara, então o preconceito patológico precisa atacar seus problemas através da *mensuração*. A maneira mais simples de diferenciar as coisas é medir, pois todo evento material existe numa certa quantidade e, portanto, pode ser medido. A saúde e a doença podem ser expressas em fórmulas: contagem sangüínea, metabolismo basal etc. Infelizmente, como já vimos, esta abordagem tende a reduzir diferenças qualitativas a diferenças quantitativas. Isto traz consigo outra filosofia: a vida boa tende a significar mais vida. Promover a vida passa a significar prolongá-la. O desenvolvimento da consciência passa a significar desempenho melhor. Os métodos da patologia injetados no sistema sangüíneo da medicina começam, assim, a infectar a psicoterapia.

Em medicina, quanto mais pronta e precisamente a patologia for identificada, maiores serão as chances para um tratamento breve e eficaz. Por esse motivo, o médico está sempre à procura da patologia. Se quiser ser um eficiente diagnosticador, do qual depende o curso de seu trabalho, a possibilidade de uma desordem insuspeita deve afetar tudo o que ouve do paciente e tudo que observa. Tudo pode ser sintomático; a suspeita é adequada. Se um analista seguir esta atitude médica, isto é um preconceito patológico.

Quando uma pessoa está doente? Quando está mentalmente doente? Os textos médicos afirmam com frequência suficiente que até mesmo as fronteiras da patologia orgânica não são claras. Há níveis de complexidade; isto é, há doenças, como a raiva e a varíola, onde as variáveis individuais são menos importantes do que a síndrome patológica, que é razoavelmente bem explicada por suas causas próximas. Condições mais complexas, porém, como o suicídio, exigem modelos mais completos de causalidade para serem compreendidos. Há uma diferença entre condições patológicas precisas, que podem ser explicadas através de uma parte do sistema humano, e outras condições que jamais podem ser explicadas, mas apenas compreendidas em termos do sistema como um todo e seu ambiente. Aplicar um modelo mais simples a condições complexas distorce a natureza, encaixando-o num parâmetro preestabelecido. É um preconceito patológico.

Para estabelecer as fronteiras entre saúde e doença, deve-se examinar com mais cuidado a idéia médica de saúde. Ela é geralmente concebida como funcionamento correto, bem-estar físico, solidez de estrutura, ausência de morbidade, ausência de desordem ou incapacidade etc. Evidentemente, como notou Dubos, esta idéia de saúde é utópica; não dá lugar para as realidades da saúde humana, que incluem desordens e sofrimentos em cada fase. "Saúde", assim concebida, apenas provê

a base para o preconceito patológico e as prescrições regressivas da psiquiatria moderna, os anódinos, tranquilizantes e distrações. O sofrimento pertence de tal maneira à condição humana que podemos dizer que é mais "normal" do que o é a saúde ideal, ou, digamos, *o sofrimento é saúde normal*. Se assim é, então onde começa a patologia? Um a dois terços das queixas que o médico ouve no consultório não mostram nenhuma patologia estrita. Em condições complexas, a definição de doença é tão vaga como o é a definição de saúde. Esta vaguidade é ainda mais pronunciada quando se dá mais valor ao lado subjetivo, à queixa. Pode haver evidência patológica objetiva e nenhuma queixa, bem como queixa sem evidência patológica. O dentro e o fora podem apresentar sinais bem diferentes.

Para o médico, um sinal importante de patologia é a dor. O médico racionalista antiquado identificava dor com sofrimento. Quando não havia base orgânica demonstrável para o sofrimento, este era simplesmente imaginário. A dor tinha que ser a base do sofrimento, como se o grito de Cristo tivesse vindo de suas feridas físicas. Hoje, sabemos que o sofrimento precede a dor; é a psique que traduz os eventos fisiológicos em sensações dolorosas. Altere-se a consciência, como na hipnose, e os faquires andarão sobre brasas ou os dentistas farão obturações sem dor. O sofrimento pode estar presente sem ter nenhuma base na dor orgânica e até a dor pode estar presente sem uma base orgânica (dor fantasma); mas não pode haver dor a menos que seja sofrida pela psique. Isto significa que *o sofrimento é primário em relação à dor*, a dor sendo apenas um fusível – embora o principal – para desencadear o sofrimento.

Além da abordagem física, cujo objetivo é remover a causa da dor, a dor pode ser combatida psicologicamente apenas de duas maneiras. Podemos aumentar a capacidade de suportar o sofrimento, à moda espartana ou estoica. As técnicas psicológicas tendem para esta dire-

ção; ou podemos diminuir nossa sensibilidade com anódinos, na forma moderna. Isto leva a uma diminuição da capacidade de suportar, que, por sua vez, reduz nossa tolerância para todos os tipos de sofrimento. O círculo vicioso que, então, se instala leva não a uma diminuição da sensibilidade mas, em vez disso, a um aumento da susceptibilidade ao sofrimento, de maneira que os anódinos se tornam ainda mais imperativos. Com isto, inicia-se uma hipocondria crônica e a dependência droga-e-loucura de nossa era. *O preconceito patológico confundiu dor com sofrimento, entorpecendo-nos para ambos.* A mensagem que o sofrimento anunciaria é anulada e os objetivos de nossas dores psíquicas são impedidos de entrar na consciência.

Isto levou alguns analistas a tomar a posição contrária, isto é, abjurar qualquer tratamento físico; mas, então, também eles estão tomados pelo preconceito patológico. Também estão confundindo sofrimento com dor. Em seu reconhecimento do valor do sofrimento, equivocadamente acreditam que a dor deve ser reduzida apenas *in extremis*. Na sua afirmativa do sofrimento para uma consciência mais completa, esquecem-se que a consciência pode ser radicalmente limitada pela dor.

O sofrimento é necessário para um aumento da consciência e para o desenvolvimento da personalidade. Chegamos a esta conclusão na discussão sobre a experiência da morte. Jamais saberemos quantas oportunidades para aumento da consciência a definição idealista de saúde bloqueou. Podemos supor que muitas experiências de morte, por causa da angústia concomitante, foram abortadas pelo preconceito patológico, que não dá lugar ao sofrimento em seu quadro de saúde. É lamentável também o que esta mesma idéia de saúde provocou no desenvolvimento do próprio médico.

Se o mau-funcionamento e o sofrimento forem encarados apenas sob o ponto-de-vista patológico, o médico

será impedido de sentir sua própria ferida. Na Antiguidade, o médico curava através de seu próprio sofrimento, como Cristo curou através do seu. A ferida que não cicatrizava era a fonte de curas. O objetivo da análise didática não é meramente curar a personalidade do analista, mas abrir suas feridas das quais jorrará sua compaixão. O médico, entretanto, não mais trabalha emocionalmente, porque sua predileção pela patologia científica tende a afastá-lo da compreensão do sofrimento, em favor da explicação da doença. Não mais aplica a máxima antiga: médico, cura-te a ti mesmo. Os médicos são notoriamente maus pacientes, talvez porque tenham perdido a habilidade de serem feridos. A idéia de saúde foi de tal modo falsificada que o médico não pode curar-se, começando com suas próprias infecções psíquicas, feridas e terrores. O logos do sofrimento não pode ser descrito por um manual de patologia que use termos clínicos para experiências da alma; ele pertence igualmente aos campos da religião, da filosofia e da psicologia.

Assim como dor e sofrimento diferem, também causar dano e ferir não são a mesma coisa. Quando o analista mantém vivas suas próprias feridas não está causando dano a si mesmo. Quando a história da alma volta repetidamente às feridas dolorosas básicas, aos complexos fundamentais, é para extrair novos significados deles. Cada retorno as reabre e recomeça sua purgação; contudo, isto, de nenhum modo, conflita com a máxima *primum nihil nocere*. Se um analista pensar assim e tentar saturar as feridas em si mesmo ou no paciente e disser que isto ou aquilo é um capítulo encerrado, novamente estará agindo medicamente. A cura errada, ou a cura certa no momento errado, causa mais dano do que a ferida aberta. A ferida, como nos diz a poesia freqüentemente, é uma voz que o terapeuta tem apenas que ouvir.

Uma maneira usual de determinar a patologia é através de padrões coletivos. Certas condições são pato-

lógicas apenas coletivamente. Com a varíola, por exemplo, não há diferença entre individual e coletivo; com o suicídio, há. O suicídio epidêmico, conforme pregado por Hegesias no Egito romano, teve que ser enfrentado com uma ação coletiva. Os fenômenos psíquicos epidêmicos, porém, não são atos individuais. Aplicar padrões coletivos ou medidas coletivas a comportamentos tipicamente individuais demonstra um preconceito patológico.

O médico é obrigado a usar padrões coletivos. Antes de mais nada, epidemiologia é sua área. Não defende apenas a vida de seu paciente; defende também a vida da sociedade, da saúde pública. Essa tarefa nunca é demasiada. A prevenção é básica à saúde pública e um preconceito patológico ajuda a medicina a buscar a patologia no saneamento, em alimentos e remédios, no ar e na água. Além disso, os métodos coletivos de estabelecer a doença são muito relevantes para o diagnóstico médico.

Uma vez que a queixa subjetiva pode não ser verificável através de um exame objetivo e uma vez que a evidência patológica pode ser tão tênue, ou até completamente ausente, a medicina tem um outro método, além da queixa subjetiva e da evidência objetiva. Esta é a patologia estatística. O conceito de doença é baseado na abstração daquelas características da morbidade que diferem do normal. A patologia diz, francamente, que as mudanças anormais são meramente desvios da norma.

Os desvios do normal dependem de uma norma definida. Os desvios dependem de onde se colocam os limites da normalidade, e de que tamanho é a parte mediana da curva. Metade das decisões cotidianas que o clínico toma são sobre queixas sem base orgânica, queixas para as quais não há normas objetivamente estabelecidas. Os desvios da norma nesses casos, por isso, tendem a ser desvios da norma do clínico. O médico estabelece sua norma a partir de seu treinamento médico, sua experiên-

cia clínica, sua leitura geral; e para condições psicológicas complexas, sua norma tende a basear-se em sua tolerância pessoal, na extinção de seu terror. Diferentemente do analista, não expôs estas normas a uma avaliação. Essas permanecem como um preconceito patológico entre ele e as normas do paciente, que podem ser completamente diferentes.

A palavra "normal" vem do grego *norma*, que era um esquadro de carpinteiro, aquela ferramenta com um ângulo reto para estabelecer retidão. Obviamente, tal ferramenta produzirá "desvios" e tudo que não for "reto" e "quadrado" será patológico. O normal funde-se com o saudável de maneira indistinguível. O amplo uso da palavra "desvio" em política, em sexo e em tecnologia atesta a influência da norma estatística sobre o preconceito patológico. Nossa concepção de normal tende a basear-se em expectativas estatísticas. O que excede ou falta desvia-se da norma. Quanto mais intelectualmente rígida for a mente do médico, menos capaz será de lidar com as variáveis psicológicas. A estatística médica limita a tolerância e aumenta o terror dessas condições que estão nas partes extremas da curva, isto é, os fenômenos mais individuais. O treinamento médico é deficiente no conhecimento obtido através do estudo das humanidades – história, literatura, biografia – que mostram o significado de situações que se desviam da norma. Expectativas puramente estatísticas não são mais humanas. Como apontou Jung em seu último grande trabalho, *"The Undiscovered Self"*, nem um único ser humano coincide com a norma estatística. Cada um de nós é doente, porque o preconceito patológico está embutido no modelo estatístico.

O preconceito patológico funciona ainda de uma outra maneira. É o que os franceses chamam de *déformation professionnelle*. Julgar a vida através de nossa profissão é um dos resultados do treinamento profissional. O escriba é ordeiro, o burocrata indeciso, o

alfaiate vê a costura e não o homem. A pessoa identifica-se com o papel que desempenha, a *persona* que usa; o exterior interioriza-se e determina a aparência.

Para a medicina, este desvio de visão significa ver primeiro a patologia. "Primeiro" significa, ao mesmo tempo, ver o patológico *antes* de tudo o mais e *por detrás* de tudo o mais, o oculto antes do evidente. Por exemplo, na análise freudiana, a patologia sexual está por de trás de grande parte do homem e da cultura. A psicoterapia foi distorcida por esse preconceito e a própria vida cotidiana sofreu esta distorção. A amizade é homossexualidade latente; e, por detrás de cada monumento da cultura, jazem os desejos incestuosos, o sadismo, a analidade, a inveja do pênis, a ansiedade de castração etc. No existencialismo a náusea, o terror, o tédio e a solidão estão no âmago das ações. No marxismo, as realizações da história podem ser remontadas à escravidão, à perseguição, à exploração e à guerra. O patológico reduz o melhor ao pior.

Isto é uma confusão de modelos. A localização espacial é confundida com uma escala de valores. O primeiro é o mais simples, o mais simples é o mais baixo, o mais baixo é o pior. O princípio fundamental de todas as coisas sempre aponta para trás, em direção às origens, ao primeiro elo na cadeia causal. Em última instância, somos apenas animais, ou células ou compostos bioquímicos. Expresso de maneira psicológica, é dito que, em última análise, somos apenas o que aconteceu durante os primeiros anos de vida. Psicologia profunda tende a significar psicologia em seu estado mais baixo, mais simples, mais remoto do aqui e agora. Busca-se nos sonhos o conteúdo latente, não o manifesto. Então, quando se revelam o pior e o mais baixo presume-se que o princípio fundamental (mais simples e mais básico) também foi encontrado.

Entretanto, também somos, fundamentalmente, aquilo que nos tornamos, o que somos na morte. De certa forma, a morte é mais real que o nascimento, no sentido de que todos os pontos de partida nos precedem. A morte é imediatamente presente, porque o momento da morte pode ser qualquer momento e é cada momento para a alma em transformação, que vive através do perecer. Não há problema moral a respeito do passado, a não ser o arrependimento. Não há um "como" entrar na vida, mas há um "como" entrar na morte. O preconceito patológico, em movimento descendente, reduz os eventos anatômicamente a seus elementos mais simples e encara os fenômenos por seus ângulos inferiores.

Por exemplo, o suicídio ocorre principalmente dentro do ambiente humano comum; contudo, é concebido em sua caricatura patológica, como entre psicóticos internados. Aproximamo-nos dele onde é menos compreensível, onde é complicado por fatores orgânicos e outros fatores endógenos sobre os quais a psiquiatria, de qualquer modo, tem poucas respostas. E perpetua-se a antiga falácia psiquiátrica: abordamos a alma através de sua anormalidade. O que se descobre é, então, aplicado em toda parte. Como colocou Chavigny, o psiquiatra francês: "*Tout suicide doit être interprété au point de vue psychiatrique*". E Eissler completa isso: "...impedir o suicídio de um paciente é o dever auto-evidente de um psiquiatra e não necessita de nenhuma justificativa ou discussão adicional" (p. 165). Todos os suicídios são, em última análise, o mesmo suicídio doente. Cada suicídio, como todo sofrimento, contém sementes opostas: há, naturalmente, sombra em cada ato e patologia por toda parte; mas o preconceito encara o lado doentio primeiro, declarando que a raiz de todo ato jaz na sombra.

Um analista que trabalhe a partir desse modelo confuso de psicologia profunda provavelmente julgará seus pacientes culpados para sempre. Não importa o quanto tentem, parecem nunca conseguir chegar ao

fundo de seus problemas e, se o conseguissem, este seria um inferno de bestialidade. O paciente não poderá ser arrancado desse solo malsão enquanto o analista reduzir os eventos a seus princípios fundamentais e colocar esses princípios apenas no nível mais baixo. O preconceito patológico do próprio analista é transplantado para o paciente, produzindo neste metástases em todos os escaninhos de sua personalidade. A sombra está em toda parte e o paciente preocupa-se com sua responsabilidade sobre todo o mal que carrega dentro de si, ao passo que grande parte dessa escuridão é projetada pela sombra do analista a partir do preconceito de sua posição.

Talvez o preconceito psicológico faça menos mal à medicina do que o preconceito patológico faz à análise. Todo evento, incluindo as doenças orgânicas dentro do próprio campo da medicina, teriam um lado sombrio. E este outro lado seria seu aspecto inconsciente, psicológico.

Recentemente, foi descrita em pormenor por H.J. Simon uma teoria de doença chamada "infecção atenuada". De acordo com essa teoria, o homem e o micróbio vivem juntos em coexistência pacífica, para benefício de ambos. O hospedeiro e o parasita são parte do mesmo sistema mais amplo, de modo que a infecção é contínua (atenuada) e habitual. Quando o agente infeccioso é de um outro campo ecológico, como na raiva e na peste bubônica, não há coexistência natural; mas os vírus patogênicos, as bactérias intestinais, a tuberculose, as infecções por estafilococos e estreptococos formam parte de nosso sistema vivo. Medidas específicas contra eles – radiação, cirurgia, antibióticos – rompem a infecção atenuada, perturbam a coexistência e, às vezes, são as causas de novos sintomas e infecções. Essas novas doenças são chamadas de "iatrogênicas", isto é, doenças causadas pelo médico. Pelo fato de o médico continuar

a ligar infecção à doença e doença à morte, ele luta – e, ao final, frequentemente derrota seu próprio objetivo.

A teoria da infecção atenuada diz que um agente infeccioso de doença no hospedeiro é condição necessária mas não suficiente para a doença manifestar-se. Os germes podem estar presentes mas não a doença. Mesmo quando o agente é identificado, a ocasião para adoecer é um enigma. Eufemismos tais como "resistência diminuída" e "desequilíbrio homeostático" explicam pouco. *Para obter as condições suficientes da doença precisamos proceder a uma investigação do hospedeiro.* Aqui, um preconceito psicológico ajudaria. Ele indaga: que significado tem essa doença neste momento para a vida do paciente? O que está ocorrendo no inconsciente do paciente e em seu ambiente? Qual parece ser o propósito da doença? O que está ela interrompendo ou a que está servindo? *O preconceito da psicologia pressupõe que a doença está realizando algo.* Propria tipos de programas de pesquisa inteiramente novos. Em suma, o preconceito patológico pode ver doença onde não há nenhuma doença e ser incapaz de explicá-la quando está realmente presente, ao passo que um preconceito psicológico poderia dar informações que a própria patologia não pode fornecer.

Um primeiro passo para corrigir o astigmatismo da medicina ortodoxa e fornecer um novo foco seria um preconceito psicológico por parte de todo médico. Isto poderia romper o círculo vicioso tanto da doença iatrogênica quanto da doença recorrente. Ainda mais, poderia levar o médico a adotar a psicologia, começando com a análise de sua própria personalidade, de suas próprias feridas, com a mesma dedicação que vem a ser a marca de sua vocação.

A teoria de infecção atenuada, as idéias de Jaspers e von Weizacker sobre o significado biográfico da doença, a abordagem de Clark-Kennedy, de Dubos, bem como

outros conceitos holísticos, apresentam a prática da medicina sob uma luz diferente e mais psicológica. Esta luz é focalizada de maneira menos brilhante, mas ilumina uma área mais ampla. Não vê apenas a parte afetada, retratada sob a luz cirúrgica, mas o ser humano na crise situacional de sua doença. O médico já não pode livrar-se da patologia sem, paradoxalmente, utilizar um preconceito psicológico *que não visa absolutamente livrar-se dela*. Ao preferir considerar a análise como medicina leiga, a medicina evita chegar a um acordo com aquele campo que mais contribuição lhe oferece na resolução de seus dois mais urgentes problemas: o significado da doença e a relação médico-paciente. Em outras palavras, o médico clínico beneficiar-se-ia ao tornar-se ele próprio um leigo. Se leigo significa não profissional, então leigo significa aberto. Os preconceitos da atitude profissional e o modelo rígido do pensamento médico poderiam ser postos de lado, para que pudesse voltar-se para os enigmas do paciente com um ouvido aberto. Até que a medicina enfrente o desafio da análise e deixe seu pensamento ser penetrado e fertilizado pela realidade do inconsciente, suas idéias não serão deste século e seu progresso continuará a ser apenas técnico – químico, cirúrgico, instrumental – ao passo que sua mente permanecerá enclausurada em virgindade, andando através dos brancos corredores hospitalares com curiosas noções de sofrimento, causalidade, doença e morte.

X DIAGNÓSTICO E DIALÉTICA ANALÍTICA

Será que o diagnóstico realmente se enquadra dentre as tarefas principais do médico, conforme visto no capítulo II? Não servirá ele, principalmente, a propósitos mais fundamentais, tais como prevenir, tratar, reparar – ou o objetivo geral de promover a vida? Durante milhares de anos, o diagnóstico foi, e ainda é, em muitos lugares atualmente, rudimentar ou simplesmente errado. Diferentes sistemas de medicina reconhecem os sinais clínicos de modo diverso. Entretanto, os médicos eram e são capazes de tratar e curar, reparar e encorajar, de promover a vida. A história da medicina mostra que o diagnóstico foi muito inadequado no passado; contudo, quão eficientes foram os médicos clínicos! Esta discrepância entre a teoria e a prática médicas pode, em parte, ser explicada pelo arquétipo do curador, como vimos acima.

O diagnóstico ocupa um lugar secundário na arte curativa porque a medicina é uma ciência *aplicada*; ele é confirmado ou rejeitado dependendo de seus efeitos sobre o paciente. Não pode haver ciência pura de diagnóstico, de conhecimento médico, porque não há medi-

cina sem doença e não há doença sem um paciente. Como ciência aplicada, a arte e o método do médico são primordiais. O conhecimento do médico pode ser menos importante que suas ações, especialmente sua habilidade para constelar a cura. Novamente, pode ser menos importante o que o médico faz do que *o seu agir*.

O diagnóstico, porém, ocupa cada vez mais um lugar central dentro da medicina moderna. Isto se deve, em parte, à influência das ciências naturais sobre a medicina, especialmente desde o século dezessete. A importância do diagnóstico reflete o papel cada vez maior do conhecimento na medicina, acima e contra sua arte e sua prática. A medicina científica busca as causas dos sinais clínicos, que, quando descobertos, determinam o curso do tratamento. O diagnóstico correto exige conhecimento e este conhecimento torna-se mais complexo, à medida que onze milhões de páginas de texto de revistas médicas são acrescentadas à literatura, anualmente. O médico é obrigado a afastar-se do paciente e voltar-se para o laboratório para fazer seu diagnóstico, porque no laboratório este complexo e imenso conhecimento pode ser sistematizado e condensado. Os sinais clínicos tendem a tornar-se relatórios laboratoriais, isto é, através do exame de chapas de raios X, gráficos de EEG e ECG, análise de sangue e de urina etc., o clínico monta seu diagnóstico. Igualmente, para prescrever o tratamento, o médico volta-se para o laboratório, que preparou produtos que vêm de encontro às categorias diagnósticas.

O médico tornou-se, assim, um intermediário entre o paciente e o pesquisador e, ao anular sua personalidade, tanto quanto possível, procura não obstruir a passagem de informações acuradas do paciente ao laboratório e uma prescrição correta do laboratório de volta ao paciente. Máquinas de diagnóstico por computador, para melhorar a exatidão do diagnóstico e da prescrição, são o resultado lógico da evolução científica da medicina. Enquanto o médico tenta aproximar-se do ponto-de-vis-

ta do físico, assumindo o modelo de pensamento das ciências naturais, deve permanecer tanto quanto possível "fora", definindo precisamente o "corte" entre si mesmo e o paciente. Deve permanecer um observador objetivo dos processos que ocorrem no paciente e proteger esses eventos de uma interferência subjetiva. O melhor médico, portanto, é o que está menos na situação. Transferido para a psicoterapia, o melhor analista seria o que, segundo o modelo ortodoxo, senta-se atrás do paciente, raramente fala e mantém sua própria personalidade encoberta.

As psicologias acadêmica e clínica não têm mostrado o mesmo padrão? Inventaram-se milhares de testes diagnósticos nas últimas décadas, a fim de fornecer informações precisas, tipo laboratório, ao psicólogo. Presume-se que esse conhecimento ajuda a classificação diagnóstica e facilita o tipo de tratamento. A situação de teste é como a situação de laboratório; a participação do psicólogo deve ser reduzida a um mínimo. Para um conhecimento preciso, devem ser eliminados os fatores decorrentes de simpatias pessoais. Parece que o conhecimento e a compreensão são incompatíveis. Como a compreensão, com seu envolvimento intuitivo simpático com o outro, foi afastada porque não se podia nela confiar do ponto-de-vista científico, a avaliação de uma outra pessoa tornou-se cada vez mais dependente de instrumentos diagnósticos. Poderá este tipo de conhecimento compensar algum dia a perda de compreensão?

Os conflitos que surgem nas equipes clínicas entre o psiquiatra e o assistente social refletem esta diferença entre conhecimento e compreensão. Quando o entrevistador ou o psicólogo que aplica testes conhece bem seu sujeito e estabelece uma relação, suas observações podem não mais ser suficientemente objetivas. Não têm a mesma validade diagnóstica.

A dialética da análise, por outro lado, tenta vencer a distância entre sujeito e observador, tecendo laços que os aproximem. Isto começa apenas quando não está mais bem claro quem é sujeito e quem é observador. O paciente começa a observar-se e observar o analista, tomando, assim, parte na dialética; e o analista, sujeitando-se ao processo em curso, não é mais um observador fazendo um diagnóstico.

Tanto a diagnose como a dialética começam com o conhecido e trabalham com o desconhecido. Ambas usam o intelecto e ambas exigem uma resposta do paciente. Enquanto a diagnose, entretanto, pára quando o desconhecido tornou-se conhecido, quando a doença foi classificada, a dialética continua rumo ao desconhecido e não pára. Corresponde ao processo contínuo de tornar-se consciente, para além das restrições do intelecto racional.

Esta diferença entre diagnose e dialética aparece novamente na diferença entre *cura* e *consciência*. O fim do tratamento clínico é a cura. O processo chega a um resultado e todas as medidas médicas são estágios em direção e essa realização. A consciência, contudo, como parece indicar a evidência, não chega a um objetivo definido, a um resultado final, mas é um processo seguido, contínuo. Um analista que tenha uma noção de cura como meta de seu trabalho está raciocinando de maneira médica. Não compreendeu a natureza do complexo, a base do processo analítico. Não há antídotos para os complexos. Esses não podem ser eliminados pela cura porque os *complexos não são causas*, embora possam ser determinantes da vida psíquica. São básicos, inerentes à própria alma, como núcleos energéticos e focos qualitativos da vida psíquica. Um modelo médico tende a concebê-los como feridas e traumas, ou como crescimentos malignos e corpos estranhos a serem removidos à moda médica; mas, se os complexos são centros energéticos, não podem ser "curados" sem dani-

ficar a vitalidade do paciente. Quando um analista age com essa finalidade em mente constata que a cura tende a provocar nos pacientes comportamentos automatizados, menos vibrantes e livres. (Os artistas sempre temeram que a análise médica pudesse remover seus complexos e, ao cauterizar suas feridas, castrar sua criatividade.) Como centros energéticos, os complexos, ao invés de serem curados ou aniquilados, podem ser transformados e, como enteléquias intencionais, a dialética com eles desenvolve seu dinamismo e aumenta a consciência.

Isto significa que cada análise deva ser "eterna" porque a dialética para a consciência parece não ter fim? Significa, isto sim, que a dialética do *processo analítico* prossegue ao menos tanto quanto a vida. Este processo, por estranho que pareça, é apenas secundariamente o resultado da análise concreta entre dois parceiros. A dialética continua dentro da alma de cada pessoa, entre o ego e os dominantes inconscientes, aquelas forças psíquicas maiores que modelam o caráter e guiam o destino. *A dialética está lá antes que a análise comece* e manifesta-se freqüentemente sob forma de sintomas, sempre que o ego não a assumir e der a ela uma resposta positiva. O desenvolvimento da alma se processa através de tensões, onde num momento o peso está com o ego e no momento seguinte está com o inconsciente. A energia psíquica é como uma corrente alternada que é intensificada pela análise. O analista fornece o pólo oposto quando o paciente perdeu contato com o oposto em si mesmo. Então, constelam-se na análise todas as forças cindidas do seu inconsciente. Como um imã, o analista parece atraí-las para si. Representa o inconsciente do paciente, agora lá a descoberto, de modo que torna-se uma ocupação principal deste e temos o que se chama de "transferência". Isto continua até que, através da dialética, o analisando possa objetivar as realidades da alma *sem precisar da pessoa do analista para fazer isto*

para ele. Pode, então, manter o processo de intensificação da consciência sozinho, voltando ocasionalmente a um analista para trabalhar um campo de energia particularmente desorganizado.

O dialético age como uma parteira, dizia Sócrates, que inventou o método. Sua presença ajuda o paciente a dar à luz a nova vida que brota de si mesmo. *O analista intensifica um processo que é fundamentalmente do próprio analisando.* Básica a todas as relações interpessoais é a dialética intrapessoal, a relação com a psique inconsciente.

A dialética se processa igualmente dentro de cada um dos parceiros, separadamente. O analista também tem sonhos, emoções e sintomas, com os quais precisa manter contato, como o médico "mantém-se atualizado" com a literatura recente. Um analista tenta, assim, praticar a máxima do "médico, cura-te a ti mesmo", aplicando o remédio em si próprio. Tenta manter sua própria consciência, a fim de não ser inconsciente com cada um de seus pacientes. Se começa a vacilar, assumirá os papéis em que eles o colocam. Então, eles não conseguem mais distinguir entre suas *projeções* e a realidade do analista, porque este tornou-se identificado com as fantasias deles. Apenas mantendo seu próprio pólo, através da dialética com seus próprios sonhos, fantasias, emoções e sintomas poderá ser de utilidade para o analisando.

A análise aborda o corpo como fonte de sintomas e emoções de um modo diferente da medicina. A abordagem diagnóstica trata o corpo como um objeto. O diagnóstico exige um estudo metódico desse objeto. Aqui, o analista não médico é absolutamente leigo. Não pode auscultar o peito ou apalpar o ventre de acordo com um conhecimento adquirido. Esta ignorância médica foi a principal razão por que o analista não-médico – embora compense isto com o estudo necessário da psiquiatria

orgânica – é considerado leigo. Ele não pode diagnosticar; não conhece o corpo.

Além de ser um objeto, o corpo é também uma experiência. O corpo é tanto "ele" quanto "eu". A experiência do corpo vai além da noção de uma "imagem corporal". Ela está no *background* de toda consciência e sensação internas de nossa realidade externa. Quando o paciente apresenta seu corpo para diagnóstico, consegue retirar-se fora dele, juntando-se ao médico que o examina num estudo imparcial de si mesmo na mesa. Ou, encolhe-se nu, num sentimento de infortúnio e sacrifício, exposto internamente. Estas reações básicas mostram a cisão que a abordagem diagnóstica constela. O corpo torna-se apenas objeto ou apenas sujeito. Ao passo que, na realidade, o corpo é um objeto subjetivo e um sujeito objetivo. Essas experiências do corpo – especialmente separação e observação dele – são o que a análise trabalha para transformar. O analista, por isso, é cauteloso quanto a usar a abordagem diagnóstica, a qual, embora de grande valor em medicina, apenas cinde ainda mais o que a análise procura curar.

A análise também presta atenção metódica ao corpo. Observa e escuta *o corpo como uma experiência*. O corpo é o vaso no qual o processo de transformação ocorre. O analista sabe que não há mudanças duradouras a menos que o corpo seja afetado. A emoção sempre o dilacera e a luz da consciência exige o calor da emoção. Essas afecções do corpo durante uma análise são sintomáticas – não no sentido diagnóstico – de estágios na dialética. Tomá-las no sentido diagnóstico e tratá-las medicamente pode prejudicar o processo. O surgimento de erupções de pele, disfunções circulatórias, queixas de órgãos internos, dores e sofrimentos, todos refletem novas áreas de experiência corporal, que, frequentemente, precisam ocorrer, primeiramente, sob forma de achques até que o corpo possa ser ouvido sem ter que gritar por reconhecimento. O analista também presta a mesma

atenção cuidadosa a seu corpo, ouvindo as pistas em sua própria carne para ajudar a dialética. Tenta sentir durante a hora da análise quando está cansado e com fome, sexualmente excitado, afundado em passividade, irritadamente desassossegado ou desenvolvendo sintomas e doenças. Seu corpo é um painel de instrumentos de som. O corpo apodera-se dessa sensibilidade como uma experiência que serve ao trabalho analítico. Embora não seja diagnóstica, dificilmente se pode considerá-la leiga.

Isto leva a uma consideração dos sintomas de um ponto-de-vista diagnóstico e dialético. Para um, o sintoma é um *sinai clínico*, para o outro, tem um *significado simbólico*. Dores de estômago e de cabeça são sinais clínicos, mas também expressam diferentes significados, de acordo com o simbolismo geral do estômago e da cabeça numa determinada pessoa. Dessa maneira, o processo dialético obtém informações dos sintomas, da mesma maneira que um diagnóstico volta-se para eles como sinais de patologia. Sintomas persistentes, tais como gagueira, úlcera recorrente, "tosse de fumante", são incorporados pelo processo dialético e a integração desse sofrimento também ocorre através do símbolo.

Enquanto a medicina procura curar o sintoma porque ele significa apenas mau funcionamento, a análise explora o sintoma em busca de seu significado simbólico. Os sintomas não são apenas defeitos funcionais. Como todas as feridas, são também debilidades que têm um *background* arquetípico, isto é, os seres humanos vêm sofrendo desses males específicos desde que o mundo é mundo. A biografia, a mitologia, a literatura, os costumes – não apenas a medicina – tudo fornece um *background* para a sintomatologia. O sofredor pode encontrar sentido em sua ferida, relacionando-se com ela simbolicamente. Pode até não mais precisar do sintoma reversível, quando seus aspectos simbólicos tiverem entrado na consciência. Então, sua atenção não será

compulsória e dolorosamente arrastada para o mesmo antigo e torturante problema. Se a cura ocorrer, será, então, como um subproduto da conscientização.

A diagnose e a dialética também usam métodos diferentes. Ao estudar os sinais diagnósticos, o médico visa à precisão, definindo exatamente o que está afetado, onde dói, a contagem de elementos e composição do sangue etc. Um analista, por outro lado, tenta estender o alcance da consciência, explorando o *background* simbólico dos sintomas. O método de um é *definição*, do outro, *amplificação*.

A definição estabelece o que algo é e onde se separa do que não é. A definição exclui, eliminando o que não pertence. Quanto mais exata e estreitamente pudermos definir alguma coisa, melhor a conheceremos. Como grande parte da alma é ambígua e como seu conhecimento ainda é incompleto, definições precisas são prematuras. Os principais problemas que o analisando traz à análise são os problemas básicos de qualquer vida; amor, família, trabalho, dinheiro, emoção, morte; e a faca definidora pode antes mutilar esses problemas do que separá-los de suas circunstâncias. As definições são, de qualquer modo, mais apropriadas à lógica e à ciência natural, onde se devem seguir convenções estritas sobre as palavras e onde as definições servem a sistemas fechados de operações. A psique não é nesse sentido um sistema fechado. A definição apazigua a intranquilidade ao fixar as coisas. A amplificação presta melhor serviço à análise, porque liberta as coisas de seus moldes rígidos habituais. A amplificação confronta a mente com paradoxos e tensões; revela complexidades. Tende até a formar símbolos; isto nos aproxima da verdade psicológica, que sempre tem um aspecto inconsciente paradoxal, mais do que a definição, com sua racionalidade exclusivamente consciente.

O método da amplificação é, isto sim, como os métodos das humanidades e das artes. Ao revolver a questão sob exame, amplificamos exaustivamente o problema. Esta atividade é como uma meditação prolongada ou variações sob um tema de música, ou os padrões da dança ou toques de pincel. Tem, igualmente, um aspecto ritualístico, porque o conhecimento nunca reivindica totalmente a dignidade do problema que está sendo amplificado. Começamos sabendo que não poderemos conhecê-lo; podemos apenas pairar sobre ele, nele mergulhar e tomá-lo em consideração através de uma atenção devotada. Isto permite que se revelem os vários níveis de significado de um problema, o que corresponde à maneira pela qual a própria alma apresenta suas exigências: retorno iterativo aos complexos básicos, para elaborar uma nova variação e pressionar a consciência a ir em frente.

A dádiva do significado não é o resultado da interpretação, que, tão freqüentemente, é apenas uma tradução em palavras razoáveis que despotencializam o inconsciente. O significado não é algo atribuído pelo analista a uma colcha doida de sonhos e eventos. Não é algo posto, ao contrário, é algo extraído. Por isso precede a interpretação e torna a interpretação possível, pois se o significado já não estivesse lá como uma potencialidade em cada evento psíquico, nenhuma interpretação faria sentido. O significado existe a priori, de modo que cada acontecimento pode tornar-se uma experiência significativa. O analista extrai o significado de duas maneiras: desnudando e reduzindo os fatos a princípios fundamentais, e tornando os eventos prenhes de significado, através da amplificação.

No primeiro caso, formula questões, exatamente como o faz o diagnosticador; mas, na diagnose, o questionamento busca respostas precisas e factuais. Exatamente qual é o lugar que está dolorido? Quando começou? Qual é sua temperatura ao acordar? As per-

guntas cessam quando se obtêm as informações. As questões da análise não produzem respostas definidas. Ao contrário, eliciam um processo que apenas suscita mais questões e indaga mais profundamente sobre a vida. O significado é extraído do desconhecido. Descubram-se coisas que dificilmente poderiam ser imaginadas, exatamente como Sócrates, através de questões, extraiu de Meno verdades desconhecidas. O estilo socrático de questionamento estimula a busca da alma. Pelo fato de estas questões serem questões vitais, tal questionamento coloca a própria vida em questão. Novamente, constatamos que a dialética do processo analítico conduz a experiências da morte.

No segundo caso, a amplificação leva a novos símbolos. À medida que os anteriores tornam-se cada vez mais conscientes e formulados, os significados que carregam parecem desvanecer. Voltando novamente ao tema através de um novo giro da amplificação – quer seja através de leitura, através da vida ou através do sonho – descobre-se um novo aspecto simbólico, libertando uma outra experiência. Os eventos revestem-se de um aspecto simbólico; o lado interior da vida (o aspecto *sukshma* em sânscrito) começa a mostrar-se por toda parte, um objetivo de muitas disciplinas espirituais. Isto leva a um aprofundamento da capacidade de experimentar. Tornando-nos familiarizados com os complexos básicos da nossa alma, chegamos a certas verdades sobre nós mesmos. Este conhecimento profundo é ao mesmo tempo verdade objetiva e compreensão.

Pelo fato de os temas aos quais retornamos através da amplificação não serem apenas as suas ou minhas mais profundas feridas mas igualmente os temas eternos da alma, eles não poderão nunca ser estabelecidos de uma vez por todas por meio de uma definição. Como experiências objetivas e coletivas, das quais cada um de nós participa, começamos a compreender os outros, à medida que formos alcançando níveis objetivos e coleti-

vos em nossos próprios problemas. A análise didática desenvolve a objetividade, ao amplificar os problemas do candidato além do nível pessoal. Ele pode então compreender a outra pessoa "a partir da base", por assim dizer.

Se a compreensão fosse meramente simpatia, seria pessoal. Então, de fato, apenas o conhecimento poderia levar à verdade. Este ponto é de crucial importância. Se a compreensão fosse meramente uma identificação com o ponto-de-vista do outro e um compartilhar de seu sofrimento pessoal, todos os julgamentos sobre um caso seriam subjetivos. O analista ficaria enredado em um círculo solipsista de empatia e não haveria objetividade de maneira alguma. *A análise dificilmente diferenciaria-se de qualquer comiseração pessoal.* O que torna a análise objetiva e oferece a oportunidade para uma ciência da alma é exatamente o aspecto objetivo e coletivo da alma. Este aspecto, a alma o tem em comum com os outros e aparece na capacidade de conceber, imaginar, comportar-se e ser tocada, de acordo com metáforas fundamentais que Jung chamou de padrões arquetípicos.

A compreensão por isso exige conhecimento, *conhecimento da psique objetiva.* Sem este conhecimento do inconsciente coletivo, o analista tende a reduzir os problemas fundamentais às trivialidades pessoais de uma vida individual. A dialética torna-se o diálogo superficial do relatório e do revolver da memória, bem como a troca de opiniões pessoais. A individualidade não significa este tipo de diferenças pessoais pormenorizadas. A individualidade da alma não se baseia em fatos acidentais de criação e circunstâncias, porém, mais provavelmente, na habilidade de cada um de nós de descobrir sua vocação particular, da qual esses acidentes formam parte e à qual devem ser relacionados. Este movimento para tornar-se o que se deve ser é reconhecido através de uma sucessão de experiências incrivelmente signifi-

cativas que formam a história da alma. (Jung demarcou os padrões e estágios gerais dessas experiências em suas pesquisas sobre *o processo de individuação* e deu um exemplo pessoal de uma história de alma em sua autobiografia. *Memórias, Sonhos e Reflexões*.) O analista tenta compreender o outro e provocar nele a autocompreensão, relacionando a história de caso à história da alma e os dados triviais ao mito central da vida do paciente.

Embora o analista seja um especialista, seu campo, a alma, compreende nada menos do que toda a natureza humana e talvez até mais. As preocupações que encontra não são meramente histórias de caso particulares e subjetivas. É modéstia desnecessária de um analista descrevê-las como tal e é insuficiente para a completa dimensão da alma angustiada usar o foco estreito dos mecanismos psicopatológicos e a linguagem do clínico. Os desafios que a alma lhe coloca no consultório exigem que ele estude. Deve saber como colocar o subjetivo dentro de um contexto psicológico objetivo, do contrário fica preso a insignificâncias. E quando fala sobre seu trabalho, usar uma linguagem profissional também faz injustiça à alma. *Ele tem uma obrigação que extrapola sua especialidade, porque o que entra em seu consultório é o hoje.* O nível coletivo da alma perturbada é a história humana. Isto diz respeito a todo mundo.

O conhecimento de um analista é tomado da filosofia, da etnologia, das artes, da religião e da mitologia, de preferência à medicina ortodoxa, porque esses campos apresentam as formulações da psique objetiva. *Relatam como a alma encara e experimenta a vida e a morte.* Os problemas que um analista é convocado a enfrentar não são curar a doença e restabelecer a saúde mas são os problemas de "como viver" e "como morrer". Uma prolongada e rica dialética sobre esses temas será amplificada por muitos lados. Aqui, *valem mais as humanidades do que as ciências, e a medicina é menos*

útil do que o mito, onde exemplos de imagens e comportamentos com detalhes precisos mostram como a psique, em seus níveis mais fundamentais e objetivos, coloca seus problemas e soluções alternativas.

Cada sonho recapitula esses problemas eternos numa linguagem eterna, envoltos nas trivialidades acidentais das circunstâncias. Um analista é obrigado a abster-se de reduzir qualquer um desses níveis ao outro, mas, através da dialética com o sonhador, ambos unem os dois níveis. Sua posição de um pé dentro e outro fora significa não apenas conhecimento e compreensão, não-envolvimento e envolvimento, mas acima de *tudo uma compreensão do nível pessoal da psique à luz do conhecimento do nível impessoal*. Isto propicia aquele *não-envolvimento a partir de dentro*, um tipo de pensamento simbólico, que é completamente diferente de ter um pé fora sustentado por um pedestal médico.

XI ESPERANÇA, CRESCIMENTO E PROCESSO ANALÍTICO

“Enquanto há vida, há esperança” é a máxima do médico. A esperança dá coragem ao paciente, fortalecendo sua vontade de viver. O médico nunca ousa renunciar à sua esperança. É a essência de sua atitude terapêutica.

Esta máxima significa mais do que seu uso secular e médico, isto é, enquanto o paciente vive, há esperança de cura. A sentença estabelece uma identidade entre vida e esperança. Onde a vida está, há esperança. E esta esperança é a própria vontade de viver, o desejo de futuro – ou como a define o dicionário: “esperar com desejo”. Como poderíamos continuar sem ela? O que é o amanhã sem ela? A máxima do médico oferece a idéia de que a força impulsionadora fundamental do homem bem poderia ser a esperança, assim como o desamparo é a atmosfera do suicídio. Onde há vida, deve haver esperança. A esperança nos mantém em movimento. Ou, como colocou T.S. Eliot:

*Vai, Vai, Vai, disse o pássaro: a espécie humana
Não pode suportar tamanha realidade.*

E se a esperança é a força emocional fundamental da vida, talvez também seja, como sugere Eliot, seu oposto: o engano básico, como a espera e o desejo que nos afastam do momento.

Valeria a pena recordar as lendas sobre a origem da esperança no mundo. Na Índia, a esperança pertence a Maia, a Grande Deusa, que nos tenta com a roda da ilusão. Como Maia, a esperança tece as incontáveis fantasias de nosso destino. Somos apanhados numa teia de esperanças que é a vontade de viver, experimentada como projeções rumo ao futuro. Como emoção fundamental, a esperança de Maia seria o que a psicologia moderna chama de a função projetiva da psique, que nunca nos abandona enquanto formos vivos, induzindo-nos para frente. No Ocidente, Pandora é a contrapartida de Maia. As lendas de criação de ambas mostram paralelos. Na Grécia, Zeus fez Pandora como uma estátua de tamanho humano, uma boneca pintada com a beleza, o primeiro "doce engano" (*kalon kakori*), dotada de virtudes por vinte das divindades gregas. Na Índia, a Grande Deusa tomou forma como um produto composto pelo panteão hindu reunido para salvar o mundo do desespero. Em outra lenda, apareceu sob forma de Aurora; e então, como Sati, foi modelada por Brahma na presença de vinte divindades para tentar Shiva, afastando-o do isolamento ascético, de modo que o eterno jogo da vida pudesse continuar, procriando e esfoliando sem cessar. Associadas às deusas grega e hindu estão todas as loucuras e vícios da paixão humana e todas as energias criativas (Shiva e Brahma; Prometeu, Hefesto, Zeus) das ocupações humanas.

Pandora, em sua forma original, era representada por uma jarra ou vaso grande. Como demonstram os Panofsky, esse vaso tornou-se uma caixa na tradição posterior. No vaso de Pandora, jazem escondidos todos os males do mundo. Quando este foi aberto (e ele deve sê-lo inevitavelmente, da mesma maneira que Eva trouxe o

Pecado ao mundo ao ceder à tentação do proibido) voaram para fora todos os males, todos menos a Esperança. A criação do mundo fenomenal da ilusão é semelhante na Grécia, na Índia e no Velho Testamento.

A lenda de Pandora narrada por Hesíodo diz-nos que *a esperança é um dos males que estava no vaso e é o único que permanece aí dentro*. Fica escondida onde não é vista, ao passo que todos os outros males, fantasias e paixões são as projeções que encontramos fora, no mundo. Esses podem ser recapturados, integrando-se as projeções; mas a esperança está dentro, ligada ao próprio dinamismo da vida. Onde há esperança, há vida. Nunca podemos confrontá-la diretamente, do mesmo modo que não podemos agarrar a vida, pois a esperança é o anseio de viver no amanhã, o debruçar insensato no futuro. Vai, vai, vai.

Não será a esperança religiosa completamente diferente? Encontramo-la na *Epístola aos Romanos*, de São Paulo, 8,24: "Porque pela esperança é que fomos salvos. Ora, ver o objeto da esperança, já não é esperança; porque o que alguém vê, como é que ainda o espera? Nós que esperamos o que não vemos, é em paciência que o aguardamos." Esperar não é esperar pelo que se espera; não se espera por aquilo que já é conhecido. Tal esperança é esperança pela coisa errada. É ilusão. Novamente, usando as palavras de Eliot:

*Eu disse a minha alma: acalma-te e espera sem
esperar
Pois esperar pode ser esperar a coisa errada; espera
sem amor
Pois o amor pode ser amor da coisa errada: e a fê?
Fê, amor e espera estão todos no
esperar.*

O significado religioso da esperança implica o sacrifício de toda a espera. Não será essa esperança religiosa,

na qual a espera é tudo, a esperança do desespero que aparece quando enfrentamos o risco do suicídio?

A esperança secularizada mostra-se melhor na medicina. Durante recentes reuniões da *American Cancer Society*, um especialista teria explicado por que não se deve nunca desistir da batalha para salvar um paciente de câncer: quaisquer que sejam as despesas, a dor e a agonia psíquica, há sempre a esperança de que durante uma remissão temporária a ciência médica possa apresentar um remédio e salvar a vida do paciente. A qualidade de vida e a entrada na morte tendem a ser colocadas em segundo lugar face ao principal objetivo médico – prolongar a vida. A vida não é mais em benefício de outra coisa, mas tornou-se sua própria medida.

Isto é suficiente e correto para a medicina científica; mas será suficiente e correto para a análise? Salvar a vida tem diferentes significados. Para o médico, salvar a vida significa em primeiro lugar postergar a morte. Isto é simples e claro. Pode ser avaliado por mensuração: por anos, dias e horas. A esperança de salvação que o médico oferece é *a esperança de mais tempo*, isto é, quantidade de vida. E a esperança a que o médico serve é *a exigência do paciente por mais vida*, não uma vida melhor, não uma vida transformada. Quando a vida se torna sua própria medida, a boa vida significa simplesmente mais vida e a morte torna-se o grande mal. E suponhamos que o remédio tenha sido descoberto, e levado voando à cabeceira do paciente, qual a sua esperança? O que foi feito para salvar o paciente, para sua salvação? Este tipo de esperança médica serve à salvação secularizada – e não existe tal coisa.

A medicina associa doença à morte, saúde à vida. Gaubius, de Leyde (1705-80), deu esta definição: "A medicina é a guardiã da vida e da saúde contra a morte e a doença"; ao passo que hoje em dia a medicina afirma que a evidência para a idéia de uma "morte natural" é

inexistente, porque as autópsias mostram que toda morte pode ser remontada aos resíduos da doença. Isto implica na esperança de que, se pudermos nos livrar da doença, poderemos também livrar-nos da morte; contudo, uma vida doentia e uma morte saudável também são realidades. Este re-arranjo dos pares habituais oferece uma outra maneira de encarar os problemas da morte com que o analista se defronta. A batalha contra a doença pode ser separada do terror da morte, porque a doença é um inimigo tanto da vida quanto da morte. A doença interfere com um morrer correto bem como com um viver correto. Uma metáfora hindu do morrer mostra que a *morte exige saúde*; caímos intactos e maduros da árvore da vida, no momento certo. Isto implica em que o médico pode bater-se contra a doença não em benefício da vida apenas, mas também em nome da morte, a fim de permitir a seu paciente chegar a uma fruição consciente.

Ou, para os esquimós, quando se cai doente, toma-se um novo nome, uma nova personalidade doentia. Para restabelecer-se de uma doença, precisamos literalmente "passar adiante" dela transcendendo-a, isto é, morrendo. A única esperança de cura repousa na morte da personalidade doente. A saúde exige a morte.

Talvez seja isto o que Sócrates quis dizer com suas últimas obscuras palavras sobre estar devendo um galo sacrificial a Asclépio. Quando se sacrifica o orgulho presunçoso da vida, que cacareja esperançosamente a cada aurora, o instinto para o amanhã é liberado. A morte, então, é a cura e a salvação e não apenas o último e pior estágio de uma doença. O cacarejar do galo ao amanhecer também saúda a ressurreição da luz; mas a vitória contra a morte e sobre o novo dia começa apenas quando a ambição por ela é abandonada sobre o altar. A doença que a experiência da morte cura é a fúria de viver.

Esta doença é melhor enunciada no termo médico-estatístico "expectativa de vida". Ter esperança, "esperar com desejo" justifica-se estatisticamente: temos direito a uma certa quantidade de vida. Esta esperança tende a enredar o médico e o paciente a esperarem a coisa errada. Esperam por mais daquela vida que já é conhecida, isto é, esperam pelo passado. A esperança desse tipo dificilmente é por salvação ou mesmo novos começos. É regressiva, porque impede o desafio da morte. É egoísta, porque pede por mais do que já éramos. Isto não é de modo algum a esperança que Paulo descreve, que é invisível e onde "melhorar" significaria uma qualidade de vida, não uma aproximação ao normal. Somos levados a acreditar que o desejo de libertar-se da doença significa, na verdade, voltar ao que éramos antes da doença, ao *status quo ante*. Quando o médico junta-se ao paciente esperando restaurar ou restabelecer a saúde com uma recuperação rápida, ambos caminham contra o fluxo do tempo, o processo de envelhecimento e a realidade da morte. Suas esperanças conjuntas negam a morbidade de toda a vida.

Um analista freqüentemente ignora propositalmente os sintomas que aparecem em seu consultório. Ao invés de investigar esses sintomas, volta-se para a vida da pessoa que fomentou a patologia. Sua premissa é de que a doença tem seu significado na vida do paciente e ele tenta compreender esse significado. Não pode ter a esperança usual de cura ou até alívio dos sintomas. Sua experiência analítica diz que *a esperança que o paciente apresenta é parte da própria patologia*. A esperança do paciente surge como uma parte essencial da constelação de seu sofrimento. Frequentemente, é governada por uma necessidade impossível para livrar-se do próprio sofrer. A mesma condição que constelou os sintomas é exatamente a condição que esses sintomas estão interrompendo e matando – ou curando. Por isso, um analista

não espera um retorno àquela condição da qual surgiram os sintomas e a esperança de alívio.

Pelo fato de a esperança ter esse núcleo de ilusão, favorece a repressão. Esperando o *status quo ante*, reprimimos o estado atual de fraqueza e sofrimento e tudo que ele pode trazer. Posturas de força são responsáveis por muitas das principais queixas atualmente – úlceras, condições vasculares e coronárias, alta pressão arterial, síndrome de *stress*, alcoolismo, acidentes rodoviários e esportivos, esgotamento nervoso. O desejo de adoecer, assim como o impulso suicida, levam o médico e o paciente a encarar face a face a morbidade que, teimosamente, volta, a despeito de toda esperança em contrário. Poder-se-ia perguntar se a própria esperança médica não é, em parte, responsável pela doença recorrente; uma vez que nunca permite inteiramente a fraqueza e o sofrimento, a experiência da morte não é capaz de produzir seu significado. Privam-se as experiências de seu efeito completo através de uma rápida recuperação. *Enquanto a alma não obtiver o que quer, precisará adoecer novamente*. E recomeçará um outro círculo vicioso iatrogênico de doença recorrente.

A imagem médica de saúde, com suas expectativas sobre a vida, simplesmente não dá espaço suficiente para o sofrimento. A medicina livra-nos dele. O médico pode desejar livrar seu paciente da doença, porque a encara como uma invasão estranha a ser rechaçada; mas "livrar-se" é impossível em análise porque, como vimos, a doença é o paciente. E a doença não é o sofrimento do qual o paciente precisa ser salvo mas a condição necessária para a salvação. Se o paciente é a doença, "livrar-se" significa uma rejeição destrutiva do paciente. A única proteção do paciente, aqui, pode ser uma transferência aumentada onde a alma – cativando, agarrando-se, seduzindo – exige com mais intensidade do que nunca permissão para ser. Enquanto a cura

significar "livrar-se", nenhuma pessoa em análise jamais querará deixar de ser paciente.

Parece, contudo, que a esperança do tratamento médico é alcançar aquela utopia onde não há pacientes. Num certo momento, de um certo modo, o paciente sempre sente que "não deveria" estar doente. Somos levados pela própria medicina, através de sua noção de saúde, a viver além de nós mesmos, impelidos e exaustos, com ameaça de esgotamento, devido à negação da fragilidade humana. Quando o médico aconselha a diminuir o ritmo, seu próprio "vai, vai, vai" e seu *furo agendi* impedem que sua recomendação tenha efeito. "Melhorar" significa "tornar-se mais forte"; saúde tornou-se equivalente de força, força para viver. Somos construídos para quebrar e, então, sermos refeitos como éramos antes, como uma máquina apanhada num *feedback* acelerado. Parece que a alma só consegue fazer-se ouvir usando a linguagem do médico, ou seja, usando sintomas.

Estar fraco e sem esperança, ficar passivo às manifestações sintomáticas do inconsciente, freqüentemente, são uma condição altamente positiva no início da análise. Não sentimos como positivo porque nossa esperança é por outra coisa, por algo que esperamos a partir do que já conhecemos; mas a morte está ocorrendo e é provável ocorrer uma transformação. Um analista pode encorajar seu paciente a experimentar esses eventos, dar-lhes as boas-vindas, até a valorizá-los – pois alguns melhoram ao piorar. Se começar a esperar junto com o paciente "livrar-se" deles, terá começado a reprimir de uma maneira médica. Alguns precisam chegar a esse ponto onde começa a humilhação justamente através da derrota humilhante da doença ou das tentativas suicidas, justamente através do modo orgânico; mas aqui, a esperança médica, com seu arsenal de prescrições, visa ao fortalecimento do *status quo ante*. Dá alta ao paciente, novamente fortalecido. Como esses pacientes estavam a

caminho da saúde, aproximando-se da morte, a medicina manda-os de volta à vida e à doença.

Um analista aborda a dependência e a passividade e o desamparo de modo diferente, porque começa a partir de sua própria fraqueza. Terá que admitir logo de saída que não pode fazer um diagnóstico, não sabe a causa da queixa, nem se poderá tratá-la ou curá-la. Mostra, num certo sentido, que é passivo a ela. Teve que abandonar suas expectativas a respeito da vida de seus pacientes e oferece pouco para alimentar a esperança do paciente. Se é que tem qualquer esperança, deposita-a no inconsciente, no desconhecido que pode emergir da dialética analítica, que é uma esperança "por aquilo que não vemos." Esta atitude foi apresentada pormenorizada-mente no capítulo "Enfrentando o Risco do Suicídio".

Assim como com a esperança, o mesmo se dá com o crescimento. O médico foi treinado em biologia. Seu modelo de desenvolvimento vem de estudos em evolução, principalmente em espécies subumanas. Reconhece o desenvolvimento através do crescimento em tamanho, da diferenciação de função, da viabilidade aumentada, da aproximação à norma da espécie e, em formas superiores de vida, reconhece a maturação como capacidade de reproduzir. A genética, a bioquímica, a histologia e a embriologia deram ao médico seu conhecimento básico a respeito do crescimento.

Transferido para o processo analítico de desenvolvimento da alma, este modelo mal interpreta alguns fenômenos fundamentais. Novamente aqui, encontramos a análise freudiana influenciada por seu *background* médico. A análise freudiana geralmente chega ao fim quando o paciente alcançou um ajustamento sexual bem sucedido. A análise freudiana raramente aceita analisando acima da idade de quarenta e cinco anos. A noção de desenvolvimento é condicionada pelo pensamento biológico. A habilidade biológica de reprodução é trans-

ferida para a psique e usada como critério de "maturidade"; mas devem a plasticidade biológica e a capacidade psíquica coincidir?

Até a idéia de criatividade, meta acalentada por tantas pessoas, molda-se por essas noções biológicas de potência e reprodução. Pelo fato de a semente de todos os processos naturais sempre mostrar-se fisicamente, concebe-se a criatividade como um ato reprodutivo com um resultado tangível – uma criança, um livro, um monumento – que tem uma vida física além da vida de seu criador. A criatividade, entretanto, pode ser intangível, sob forma de uma boa vida, um belo ato, ou em outras virtudes da alma, tais como liberdade e abertura, estilo e tato, humor e generosidade. A habilidade de criar virtude em si mesmo sempre foi um bem primordial para a filosofia e a religião. Tradicionalmente este tipo de crescimento tinha precedência sobre o crescimento físico. Para alcançá-lo, talvez se tenha que sacrificar o modelo biológico de criatividade e o tipo de crescimento que ocorre na natureza. O crescimento da alma, todavia, não exige os exageros do mártir e do asceta. Devemos apenas lembrar que a vida criativa mostra espontaneidade e liberdade e que *criatividade não significa apenas produtividade* de tipo físico volumoso. O paciente quer "crescer" e "tornar-se criativo". E boa parte da psicoterapia é iludida pela idéia de que todo mundo deve ser normal (curado), ter filhos e "fazer coisas", ou ser criativo escrevendo, pintando ou "produzindo coisas". Quando uma pessoa fala sobre criatividade como produtividade, tende a encontrar ouvidos receptivos no analista médico por causa do modelo biológico de crescimento (A atitude médica é corretamente ligada a esta maneira de pensar porque, como foi dito, o radical de "médico" ("physician, em inglês) é *bhu*, que significa "crescer", "produzir").

Esta noção de crescimento trai as mesmas expectativas que esperança. Novamente, é uma noção quantitativa. Tende a encarar o processo analítico principal-

mente como *acrescentando algo à personalidade*. Um analista que encare as coisas dessa maneira espera que seus pacientes cresçam mais arredondados, mais adaptados, com mais sucesso, mais produtivos. Ou, se suas metas são mais introvertidas, crescimento tende a significar uma subjetividade mais rica e diferenciada, formulada como "alargamento da consciência". Quer a expansão seja extrovertida ou introvertida, crescimento tende a significar aumento e as metas são influenciadas pelo pensamento biológico. A pessoa espera crescer de acordo com o modelo biológico e o analista que se baseie totalmente nesse modelo corre o risco de julgar o crescimento apenas de acordo com os padrões dos processos evolucionários. Tais idéias de desenvolvimento são mais adequadas à criança em crescimento do que ao adulto crescido, para quem aumento de tamanho e viabilidade, reprodução e aproximação à norma não são mais os objetivos. Crescimento apenas como aumento, crescimento sem morte repete o desejo por uma "Mãe" amorosa com leite sempre jorrando de seu seio. Criatividade como produtividade expansiva traz em si as fantasias onipotentes de um falicismo ambicioso. Manter tais metas na vida adulta, mesmo se agora transferidas para "desenvolvimento psíquico" e "criatividade", revela que nem todas as coisas infantis foram abandonadas. São os imaturos que se preocupam com a busca de maturidade. E não é típico da adolescência imaginar crescimento e criatividade em imagens protéticas de "tornar-se"? A esperança e o crescimento, como a juventude, são verdes. O *furor agendi* criativo, sustentado por metáforas inadequadas de crescimento, pode impedir o verdadeiro desenvolvimento psíquico e assim um analista é levado a encarar o crescimento a uma luz totalmente diferente.

A criatividade da análise não tem de ir além da própria análise. Não tem que produzir algo mais. A criatividade está lá, presente durante a própria hora da análise. O

relacionamento analítico, isto é, o relacionamento que é mutuamente trabalhado, é a forma básica de criatividade mútua. Outros atos criativos ocorrem na solidão, como pintar e escrever, ou em grupos complexos, como nas artes cênicas; mas na análise, em sua melhor forma, duas pessoas criam uma à outra. Será que a análise não ofereceria a metáfora básica para a criatividade em qualquer relacionamento, onde o intercâmbio frutífero é o trabalho, mas não se trabalha visando aos frutos?

O processo analítico consiste em transformações rumo à individualidade; leva a sermos nós mesmos. A partir da observação empírica deste processo, pode-se afirmar que a individualidade é a norma para a espécie homem. Isto é paradoxal, porque a individualidade é sempre diferente da espécie e contradiz todas as verdades estatísticas. *O analista, por isso, se vê encorajando um crescimento que, se é que existe, conduz ao não-padrão e ao excêntrico.* Pilha-se tomando posições, como a posição sobre o suicídio, que parecem decididamente opostas às normas para a espécie, conforme foram biologicamente concebidas.

O crescimento da alma pode afastá-la completamente da adaptabilidade e diferenciação. Por exemplo, através da análise, uma jovem esposa introvertida ou um jovem para quem o sentimento vem antes do que o pensamento, podem encontrar-se mais afastados e fora do comando do mundo à volta deles. Têm que ser, em primeiro lugar, o que são, ao invés de prosperar num mundo que para eles faz exigências inautênticas. Numa perspectiva mais ampla, talvez estejam agora mais adaptados, mas os passos em direção a essa adaptação parecem totalmente diferentes da noção biológica usual de crescimento. Até alguns extremos do sanatório, tais como aumento de dependência e afastamento autista, podem ser encarados pelo analista como fenômenos de crescimento. A alma pode fazer desenvolvimentos sem que esses venham à luz e suas manifestações podem

parecer contrárias ao mundo, à vida e ao corpo. Devemos repensar a idéia antiga de uma mente sã num corpo sã. Quando falamos de uma vida plena, nem sempre queremos dizer também um alma plena. Algumas vezes uma vida cheia pode significar um "vazio interior", assim como alguém considerado uma alma rica ou uma boa pessoa pode não ter vivido um único dia de sua vida com boa saúde, do ponto-de-vista médico.

As metas biológicas de ampliação e diferenciação podem ter de ser abandonadas em favor da concentração. Para alguns jovens talentosos, o horizonte e todas as suas possibilidades luminosas estreitam-se. O desenvolvimento da consciência exige perseverança e coerência. A concentração sobre si mesmo e sobre o próprio destino desenvolvem um estreitamento de visão e uma intensidade emocional que, de modo algum, se encaixam no padrão de diferenciação biológica ou viabilidade de um homem completo que pôs todas suas faculdades em uso.

Positivamente, a análise não é psicoterapia dinâmica. A própria palavra psicodinâmica trai a *weltanschauung* de esperança e crescimento. A análise freqüentemente leva a condições onde a dinâmica da mudança decresce, acabando em estabilidade. Esta estabilidade era compreendida pelos alquimistas como a Pedra, não conhecida por sua capacidade de crescer e tornar-se diferente, mas simplesmente ser ela mesma. A simplicidade desta condição não é pessimista, mas pesa muito sobre as expectativas otimistas.

O crescimento pode ser um desenvolvimento para fora do mundo. O processo analítico mostra isto através de imagens de perda, abandono e morte. O mesmo tanto que é perdido é acrescentado. Quando se trabalham as ilusões, o que sobra freqüentemente é menos do que se esperava, porque tornar-se si-mesmo significa ser reduzido a apenas o que somos – aquela pedra de argila

comum – do mesmo modo que amar a si mesmo significa aceitarmos nossa realidade limitada, que é, igualmente, nossa singularidade. O desenvolvimento analítico, especialmente em pessoas mais velhas, parece afastar-se do que aparece em direção ao que não aparece. (Realmente, não é a criança que precisa nos mostrar tudo?) A questão dos resultados manifestos torna-se cada vez menos arrebatadora, embora o trabalho analítico possa tornar-se cada vez mais urgente. Aqui, a criatividade está totalmente ocupada com a criação de si mesmo. Discutimos essa questão, anteriormente, sob a linguagem da tradição como corpo sutil, corpo diamantino imortal ou construir a própria morte. Este crescimento e esta criatividade não podem ser medidos por padrões biológicos; correspondem melhor aos padrões de desenvolvimento espiritual na religião, no misticismo e na filosofia.

Por isso, descreve-se melhor o processo analítico como refinamento qualitativo do que como crescimento quantitativo. A alquimia apresenta, como Jung documentou com tanto esmero, o quadro mais claro deste tipo de desenvolvimento. O minério (nossa substância comum) é fundido para produzir um metal precioso; os fluidos (nossas vagas correntes emocionais) são destilados para se obter uma gota de essência rara: as massas sólidas (nossas acumulações amorfas) são reduzidas a seus elementos. A separação procede por discriminação e rejeita-se o resíduo. Ou, através do fogo e do sal (de nossas experiências ardentes e amargas) calcinam-se as coisas supérfluas e dá-se permanência a valores. O grosseiro torna-se sutil, o pesado volatiliza-se, ao mercurial carrega-se com chumbo e o muito seco é fertilizado pela chuva. O produto da colheita é sempre menor do que o grão não colhido. O trabalho analítico tende a produzir a personalidade menor no sentido religioso, onde o crescimento parece proceder de forma descendente e interiormente e em direção ao passado, aos espíritos ancestrais e às sementes germinadoras das

quais surgimos. Como diz a alquimia, o processo analítico é um *opus contra naturam*, uma obra contra a natureza. A ontogenia da alma dificilmente recapitula a filogenia biológica, mesmo que nossos intelectos precisem de metáforas biológicas para suas descrições. Por isso, o crescimento psíquico é paradoxalmente um crescimento contra a vida natural, quando se concebe a vida natural de maneira demasiadamente ingênua. O crescimento da alma dar-se-ia através da morte, o principal *opus contra naturam*. Não, não é crescimento, mas antes o que Buda proferiu em suas últimas palavras: “A decadência é inerente a todas as coisas compostas. Trabalhem em sua salvação com diligência”.

Assim como esperança e crescimento são inadequados para conceber o processo analítico, também seus opostos, desespero e morte são metáforas insatisfatórias. Ou melhor, enquanto discutirmos a análise apenas como um processo de melhoria, qualquer modelo de refinamento, transformação, crescimento e desenvolvimento servirá; mas todas essas metáforas básicas são enganosas quando se tornam escudos contra a *experiência direta*. E a experiência direta, o único alimento da alma, é o cerne da análise, porque gera consciência. Refinamento, transformação, crescimento e desenvolvimento, todos exigem momentos individuais de experiência direta que negam em intensidade devastadora o processo de desenvolvimento acumulado.

Processo pode ser facilmente confundido com progresso, progresso facilmente mascara o momento. Um momento, na realidade qualquer momento, pode ser o momento da morte, de modo que todo o processo está sempre condensado no agora. Não está em outra parte nem no futuro, mas aqui e agora, em qualquer momento de consciência emocionalmente intensa.

Sabemos pouco sobre a consciência. Mesmo depois de todas as eras em que o homem está no mundo, ainda

não somos capazes de dizer grande coisa sobre o evento central da vida psíquica. Temos hipóteses confiáveis sobre sua base fisiológica e suas conexões sensoriais. Temos também bastante razão para acreditar que a consciência consome energia, requer tensão psicológica ou "ignição" e que está estreitamente ligada ao que se chama "realidade". Inversamente, usamos a palavra inconsciente quando há distorção ou desconhecimento da realidade. Da evidência de que dispomos, parece que *a consciência intensifica-se quando a realidade é experimentada de maneira mais pronunciada.*

Essa suposição concorda com as descrições da maioria das disciplinas espirituais que desenvolvem a consciência por meio da intensificação do foco num prisma de atenção. Esta atenção não é meramente intelectual. É um prestar atenção, um esperar ou ouvir a realidade falar, expressão disso sendo o Buda – seus enormes ouvidos receptivos, toda parte lateral de sua cabeça aberta. A consciência é vivificada na análise por confrontos corajosos com a realidade, cujo paradigma é encarar juntos a realidade da morte pelo suicídio. Chegar a esse ponto onde caem todos os véus é expresso em inúmeras metáforas para o desenvolvimento da consciência, tais como: vagar pelos becos sem saída e desvios do labirinto; o progresso do peregrino através de ascensões, depressões e obstáculos resistentes; retirar, uma a uma, as cascas externas da cebola cabalística e assim por diante. Qualquer que seja a metáfora, o objetivo é chegar a uma experiência direta da realidade, às coisas exatamente como elas são. A consciência mística, mesmo as "visões instantâneas", químicas de Huxley, visam esta penetração vívida, de modo que desapareça a divisão entre consciência subjetiva aqui e natureza objetiva lá. A vida e a imaginação juntam-se em momentos de sincronicidade.

Os desvios, os muros e os véus são aqueles sistemas que construímos para impedir o contato direto. São o

crescimento que impede o crescimento, as crostas que protegem a sensibilidade de uma exposição imediata. *Pois a coisa imediata é o grande tabu e a experiência tornou-se vicariante.* O alimento da alma é empacotado. A pessoa já não sente que está dentro de sua própria vida, mas está em algum lugar lá fora, assistindo a ela ou expressando-a em palavras. Tornou-se uma personagem num filme, o autor de suas próprias memórias, uma peça da imaginação familiar preenchendo esperanças surgidas do desespero dos outros. A Mãe vive a vida através de seus filhos e o Pai através de sua organização. O contato através da sexualidade torna-se compulsivo, quando qualquer outra possibilidade de contato imediato refluí. A alma gostaria de desnudar-se perante outrem em sua eloquência simples, mas apenas consegue impelir o corpo à leviandade adúltera. De maneira mais sutil, a experiência é mediada pela própria psicologia, seus heróis, suas imagens e suas vidas, suas técnicas e termos. A pessoa torna-se um relato de caso, vivendo conceitos de livro num processo de auto-análise, que fragmenta a espontaneidade emocional em grãos de poeira. Até mesmo as valiosas atividades de lazer e responsabilidade social, os passatempos dos bairros suburbanos, bem como as preocupações "superiores", tais como religião, arte e o idílio do amor pessoal *podem impedir a experiência direta*, de modo que a vida ganha aquela característica chamada "postiça" pelos jovens que, pelo fato de ainda serem capazes do imediato, resistem com violência ao aprisionamento de sua pristina visão nas armadilhas pré-fabricadas das escusas adultas. Por essa razão, chamamos a análise de um esgotamento nervoso contínuo e a relacionamos à criatividade. Ela deve ser iconoclasta. *Age rompendo os vasos nos quais a experiência está aprisionada, até o próprio vaso da análise.*

De todos os vasos, o vaso médico é o mais tentador para o analista, especialmente porque contém tão bem

as expectativas do paciente. Ao buscar crescimento e esperar pela próxima hora, as questões incompletas dessa hora podem ser evitadas. Em análise, existe apenas o agora numinoso; o crescimento e a esperança evitam este confronto. Aqui, só a ousadia resolve, mesmo a ponto de a habilidade terapêutica no sentido médico dar lugar ao confronto humano direto e ao risco da emoção. Aqui, estamos nus e desalentadamente mudos e de nenhum modo somos superiores ao paciente.

O único instrumento do analista para intensificar a consciência durante a hora analítica é sua própria pessoa. Por isso, os analistas sempre consideraram sua própria análise o critério primordial para seu trabalho; os não analisados são leigos. Os sonhos, as associações, os eventos, todos podem vir em seu auxílio, mas podem igualmente, com a mesma facilidade, ser usados pelo paciente como novos véus e novas defesas contra a experiência direta. Isto torna o encontro atual tão importante, porque nele o analista não apenas espelha o paciente; ele o confronta com sua própria reação. O paciente veio em busca dessa reação. Não busca nem crescimento, nem amor, nem cura, mas consciência da realidade imediata. O encontro presente exige que os parceiros estejam intensamente focalizados, ou "completamente aí", uma espécie de "estar presente" de modo total, que, devido à base física da consciência, não pode ser mantida de modo duradouro. Novamente, conforme discutimos no Capítulo VI, esta entrega total de estar no processo é a base ontológica do trabalho, porque estar analiticamente presente significa também a presença do ser analítico.

O movimento do divã à poltrona, isto é, o movimento de Freud a Jung, mostra o afastamento do diagnóstico e do mediato em direção ao dialético e ao imediato. A posição física corresponde a outra posição ontológica, dando um outro significado ao "estar em análise". O paciente na poltrona não mais olha com desprezo para si mesmo, com o olhar médico, como um objeto para diagnóstico e tratamento. A mudança do divã para a

poltrona representa uma mudança de foco da própria pessoa, do *que ela tem* para o *que ela é*. A poltrona nos encurrala em nós mesmos, de volta para dentro de nossa realidade, exatamente como somos, face a face, joelho a joelho, cruamente confrontados no espelho do outro, sem chance de uma experiência vicariante. Não há mais a liberdade da associação com a esperança que surja algo de novo. Não há expectativas para algo diferente; ao invés disso, a mesmice do que somos, agora. Experimentamos o imutável por entre as mudanças recorrentes. A esta monotonia e imutabilidade os gregos primitivos chamavam de Ser e é a mesmice de nossa singularidade, para a qual os alquimistas usaram a imagem da Pedra. Aqui, neste ponto imóvel e ferido, não há nem esperança nem crescimento, nem qualquer devir, mas apenas o que é agora (*e deo concedente*), puro e claro como cristal.

O processo pode ser descrito como uma série de momentos de claridade únicos e inestimáveis, frequentemente representados pela psique como um colar de pedras preciosas. A tradição chamou a construção desses momentos prismáticos como construir o corpo diamantino. A relevância do trabalho analítico para liberar na alma os valores indestrutíveis da consciência, em relação a nossos temas da morte, da imortalidade e da construção do corpo diamantino, surge agora.

Não poderíamos, então, concluir que o paciente que vem para resolver seu problema psicológico está, no fundo, pedindo para resolver o problema de sua psique? Isto é, resolver o problema significa solucionar ou salvar a alma. Isto é o que a tradição sempre chamou de salvação ou redenção. Constatamos que, por detrás de toda a necessidade de crescer e desenvolver, criar e produzir, esperar por mais força, por mais vida e mais tempo, por detrás do vai, vai, vai está a necessidade de salvar a alma, de um modo ou de outro, por bem ou por mal, seja como for, via Zen, Freud ou Jung. Através da experiência direta, tornada possível em análise, fazemos como pregou o Buda: "Trabalhem em sua salvação com diligência."

XII SIGILO MÉDICO E MISTÉRIO ANALÍTICO

Verifiquemos agora se o sigilo da análise depende do sigilo médico, conforme estabelecido no juramento de Hipócrates: "O que quer que veja ou ouça, profissional ou particularmente, que não deva ser divulgado, manterei sigilo e não contarei a ninguém." Se pudermos demonstrar outra base para o sigilo analítico, além da base médica, teremos então mais um argumento contra a análise "leiga".

O sigilo médico é um princípio ético nobre. Salva-guarda a dignidade da pessoa e, ao mesmo tempo, eleva a própria doença, encarando-a como pertencente ao destino de uma pessoa, parte de sua tragédia e algo a ser respeitado. Há também uma necessidade social no sigilo médico. Quando se concebem a saúde e a doença como reveladoras dos altos e baixos da sorte, é imperativo que o médico não faça mexericos sobre os assuntos de seus pacientes. Sem a ética da medicina, esta dificilmente seria viável. Quem deixaria o médico ver seus lados mais fracos e repugnantes se o médico divulgasse história da cabeceira do doente em público? A despeito

de toda sua honra, entretanto, o sigilo médico frequentemente pode ser apenas um tipo programático de sigilo.

Tende a ser programático porque é uma regra e as regras lidam com todos os casos de modo igual. O sigilo médico tende a deixar de lado o *relacionamento individual do paciente com o médico*, de modo que o paciente está de fato "nas mãos do médico", ou "sob o bisturi do cirurgião". O médico não começa por identificar-se com o caso diante de si. Esta não é a medicina moderna, por todos os motivos que estivemos discutindo. O médico precisa da regra sobre sigilo médico *para proteger o paciente*, porque não sente que o caso o afete. Não sente que o sigilo médico visa também proteger o médico, no sentido de que apresentar um caso é também, de algum modo, uma exposição de si mesmo. Se o médico estivesse envolvido emocionalmente, como o analista no processo terapêutico, não haveria necessidade de uma regra de sigilo. Então, sentir-se-ia compelido a manter silêncio sobre a alma de seu paciente como o faz com a sua. A discrição não teria que ser imposta por lei porque brotaria naturalmente.

Impõe-se uma regra de fora quando se perdeu o sentido natural de discrição. Na Antiguidade, o juramento de Hipócrates tinha matizes religiosos que foram abandonados pela medicina moderna. O que resta é apenas um esqueleto rígido, um princípio ético sem sua vitalidade transcendente. Diz o médico: "Você pode me dizer tudo, mostrar tudo, porque por meu juramento isto não irá adiante"; mas o médico nada diz sobre si mesmo e como recebe essas revelações da alma da outra pessoa. *Um segredo compartilhado produz intimidade e a primeira pessoa com quem o paciente se preocupa não é com os "outros", mas com o próprio médico.* Será que ele merece entrar de modo tão profundo em minha vida privada? Estará o médico à altura de lidar com as revelações que exige? O paciente, no entanto, foi induzido pela regra a ter intimidade com um estranho.

O sigilo médico opera através de uma curiosa dissociação. O paciente apresenta sua história de caso e seu corpo como se ambos estivessem fora de sua vida interior. O médico examina a história de caso e o corpo do paciente como se fossem objetos. Para a situação médica, provavelmente não haveria nenhuma outra maneira e o sigilo médico é suficiente. O corpo, de qualquer modo, não está escondido como está a alma; seus fatos são objetiváveis, públicos, ao passo que a alma é, por essência, privada e secreta. Assim, quando os antigos médicos buscavam a sede da alma, procuravam-na nos recessos mais escondidos do corpo, exatamente como os analistas de hoje em dia, influenciados pela medicina, concebem a vida psíquica intimamente unida às "partes secretas", "privadas".

Segredos indevidos e aqueles guardados erroneamente nos isolam e agem como veneno a partir de dentro, de modo que a confissão é catártica e a comunicação terapêutica. A exigência paranóide de lealdade absoluta, aquele medo de traição e exposição, demonstram que não somos mais capazes de amar e ser feridos. O amor existe quando a traição é possível; caso contrário, não há risco. Amar em segurança é a parte menor do amor. Sigilo dessa espécie é uma defesa que conduz a uma solidão paranóide; sozinho com os próprios segredos e ninguém em quem confiar. Um outro segredo guardado erroneamente é o da criança pequena que se agarra a seu segredo num exercício poderoso de onipotência. Para ela é necessário, mas a criança crescida continua com esse padrão, dominando ao ocultar. Tanto o segredo paranóide quanto o infantil nos mantêm erroneamente separados.

Guardar segredo significa etimologicamente manter algo fora, separado. O sigilo é básico para a individualidade. Numa família, por exemplo, as personalidades individuais não se desenvolvem, a menos que os membros mantenham certos segredos uns *com* os outros e

uns dos outros. O que mantemos secreto nos mantém separados e em nossa vida secreta começamos a descobrir nossa alma individual. (Uma razão por que é tão difícil manter segredos é exatamente porque é tão duro manter nossa individualidade.)

Ao contar um segredo, deixamos o outro penetrar no recinto sagrado de nossa individualidade. Mantemos nossos segredos até sentirmos que a outra pessoa com quem estamos a ponto de compartilhá-lo também o encara como sagrado. Para isto, é preciso haver confiança entre duas pessoas. A confiança desenvolve-se vagarosamente através da compreensão e da dialética. *Um segredo pode ser partilhado apenas entre duas pessoas, não entre uma pessoa e uma profissão.* Quando um analista retém sua personalidade de acordo com o sigilo médico, esperando criar uma atmosfera onde é apenas um refletor objetivo dos fatos, pode, na realidade, estar impedindo a revelação que o paciente precisa não apenas liberar, mas desesperadamente compartilhar com outro ser humano. Abrimos não apenas para deixar sair um segredo, mas para deixar uma outra pessoa *entrar* no segredo. O ponto-de-vista analítico tende a encarar os segredos como algo a ser partilhado, como uma refeição comunal. Pelo fato de a participação num segredo formar um relacionamento, a relutância de um paciente de revelar-se, ou até ser testado psicologicamente, pode ser um bom início para o trabalho analítico. Mostra em quão alta conta ele tem sua vida particular, sua história de alma; mas o segredo impede uma diagnose acurada; e o segredo opõe-se à urgência apolínica de trazer tudo à luz. Assim, o ponto-de-vista médico tende a encarar todos os segredos como segredos indevidos. São algo a ser extraído do sistema do paciente por ab-reação e catarse. Precisam ser contados livremente, o que quer que surja na mente, para desabafar. Assim, a análise freudiana era originalmente chamada de "cura pela fala".

A análise, como a temos concebido desde o primeiro capítulo, é uma aliança secreta. Sua confiança desenvolve-se através do segredo. Se é eticamente errado para o analista quebrar esta confiança discutindo o analisando, então, também, é uma violação da aliança secreta por parte do analisando contar sobre sua análise e seu analista. O segredo mantido pelos dois, um com o outro, não pode ser rompido por *nenhum dos dois* sem ser violado. Contar um segredo é quebrar uma promessa, o que significa nada menos do que quebrar a promessa de uma análise. Esta promessa não é esperança de algum resultado específico, embora traga a sugestão de gravidez. O segredo que os parceiros mantêm prenuncia coisas por vir. Conter um segredo é, assim, a primeira ação para construir o recipiente analítico que mantém a promessa analítica.

Esta idéia é representada pela imagem do "vaso analítico", documentado por Jung em seus estudos alquímicos. A lealdade dos dois, um para com o outro, em seu trabalho comum é uma exigência indispensável do próprio trabalho. Sem a aliança secreta, não podemos enfrentar o risco suicida. Este segredo é mais do que uma regra imposta pela ética. Tem bases bem diversas que estão mais próximas dos mistérios religiosos.

A palavra mistério vem do grego *myein*, que é usada tanto para o fechar das pétalas de uma flor quanto o cerrar das pálpebras. É um movimento natural de encobrimento, mostrando o respeito do pudor face ao mistério da vida, metade da qual ocorre no escuro. Os analistas que mantêm apenas uma perspectiva sexual da transferência podem ter a tendência a não perceber que a vergonha, o encobrimento e o mistério podem ser virtudes. Alguns processos devem ser mantidos secretos se quisermos que funcionem. Por exemplo, o segredo é apropriado às atividades criativas, ao relacionamento de amantes, à oração, à contemplação e ao retiro. A coisa extraordinária a respeito de nossas mais importantes

experiências é que são tão secretamente íntimas, significando apenas nós, pessoalmente, individualmente. Nem tudo que é escuro é necessariamente reprimido. E o que é profundo em psicologia profunda – mesmo se concebido segundo um modelo biológico como tendo raízes na sujeira e na escuridão – deve permanecer subterrâneo. A fonte está fora da vista.

A análise é cautelosa ao desenredar as repressões. Uma vez que o reprimido, seja como for, volta de um jeito ou de outro, cavar, com o espírito de *furor agendi*, pode ser prematuro e estragar toda a planta. Por isso, quando investigarmos a sexualidade reprimida, não cheguemos longe demais, expondo o que é natural ocultar. O numinoso é protegido por tabu e as partes genitais geralmente são cobertas, na maioria das sociedades. Uma discussão aberta a respeito da sexualidade pode violar os sentimentos de segredo que são naturais à vida sexual. A relação sexual não é, normalmente, um acontecimento público e os momentos de reprodução, desde a descida do óvulo e a produção do esperma, até a fertilização e a gestação, todos ocorrem no escuro. Isto significa que, ao trazermos à luz os segredos sexuais e a culpa, deixemos o mistério sexual e a vergonha no escuro.

Dentre as analogias com o mistério analítico, talvez o mistério religioso seja a melhor. Enquanto o sigilo mantém segredo sobre o conhecido, o mistério refere-se ao desconhecido e incognoscível. O participante num mistério religioso compartilha uma experiência que não é produzida por ele. Testemunha a epifania de um Deus, um drama que envolve sua alma em seus eventos e, através dessa experiência, é transformado. Seu testemunho não é o do observador distante, sua participação emocional não é a do entusiasta. Ele toma parte ao abrir-se para o que possa vir, permitindo-se ser tocado por algo que transcende sua própria vontade. Na Grécia, os que tomavam parte nos grandes mistérios – milhares a cada vez – nunca relatavam o que ocorria e até hoje

não “sabemos”, no sentido científico, precisamente o conteúdo e as seqüências desses mistérios. Não contavam por medo da morte, porque um mistério do qual se participa cria não apenas sigilo, não apenas discricção, mas um temor silencioso e esmagador, que torna impossível revelar seu conteúdo a alguém que não participou da mesma experiência. *Os próprios participantes não “sabem”*. A vida religiosa depende de tais experiências e uma casa de Deus surge sempre que ocorra um mistério. Formam-se cultos naturalmente a partir do mistério analítico.

Não se pode relatar um mistério porque não se pode falar a respeito daquilo em que estamos inseridos. “A respeito de” significa “de fora”, e para chegar lá onde o relato é possível teríamos de sair de onde estamos. O participante de um mistério ainda está dentro, enquanto o vaso estiver fechado. Sair fora de uma experiência viva falando sobre ela significa não mais partilhar desse estar vivo. Significa a morte.

Se concordarmos que o relacionamento analítico é uma aliança secreta e que o processo analítico é um mistério, então uma parte do segredo da transferência é encarada não apenas como subterfúgio e resistência, mas também como um aspecto legítimo do processo. O analisando não é um paciente médico tentando ocultar partes de sua história de caso. É obrigado a reter sua alma até sentir que o vínculo entre ele e o analista não é uma condição programática imposta pela regra de uma profissão, mas é uma conexão real. Ou, mais tarde, quando uma análise se encaminhe para a separação, esta fase pode ser indicada pelo fato de se guardar segredos. A outra pessoa começa a reter sua alma, alimentando sua própria individualidade com suas próprias experiências não compartilhadas.

Isto leva às seguintes observações: em primeiro lugar, a resistência, a reserva, o silêncio e a suspeita

tornam o processo lento. Esses obstáculos mostram-se tão difíceis de serem enfrentados que se deve perguntar por que é que aparecem, se não for precisamente para tornar a transformação mais sólida e duradoura. O sigilo, então, cimenta não apenas os laços entre os dois parceiros mas também a integração que ocorre dentro da psique do analisando. Quando um analisando bloqueia uma associação livre, temos uma indicação de um complexo resistente; mas os complexos, como vimos, não podem ser reduzidos à força e sua resistência superada. Seu núcleo é sempre uma idéia com tonalidade afetiva, uma experiência inexpugnável, que tem de ser secreta porque é fundamentalmente um mistério desconhecido e numinoso. Este núcleo não pode ser conhecido até que seu significado arquetípico aflore em experiências – e isto pode durar tanto quanto a vida. *A resistência e o segredo, portanto, baseiam-se no desconhecido e incognoscível no núcleo da vida psíquica.*

Em segundo lugar, os analistas têm uma justificativa para sua recusa teimosa em apresentar num relatório todos os detalhes de uma análise. Algumas coisas jamais devem ser ditas, nem mesmo quando uma pessoa morre, uma vez que os segredos pertencem à alma e não sabemos se a alma também morre. Mais ainda, algumas coisas jamais devem ser ditas porque jamais podem ser ditas; não admitem formulação. A formulação transforma o desconhecido no núcleo da vida psíquica em um “problema”. E é um erro confundir problemas psicológicos com os mistérios da alma, por um lado mistificando os problemas, por outro tentando resolver mistérios. A alma, embora problemática, não é um problema, mas um mistério. O analista, embora seja alguém que resolve problemas, é igualmente um *myste*, o iniciado que mantém o segredo. *Os problemas podem ser solucionados; os mistérios, apenas vividos.*

Em último lugar, a resistência que o analista sente em relação a explicações do comportamento humano

tem uma base sólida. Seus sentimentos não surgem de uma nebulosidade romântica e de uma predileção por obscurecimentos. Ao contrário, o analista serve a Apolo e trabalha dia e noite para esclarecer e iluminar. É forçado a pensar muito e falar concisamente. A análise, contudo, ensina a seus praticantes quanto da vida humana se esconde na inconsciência. Ao aceitar essa escuridão, pode trabalhar dentro dela. Se a alma é um mistério, as explicações sempre estarão aquém dela.

O mistério do processo terapêutico é o verdadeiro *background* do segredo analítico. É completamente diferente do sigilo médico, o que significa que o diploma médico, o juramento e o código não são necessários para garantir o vaso fechado. O vaso fechado é o receptáculo para as forças transcendentais, impessoais, da psique que promovem a cura. Esta cura é preparada atrás da cortina, nos bastidores. Alguns experimentaram essas forças impessoais como Deuses, cuja atuação no processo de cura torna-o um drama refletido nos sonhos. Cada sonho tem sua estrutura dramática e as séries de sonhos desvendam os enredos, as paisagens cênicas interiores e as personagens da história de alma. Este drama terapêutico é um longo épico mitológico, no qual os Deuses, o paciente e o analista tomam parte. Quando os Deuses vêm ao palco, tudo silencia e as pálpebras cerram-se. Mergulhados em olvido por essa experiência, emergimos sem saber exatamente o que aconteceu; sabemos apenas que fomos transformados.

Glencullen House, Co. Dublin
Botorp, Hemsö,
1962-64.

REFERÊNCIAS

PARTE I

- Achile-Delmas, F. *Psychologie pathologique du suicide*. Paris, 1932.
- Alexander, I. E., and Adlestein, A.M. 'The psychology of death: three recent studies'. *Internat J. Parapsy.*, III, 2, 1961.
- Augustine. *The City of God*, I, 19.
- Bartel, R. 'Suicide in eighteenth-century England: the myth of a reputation.' *Huntington Library Quarterly*, XXIII, 2, 1960.
- Benz, E. 'Das Todesproblem in der stoischen Philosophie'. *Tübinger Beiträge zur Altertumswissenschaft*. Stuttgart, 1929.
- Bettelheim, B. *The Informed Heart*. Glencoe, Ill, 1960.
- Blackstone, W. 'Public wrongs.' *Commentaries on the Laws of England*, IV, 15th ed. London, 1809.
- Bridgman, P.W. *The Intelligent Individual and Society*. New York, 1938.
- Brown, N.O. *Life Against Death*. New York, 1959.
- Camus, A. *The Myth of Sisyphus*. London, 1955.
- Crocker, L.G. 'Discussion of suicide in the eighteenth century.' *J. Hist. Ideas*, XIII, 1, 1952.
- Curtis, H.J. 'Biological mechanisms underlying the aging process'. *Science*, 141, 3582, 1963.
- Des Étangs, A. *Du suicide politique en France depuis 1789 jusqu'à nos jours*. Paris, 1860.
- Durkheim, E. *Suicide*. London, 1952.

Eissler, K.R. *The Psychiatrist and The Dying Patient*. New York, 1955.

Epidemiological and Vital Statistics Report, 14, 5. World Health Organization. Geneva, 1961.

Farberow, N.L., and Shneidman, E.S. (eds.). *The Cry For Help*. New York, 1961.

Fedden, R. *Suicide*. London, 1938.

Federn, Meng, Sadger, Lorand, et al. "Selbstmord" *Zschft. f. psychoanal. Pädagogik*, III, 11/12/13, 1929.

Feifel, H. (ed.). *The Meaning of Death*. New York, 1959.

Frederiksen, Sv. The soul and healing in Eskimo Shamanism. (Lectures given at the C.G. Jung Institute, Zurich, 1963).

Freud, S. *Beyond the Pleasure Principle*. London, 1950.

— "Thoughts for the times on war and death". *Collected Papers*, IV. London, 1949.

Gordon, R. 'The death instinct and its relation to the Self.' *J. Analyt. Psychol.* 6, 1961.

Heidegger, M. *Sein und Zeit*, I. Halle, 1927.

Herzog, E. *Psyche und Tod*. Zurich, 1960.

Heywood and Massey. *Court of Protection Practice*. London, 1961.

Hume, D. 'On suicide.' *The Philosophical Works of David Hume*, IV. Boston and Edinburgh, 1854.

Jackson, D.D. "Suicide". *Scientif. Amer.*, November 1954.

Jacobsohn, H. 'Das Gespräch eines Lebensmüden mit seinem Ba.' *Zeitlose Dokumente der Seele*. Zurich, 1952.

Jankélévitch, V. 'La pensée de la mort et la mort de l'être pensant.' *Filosofia della Alienazione e Analisi Esistenziale*, ed. E. Castelli. Padova, 1961.

Jung, C.G. 'Concerning rebirth.' *The Archetypes and the Collective Unconscious (Collected Works 9, I)*. London and New York, 1959.

— 'The soul and death.' *The Structure and Dynamics of the Psyche (Collected Works 8)*. London and New York, 1960.

— 'The psychology of the unconscious.' *Two Essays on Analytical Psychology (Collected Works 7)*. London and New York, 1953.

Klopfer, B. 'Suicide: the Jungian point of view.' *The Cry for Help*, ed. Farberow and Shneidman, q.v.

Lawrence, D.H. *The Complete Poems*. London, 1957.

Le Moal, P. *Suicide, chantage du suicide, chez l'enfant et l'adolescent*. Paris, 1944.

Leopold, A.C. 'Senescence in plant development.' *Science*, 134, 1727, 1961.

Meerloo, J.A.M. *Suicide and Mass Suicide*. New York, 1962.

Menninger, K. *Man Against Himself*. New York, 1938.

Morgenthaler, W. 'Letzte Aufzeichnungen von Selbstmörden.' *Beiheft z. Schweiz. Zschft. f. Psychol. u. i. Anwend.*, I. Bern, 1945.

Natanson, M. 'Death and situation.' *Amer. Imago*, 16, 4, 1959.

Osis, K. 'Deathbed observations by physicians and nurses.' *Parapsy. Monographs*, 3. New York, 1961.

Osler, W. 'To the editor of the *Spectator*.' Oxford, 4 November 1911. See Feifel, p. 248.

Plato. *Phaedo*.

Plessner, H. 'On the relation of time to death.' *Man and Time: Papers from the Eranos Yearbooks*, 3. London and New York, 1958.

Ringel, E. *Der Selbstmord*. Wien and Dusseldorf, 1953.

— *Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem*. Wien, 1961.

Sartre, J.P. *L'être et le néant*. Paris, 1943.

Shneidman, E.S. 'Orientations towards death.' *The Study of Lives*, ed. R.W. White. New York, 1963.

— and Farberow, N.L. 'Suicide and death.' In Feifel, q.v.

Spinoza, *Ethica*, IV.

Sprott, S.E. *The English Debate on Suicide from Donne to Hume*. La Salle, Ill., 1961.

de Stael (Baroness of Holstein). *Reflections on Suicide*. London, 1813.

Stengel, E., Cook, N., and Kreeger, I.S. *Attempted Suicide*. London, 1958.

Sym, J. *Life's Preservative against Selfkilling or an Useful treatise concerning Life and Self-murder...* London, 1637.

Turner, J.W.C. *Kenny's Outlines of Criminal Law*. Cambridge, 1952.

— ed. *Russell on Crime*, London, 1958.

Webb, W.B. 'An overview of sleep as an experimental variable (1940-1959). *Science*, 134, 1421-23, 1961.

Wesley, J. 'Thoughts on suicide.' *Works*, XV. London, 1812.

Williams, M. 'The fear of death.' *J. Analyt. Psychol.*, (Part I) 3, 1958; (Part II) 7, 1962.

Willoughby, C.A., and Chamberlain, J. *MacArthur 1941-1951 - Victory in the Pacific*, London, 1958.

PARTE II

- Burnet, Macfarlane. *Natural History of Infectious Disease*. 3rd ed. Cambridge, 1962.
- Christou, E. *The Logos of the Soul* (Dunquin Press, Blackwells, Oxford), Vienna/Zurich, 1963.
- Clark-Kennedy, A.E. *Human Disease*. London, 1957.
- Dubos, R. *Mirage of Health*. London, 1960.
- Ekstein, R., and Wallerstein, R.S. *The Teaching and Learning of Psychotherapy*. New York, 1958.
- Eliot, T.S. *Four Quartets*. London, 1944.
- Enrago, P. Lain. 'Menschliche Gesundheit und menschliche Vollkommenheit.' *Antaios*, IV, 5, 1963.
- *Mind and Body*. London, 1955.
- Freud, S. 'Papers on technique.' *Collected Papers*, II, London, 1953.
- *The Question of Lay Analysis*. London (Imago), 1947.
- Freud, Sachs, Jones, Horney, Nunberg, Reich, Alexander, et al. 'Diskussion der "Laienanalyse".' *Internat. f. Ztschrift. Psychoanal.*, XIII, 1, 2, 3, 1927.
- Hillman, J. *Emotion: A Comprehensive Phenomenology of Theories and Their Meanings for Therapy*. London, 1960.
- 'Training and the C.G. Jung Institute, Zurich.' *J. Analyt. Psychol.*, 7, 1962.
- Jones, E. *Sigmund Freud: Life and Work*, III. London, 1957.
- Jung, C.G. *The Practice of Psychotherapy (Collected Works, 16)*. London and New York, 1954.
- *Psychology and Alchemy (Collected Works, 12)*. New York and London, 1953.
- with A. Jaffé. *Memories, Dreams, Reflections*. New York and London, 1963.
- Kerenyi, K. *Der Göttliche Arzt*. Darmstadt (Gentner), 1956.
- Lewin, B.D., and Ross, H. *Psychoanalytic Education in the United States*. New York, 1960.
- Martí-Ibáñez, F. *Centaur: Essays on the History of Medical Ideas*. New York, 1958.
- Mayer, C.F. 'Metaphysical trends in modern pathology.' *Bull. Hist. Med.* 1952.
- Meier, C.A. *Antike Inkubation und Moderne Psychotherapie*. Zurich, 1949.
- 'Gedanken über ärztliche und nichtärztliche Psychotherapie.' *Rev. Suisse de Psychol.*, 4, 1946.

- Meillet, A. *Dictionnaire Etymologique de la Langue Latine*. Paris, 1951.
- Menninger, K. *Love Against Hate*. New York, 1942.
- Olmsted, J.M.D. and Olmsted, E.H. *Claude Bernard and the Experimental Method in Medicine*. New York, 1952 (1961).
- Panofsky, D. and E. *Pandora's Box*. Bollingen Series. New York, 1956.
- Prince, G.S. 'Medical psychology?' *Brit J. Med. Psychol.*, 36, 299, 1963.
- Robbins, S.L. *Textbook of Pathology*. Philadelphia, 1957.
- Roblin, M. 'Le nom du médecin dans les langues d'Europe et les origines de la médecine.' *Médecine de France*, 122, 1961.
- Sarasin, P. 'Zur Frage der Laienanalyse.' *Schweiz. Zschft. f. Psychol. u. i. Anwend.*, XV, 1, 1956.
- Severinghaus, A.E., et al. *Preparation for Medical Educations in the Liberal Arts Colleges*. New York and London, 1953.
- Simon, H.J. *Attenuated Infection*. Philadelphia, 1960.
- Skeat, W.W. *Etymological Dictionary of the English Language*. 4th ed. 1910.
- Walde, A. *Vergleichendes Wörterbuch der Indogermanischen Sprachen*. Berlin and Leipzig, 1930.
- Wartman, W.B. *Medical Teaching in Western Civilization*. Chicago, 1961.
- Zimmer, H. *The King and the Corpse*. Bollingen Series, New York, 1948.
- *Myths and Symbols in Indian Art and Civilization*. Bollingen Series, New York, 1946.

ÍNDICE DE ASSUNTOS

Abordagem genética, 149
Aliança secreta, 28, 98, 110, 199, 201
Alma (cf. *também sob* Psique), 31, 32, 42, 43, 46, 53, 54, 56, 116, 136, 164, 170-172, 182;
e análise, 66-68, 122, 202;
e psicologia acadêmica, 69;
arquétipos da, 118;
e crença, 81;
e o corpo, 57, 58, 145;
e a morte, 72, 75, 76, 79, 88, 96, 104, 111, 125, 189;
e a experiência da morte, 67, 82, 84, 100;
desenvolvimento da, 165, 183, 184, 186, 188;
experiência da, 153, 173;
fantasias da, 64, 80, 84, 94;
saúde da, 30;
história, 94, 95, 96, 98, 100, 101, 102, 108, 153, 198, 203;
realidade independente da, 48;
individual, 53;
in extremis, 131-132;
e a medicina moderna, 120;
mistérios da, 201-203;
fenômenos da, 60, 110;
e psique, 59;
e psicologia, 62, 63, 69;
metáfora básica da, 120;
salvação da, 193;
ciência da, 116, 172;
e sigilo, 196-197;
sofrimento da, 131;
e suicídio, 60, 88-89, 91, 104-105;

como um símbolo, 58;
 terminologia da, 55-56;
 e teologia, 70;
 tratamento da, 102
 Almas dos Mortos, 101
 Alquimia, 188, 193, 199
American Cancer Society, 178
 Amor, amantes, amar, 25, 28, 58, 72, 78, 79, 94, 97, 107,
 119, 131, 134, 188, 191, 197, 199
 Amplificação, 109, 169-173
 Amplitude natural de tempo, 72
 Análise, 23, 24, 30-32, 182, 186
 e amplificação, 170;
 e o corpo, 165-168;
 desafios da, 115;
 conflito com a medicina, 30-31;
 e experiências de morte, 74, 82, 87;
 dialética da, 164-166;
 e experiência, 189;
 e cura, 140-141;
 leiga, 115, 120-123, 128-129, 136-137, 160, 195;
 principais problemas da, 169;
 e medicina, 121-126, 128-130;
 e padrão mítico, 117;
 ontologia da, 115-118;
 oposição a, 120;
 pessoal, 65, 191-192;
 e repressões, 199-200;
 e a alma, 58, 79, 119, 122, 193;
 e história de alma, 95-98;
 e sintomas, 167-168;
 didática, 127-128, 153, 172;
 relacionamento singular da, 27-28, 30, 66, 107, 133, 198;
 Análise freudiana, 65, 156, 183, 198;
 terapia, 124
 Análise leiga, 115, 120-122, 124-125, 127-128, 137, 160, 195;
 analista, 27-28, 31, 67-68, 121, 119, 128-129, 166-167,
 192;
 médico, 102-103
 Analista: e preocupação com a experiência, 53;
 critérios do, 67;
 e morte, 31, 67, 78-79, 96, 99-100, 179;
 e experiência da morte, 109;
 e desespero, 105, 110;
 dialética do, 164, 165, 166, 183;

e o curador, 144, 145;
 e envolvimento, 135, 143, 144, 163;
 situação isolada do, 66;
 conhecimento do, 173-174;
 leigo, 27-28, 68, 128-129;
 e tratamento médico, 100, 102;
 e fantasia mítica, 64;
 não-médico, 129;
 e patologia, 147-150, 155-158, 180;
 eros pessoal do, 107;
 filosofia do, 74, 77;
 problemas do, 54-55, 173-174;
 como psicopompo, 109;
 busca de significados, 52-53, 76-77, 171;
 responsabilidades do, 98;
 e a aliança secreta, 98, 107, 110, 199, 201;
 e a alma, 58, 134, 172-173;
 e estudo das explicações, 62;
 e sofrimento, 151-152;
 e suicídio, 24-25, 32, 40, 52-53, 93, 98, 103-104, 109,
 115;
 e prevenção do suicídio, 47, 60-61, 104;
 e o impulso suicida, 104;
 e teologia, 41;
 treinamento do, 25, 30, 65;
 e transferência, 165;
 e o inconsciente, 143, 144;
 e compreensão, 60-62, 64-65, 110, 136, 163, 172, 180;
 ponto-de-vista do, 120;
 vocação do, 67-68
 Apolo, 143, 144, 203
 Arquétipo, 88, 110, 118, 140, 141
 Atitude terapêutica, 175
 Asclépio, 141, 179
Background arquetípico, 34, 67, 169;
 Significados, 34, 63, 95, 139
 Batalha Anima-animus, 88
 Bernard, Claude, 148
 Blackstone, 36
 Bomba, A, 83, 84
 Bridgman, 50, 73
 Buda, 189, 190, 193
 Câncer, 26, 96, 178

Ciência, 49, 53, 56, 61, 63, 66, 70, 110, 122, 125, 126, 161, 162, 163
 Ciência da alma, 63, 116, 172
 Ciência racional, 132
 Classificação; de suicídios, 49;
 e comportamento humano, 52-54
 Complexo de incesto, 86
 Complexos, 153, 164, 165, 170, 171, 202
 Comportamento, 53, 117, 154;
 significado interior do, 53;
 e psicologia, 62-63;
 externo, 53-54;
 compreensão do, 53
 Compreensão, 61-64, 66-67, 110, 171-172, 198;
 e conhecimento, 163;
 oposição à, 64
 Concílio Americano das Igrejas Cristãs, 41
 Condições complexas, 148, 151
 Consciência, 151, 152, 164, 165, 168, 187, 189, 190, 192;
 princípio da, 139, 141
 Coragem, 78, 107
 Corpo, 32, 98, 99, 165-167, 197;
 "diamantino", 193;
 vida do, 44;
 relacionamento - alma, 57, 58, 86, 87, 102;
 e transformação, 84, 87
 Crescimento, 183-193
 Criança, crianças, 51, 79, 184, 185, 188, 197
 Criatividade, 165, 184, 185, 188, 191, 199
 Cristo, 110, 151, 153
 Cura (*Cure*), 123, 164, 169, 181
 Cura (*Healing*), 141, 146, 161, 203;
 processo de, 28
 Curador, 141, 142, 144, 161
 Danação, 76
 Darwin, 131
Daseinanalyses, 117
 Definição, 58, 74, 169
Deformation professionnelle, 155
 Depressão, 85, 100, 106
 Desespero, 104-106, 110, 178, 189

Deus, 37, 41, 42, 43, 56, 58, 76, 84, 103, 111
 Deuses, os, 139, 141, 142, 143, 145, 146, 176, 203
 Diagnose, 154, 161-162, 163-164, 166-167, 169
 Dialética da análise, 163-168, 172, 174, 183, 191-193, 198
 Dioniso, 143
 Doença, 142, 147, 148, 150, 152-153, 157-160, 161, 177, 178, 182;
 iatrogênica, 159, 181
 Doença recorrente, 159, 181
 Donne, 47, 50, 98
 Dor, 151, 152, 153
 "Doutor", 123, 133, 137
 Dubos, 150, 159
 Durkheim, Emile, 35, 36
 Ego, 90, 165;
 consciência-de-, 86
 Eissler, 157
 Eliot, T.S., 175, 177
 Emoções, 28, 67, 83, 85, 86, 88, 95, 100, 101, 105, 126, 167, 192
 Energia, 81, 165, 190
 Envolvimento emocional, 24, 28, 30, 98, 107, 135, 143, 144
 Epidemiologia, 154
 Eros, 28, 72, 107, 145, 146
 Esgotamento nervoso, 82, 191
 Espelho dialético, 65, 193
 Esperança, 105-106, 110, 175-184, 193
 Esquimós, 51, 56, 179
 Estados mórbidos, 147
 Existencialismo, 73-74, 115-118, 122, 156
 Experiência, 32, 55, 70, 93-94, 100, 119, 171, 188-193;
 e comportamento, 54-55;
 do corpo, 167;
 coletiva, 171;
 confirmação da, 60;
 psicológica, 100
 Falácia psiquiátrica, 157
 Fantasia, 93-95, 166, 185;
 de onipotência, 79;
 suicidas, 84, 93, 103-105

Farberow, 49, 60
 Fenômenos, 155
 Filosofia, 72-78, 153
 Físico(a): comportamento, 44;
 mudanças, 85;
 morte, 83, 100-101, 105;
 saúde, 43-44;
 vida, 30, 32, 79, 84, 88;
 medicina, 142;
 realidade, 102, 125;
 tratamento, 152
 Freud, 70, 73, 74, 122-125, 127, 129, 130, 131, 193
 Gaubius, 178
 Grande Mãe, 139, 144
Harakiri, 51
 Heidegger, 73, 74
 Herzog, 139
 Hipnose, 151
 Hipocondria crônica, 152
 História: das idéias, 34;
 do pensamento, 62
 História de caso, 94-100, 108, 173, 197
 Homicídio, 39, 41
 Hume, David, 42, 47
 Huxley, 190
 Identificação contratransferencial, 65
 Imortalidade, 80-81, 101-102, 124-125, 193;
 abordagem psicológica da, 81
 Inconsciência, 139, 145, 203
 Inconsciente, o, 34, 63, 67, 74, 84, 90, 127, 131, 143, 144,
 160, 165, 166, 169, 182;
 coletivo, 172;
 processos, 117
 Indivíduo, o, 35, 36, 38, 62, 63, 116, 118;
 comportamento do, 154;
 e a morte, 78;
 significado do suicídio do, 53
 Individualidade, 36, 77, 78, 117, 145, 172, 186, 197
 Infância, 90, 107;
 desordem, 149;
 brincadeira, 94
 Infecção atenuada, teoria da, 158-160

Jaspers, 159
 Jung, 34, 55, 73, 79, 81, 89, 118, 119, 123, 127, 130, 131,
 155, 172, 173, 188, 192-193
 Justificação do suicídio, 39, 43, 66-68, 98, 111
 Lawrence, D.H., 114
 Lei: da Igreja, 36;
 Inglesa, 36;
 Romana, 36;
 tradicional, 38
 Leopold, 71
 Mãe, 139, 144, 149, 185, 191
 Mal, 79, 84, 97, 158, 176-177
 Masturbação, 79
 Materialismo racional, 123, 126, 131, 146
 Mayer, Robert, 81
 Medicina, 118, 120-121, 132-134;
 e análise, 121-124, 126, 129, 130, 133, 160;
 e Apolo, 141-142;
 esculápica, 121;
 e morte, 139, 178, 179;
 e diagnose, 161-162;
 e saúde, 181;
 hipocrática, 121;
 e vida, 178;
 abordagem mais antiga da, 136;
 e patologia, 149-150, 154-155;
 background psicológico da, 121;
 e psicologia, 159;
 escolas de, 141;
 e a alma, 121, 131
 Médico(a): objetivos, 43, 44;
 análise, 31, 127, 143, 145, 164;
 atitude, 135;
 praticante, 133;
 pensamento, modo de, 122, 130, 160;
 tratamento, 44, 100, 101-102;
 perspectiva, 122, 124;
 palavras, 132
 Médico, 132-136;
 e a morte, 140, 142, 178;
 e desenvolvimento, 183;
 e diagnose, 162;
 como curador, 141, 142, 145, 146;
 e patologia, 147, 152, 154

Meier, 142
 Melancolia, 85
Memórias, Sonhos, Reflexões, 173
 Menninger, 73
 Metáfora básica, 34, 40, 42, 43, 46, 47, 53, 56, 58-59, 118, 124, 139, 141, 186
 Mistério, 199, 200, 201-202
 Mítico: fragmentos, 117;
 padrões, 117
 Mito, 95, 168, 173, 174
 Mitologia, interna, 63, 64
 Modelo biológico, 49, 71, 156, 183-184, 186, 200
 Modo simbólico, 103, 104
 Morbidade, 154
 Morgenthaler, 83
 Morte, 26, 29, 42, 45-46, 52-53, 67, 109-110, 124, 145, 149, 157, 160, 189, 202;
 e análise, 125-126, 181-182, 193;
 e o analista, 30-31, 108, 109;
 "construir a", 76, 96, 188;
 e doença, 159, 178;
 terror da, 46, 99, 139, 179;
 instinto de, 124;
 experiência, 31, 53, 67, 75-78, 80, 82-93, 99-111, 126, 151, 171, 179, 181;
 como condição existencial, 74;
 e o indivíduo, 64;
 impulso, 103;
 e a lei, 37-38;
 e as ciências naturais, 70-71;
 orgânica, 75, 99, 111, 139-140;
 padrões, 79, 89;
 e filosofia, 72-77;
 problema da, 23;
 e psicologia, 67, 69;
 e a alma, 96, 98, 102, 126, 173, 189;
 e suicídio, 64, 190;
 simbólica, 99;
 perspectiva teológica sobre, 42;
 e tempo, 72;
 e tragédia, 87;
 compreensão da, 59
 Mortos, os, 101-102
 Neurose, 32, 54, 99, 119

Nietzsche, 78, 131
 Norma, normal, 154, 155, 186
 Ontologia, 82, 132;
 da análise, 115, 117, 118, 125, 192;
 existencial, 118;
 da psicologia, 119
 Osis, 86
 Osler, 86
 Padrões coletivos, 153
 Pandora, 176, 177
 Paradoxo, 57, 83, 95, 108, 125, 169, 186
 Patologia, 136, 147, 150-151, 155-156, 168, 180;
 sexual, 156;
 estatística, 155
 Pedra, a, 187, 193
 Pensamento simbólico, 174
 Personalidade, 94, 152, 185;
 desordens de, 123
 Perspectiva legal sobre o suicídio, 36-39
 Perspectiva sociológica sobre o suicídio, 35-36
 Platão, 72, 75, 110
 Posição anglicana sobre o suicídio, 41
 Posição judaica sobre o suicídio, 43
 Preconceito patológico, 148-152, 154-157
Primum nihil nocere, 43, 102, 153
 Problema psique-soma, 58
 Processo de individuação, 173
 Processo terapêutico, 196, 203
 Psicologia, 118;
 acadêmica, 62, 69, 118, 120;
 analítica, 117;
 e pontos-de-vista contrastantes, 62;
 e morte, 69;
 profunda, 62, 157, 200;
 e diagnose, 163;
 geral, 129;
 e medicina, 158, 160;
 e filosofia, 74;
 e sofrimento, 151
 Psicologia profunda, 59, 62, 63, 156, 157, 200
 Psicologia teológica, 70

Psicológico(a): abordagem sobre o suicídio, 53, 59-60;
 atitudes em relação ao suicídio, 33;
 autópsia, 59;
 preconceito, 159;
 morte, 30, 31;
 desordem, 149;
 experiência, 73;
 saúde, 30;
 ajuda, 131;
 vida, 30;
 processos, 117;
 realismo, 101, 102;
 realidade – do suicídio, 33;
 remédios, 44;
 verdade, 169;
 perspectiva – da alma, 59;
 perspectiva, 99
 Psicólogos e análise, 128
 Psicopatologia, 131, 147
 Psicoterapia, 69, 73, 74, 99, 100, 102, 118, 122, 127, 134,
 137, 156, 163, 184;
 dinâmica, 187;
 abordagem genética da, 149;
 novas descrições da, 116
 Psique, 32, 44, 45, 59, 63, 68, 80, 81, 87, 91, 96, 99, 105,
 107, 116, 126, 131, 134-136, 139, 151, 166, 169, 174,
 176, 193;
 coletiva, 84;
 padrões dinâmicos da, 118;
 atividade formadora de símbolos da, 94
 Psiquiatria, 123, 130, 131, 135;
 e análise, 128;
 atitude em relação ao suicídio, 29
 Psíquico(a): morte, 105;
 energia, 165;
 crescimento, 45, 184, 188;
 imortalidade, 81;
 vida, 91, 164, 190, 197;
 processos, 67, 118;
 realidade, 32, 48, 93
 Realidade, 81, 83, 85, 86, 110, 190, 192;
 psíquica, 102, 105, 116, 118, 126
 Redenção, 32, 76, 193
 Regressão terapêutica, 140

Regressivo: impulso, 85;
 prescrições, 151
 Religião, 25, 26, 41, 43, 59, 153, 173, 176, 191, 201
 Renascimento, 101, 104
 Repressão, 99, 181, 200
 Rilke, 76
 Ringel, 60, 83, 104
 Salvação, 101, 178, 179, 181, 193
 Santo Agostinho, 40
 São Paulo, 177, 178
 Sartre, 59, 64, 66, 73
 Saúde, 145, 150, 152, 154, 178, 181-183
 Sexualidade, 25, 79, 168, 191, 200
 Shneidman, 49, 54, 60
 Sigilo, 28;
 em análise, 195, 199, 201-203;
 e individualidade, 197;
 médico, 195-196, 198, 203;
 paranóide, 197;
 religioso, 199
 Significado, 52, 131, 169-170
 Significado simbólico, 168, 170
 Símbolo, 58, 94, 95, 104
 Simon, H.J., 158
 Sincronicidade, 57, 58, 108, 190
 Sintomas, 161, 166, 168, 180, 182
 Snow, C.P., 120
 Sociologia, 35-36, 64
 Sócrates, 49, 52, 64, 111, 166, 171, 179
 Sofrimento, 55, 90, 110, 119, 144, 145, 150-153, 160, 181;
 da alma, 59, 131;
 estudo do, 136, 147
 Sonhos, 26, 63, 65, 74, 78-80, 89, 94-95, 101, 156, 166, 170,
 174, 192, 203;
 sistemas codificados de, 65;
 estudos sobre, 69
 Spinoza, 75, 110
 Stengel, 60
 Suicídio coletivo, 50-51
 Suicídio, 31, 49, 150, 175;
 posição anglicana sobre, 41;

posição judaica sobre, 43;
 na Antiguidade, 50;
 argumentos pró e contra, 33;
 articulado, 64;
 ascético, 52;
 tentativas, 182;
 entre crianças, 51;
 coletivo, 50, 84, 120, 153;
 crise, 91, 108;
 e morte, 76, 79, 83, 190;
 e experiência da morte, 100, 103;
 decisão, 83;
 meios dissuasórios, 37;
 impulso (*drive*), 60;
 emocional, 52;
 emoção do, 104;
 pesquisa sobre, 24;
 epidêmico, 154;
 fantasias, 84, 104, 106;
 na história, 50;
 como uma possibilidade humana, 52;
 imagem, 90;
 impulso (*impulse*), 85, 105, 106, 181;
 individual, 50;
 significado individual do, 52;
 e individualidade, 77, 78, 109, 186;
 intelectual, 52;
 investigações sobre, 60;
 tema, 120;
 justificado, 111;
 perspectiva legal sobre, 35-38;
 literatura sobre, 55;
 como martírio, 43;
 perspectiva médica sobre, 43-48;
 mutilações, 86;
 "natural", 77;
 objetividade sobre, 24-25;
 e preconceito patológico, 157;
 preconceito, 47;
 prevenção, 32, 36, 47, 60, 66, 104, 139;
 problema, 25, 27, 32, 60, 63, 77;
 e o psiquiatra, 29;
 e psicologia, 63;
 justificativa religiosa para, 43;
 risco, enfrentando o, 47, 67, 125-126, 178, 183, 199;
 ritual, 51;
 estudo científico do, 53;
 perspectiva sociológica sobre, 35-37;

estatísticas sobre, 35;
 estudos sobre, 49, 53, 59;
 do sucesso, 52;
 simbólico, 51;
 e transformação, 83-85, 88;
 tendência, 36;
 terminologia, 49;
 e teologia, 40-43;
 ameaça, 60, 93;
 compreensão do, 59, 66, 67;
 "antinatural", 71
 Tânatos, 72, 125
 Teologia, 119, 120;
 e morte, 70;
 e a alma, 118;
 e o suicídio, 41, 42, 43, 77
 Terapeuta, 134, 153
 Terapia, 100, 134, 137
 Tradição apolinica, 145, 146
 Tradição dionisiaca, 145, 146
 Tragédia, 87, 145
 Transferência, 27, 28, 165, 181, 201;
 perspectiva sexual da, 199
 Transformação, 82, 84-88, 91, 104, 105, 108, 110, 118, 167,
 182, 186, 188
 Tratamento, 29, 32, 44, 60, 100, 101, 106, 129, 141, 163, 164
 Treinamento, analítico, 25, 30, 64, 124, 127-129;
 médico, 29, 99, 125, 127-129, 154-155
Undiscovered Self, The, 155
 Vida: depois da morte, 70, 80-81;
 e morte, 72, 73-77, 82, 125, 126, 173;
 e experiência da morte, 109;
 expectativa de, 180;
 curva de expectativa de, 45, 71;
 e esperança, 177;
 exterior, 93;
 processos de, 71;
 promoção da, 44-46, 98, 149, 161, 178;
 questões sobre, 171;
 verdade da, 104;
 von Weizacker, 159
 Webb, 69
 Wesley, John, 32

GLOSSÁRIO*

A. Expressões em Língua Estrangeira

Senex (latim) - conceito arquetípico e não cronológico referente à noção de "velhice". Diz respeito à personificação de certos traços psicológicos normalmente atribuídos à velhice, tanto positivos como negativos, embora mesmo crianças possam mostrar esses traços (ex.: equilíbrio, generosidade para com os outros, sabedoria, rigidez, sagacidade, intollerância etc.).

Re-visioning Psychology - re-vendo a psicologia

The Dream and the Underworld - O Sonho e o Mundo Subterrâneo.

On the Necessity of Abnormal Psychology - Sobre a necessidade da psicologia patológica.

The Myth of Sisyphus - O mito de Sísifo.

Psychology and Alchemy - Psicologia e alquimia.

Se vis vitam para mortem (latim) - Se queres a vida, prepara-te para a morte.

Thoughts on War and Death - Reflexões sobre a guerra e a morte.

Ship of Death - Navio da morte.

Deus ex Machina (latim) - ser ou mecanismo invocado para resolver um problema que de outra forma seria insolúvel; a intervenção dos deuses no drama clássico: o "deus" era baixado ao palco por meio de um dispositivo mecânico.

* N. da T.: Esse glossário foi preparado pelo T. para a edição brasileira.

Húbris (grego) - na tragédia grega, uma recusa em aceitar a autoridade dos deuses, levando ao desastre.

The cry for Help - O grito de socorro.

Insight - compreensão súbita, totalizante, penetração, perspicácia

Inscape - foi traduzido por paisagens interiores. É o caráter ou qualidade interior significativo, pertencente unicamente a objetos ou eventos na natureza e na experiência humana, especialmente conforme percebidos pela observação e introspecção conjuntas do poeta e por sua vez representados em padrões de elementos especificamente poéticos, tais como imagens, ritmo, rima, assonância, simbolismo de som e alusão.

Mesa ouija - mesa com as letras do alfabeto e outros sinais, usada para receber mensagens mediúnicas.

Poltergeist (alemão) - duende, diabrete, espíritos que se manifestam ruidosamente.

Primum animae nihil nocere (latim) - a expressão "primum nihil nocere" é usada em medicina para significar que a primeira preocupação do médico é de nada ferir. Aqui, o autor a estendeu à alma, como sendo o primeiro dever do terapeuta.

Weltanschauung (alemão) - visão de mundo, filosofia de vida, esquema filosófico total.

The Undiscovered Self - O Self Desconhecido - artigo que se encontra nos C.W. de Jung, vol. 10: Civilization In Transition.

Tout suicide doit être interprété ou point de vue psychiatrique (francês) - Todo suicídio deve ser interpretado do ponto-de-vista psiquiátrico.

Feedback - realimentação, regeneração. Usa-se em linguagem de computador para significar o uso de dados de resultados como dados novos em outra fase de um programa.

B. Expressões e Vocabulário Típicos da Psicologia Arquetípica

Alma (soul) - ver as definições dadas pelo autor ao longo do livro, especialmente nas páginas 56 a 58. Ver também Hillman (Archetypal Psychology. Spring, 1983) para as várias conotações de seu uso. É usada por Jung no lugar de psyche para sublinhar o movimento de profundidade, pluralidade, variedade e impenetrabilidade da psique. É usada em lugar de "espírito" para referir-se ao aspecto não material do humano. Usada por Hillman para indicar uma

perspectiva particular sobre o mundo (ver Hillman. Anima: an Anatomy of a Personified Notion. Spring, 1986)

Amplificação (amplification) - é parte do método junguiano de interpretação. Conecta as imagens e símbolos com o imaginário universal. Envolve o uso de paralelos míticos, históricos e culturais, a fim de esclarecer e ampliar o conteúdo metafórico do simbolismo onírico, ajudando a pessoa a abandonar um ponto-de-vista individualista e puramente pessoal.

Anima e animus - são as figuras interiores de mulher presente no homem e a de homem que está presente na psique da mulher. São vistas como opostos, aquelas formas fundamentais subjacentes aos aspectos "femininos" do homem e aos aspectos "masculinos" da mulher.

Arquétipo (archetype) - a parte herdada da psique; padrões estruturantes de realização psicológica ligados ao instinto; uma entidade hipotética irrepresentável em si mesma e evidente apenas através de suas manifestações. Ao contrário de Jung, que distingue entre arquétipo per se e imagem arquetípica, a psicologia arquetípica preocupa-se com o fenômeno: a imagem arquetípica. Refere-se a um movimento que se faz mais do que a uma coisa que é. Esse trabalho é feito "aderindo-se à imagem" como uma penetração psicológica do que é apresentado na realidade.

Arquétipo do curador (healer archetype) - ver capítulo 8 desse livro para uma exposição ampla do conceito. Baseia-se no mito de Asclépio, educado pelo centauro Quirão.

Background arquetípico (archetypal background) - é o conjunto de formas primárias que governam a psique. Esses padrões aparecem nas artes, religiões, sonhos e nos costumes sociais de todos os povos e manifestam-se espontaneamente nos distúrbios mentais.

Complexo (complex) - coleção de imagens e idéias, agrupadas em torno de um centro, derivado de um ou mais arquétipos e caracterizada por um tom emocional comum. É um fenômeno perfeitamente natural que se desenvolve ao longo tanto de linhas positivas como negativas. Jung desenvolveu esse conceito trabalhando com o teste de associação de palavras. Os complexos comportam-se como seres independentes, são personalidades parciais e se apresentam geralmente personificados.

Constelar (constellate) - quando um complexo é ativado no inconsciente, ele constela imagens que se apresentam para o sujeito de modo irresistível, forçando-o a confrontar-se com conteúdos até então ausentes.

Eros (eros) - desde o início, a psicologia profunda reconheceu o papel especial de eros em seu trabalho. A psicologia arquetípica, como a psicologia da transferência alquímica de Jung, imagina a transferência contra um pano de fundo mítico - o mitologema de Eros e Psique - do Asno de Ouro de Apulêo.

Estilo (style) - a realidade psíquica é inextricavelmente envolvida com a retórica. A perspectiva da alma é inseparável da maneira de se falar sobre ela. A psicologia arquetípica apolou-se em meios poéticos e literários para expor sua visão. (Ver também Hillman. *Healing Fiction*.)

Fantasia (fantasy) - para a psicologia arquetípica, "fantasia" e "realidade" trocam de lugar e de valor. Em primeiro lugar, não mais se opõem. Em segundo lugar, a fantasia nunca é meramente subjetiva do ponto-de-vista mental, mas está sempre sendo encenada e personificada. Em terceiro lugar, tudo o que é física ou literalmente "real" é sempre também uma imagem de fantasia.

Fora (outside, outer) e Dentro (within, inside, inward) - Hillman define a preocupação da psicologia arquetípica com a direção e a localização como presentes na psicologia desde o início da psicanálise. Usa os termos não em seu sentido literal - dentro e fora do corpo - mas como uma perspectiva de interiorização presente em todas as coisas. Tudo tem um significado arquetípico e é passível de penetração psicológica.

Imagens (image) - é talvez o conceito mais importante dentro da psicologia do autor. As imagens arquetípicas são os fundamentos da fantasia, são os modos pelo qual todo conhecimento, todas as experiências se tornam possíveis. Restaura à imagem seu lugar primordial como aquilo que confere valor psíquico ao mundo. (Ver Hillman. *An Inquiry into image*. Spring, 1977, e *Image-Sense*. Spring, 1978)

Imaginário (imagery) - ver Imagens.

Inconsciente coletivo (collective unconscious) - noção central na teoria junguiana, que postula a existência de um substrato psíquico comum a toda a humanidade. Ao contrário do inconsciente pessoal, no inconsciente coletivo encontram-se as imagens arquetípicas que modelam toda a vida psíquica do sujeito, tanto suas ações conscientes, como seus sonhos e fantasias.

Literalismo (literalism) - segundo o autor, é o grande mal a ser evitado. Ao longo de sua obra, Hillman explora os vários campos psicológicos onde o literalismo pode ocorrer, impedindo uma visão psicológica da vida e do ser humano.

Metáfora básica (root metaphor) - um ponto-de-vista ou perspectiva fundamental baseado numa suposição de similaridade de forma entre conceitos mentais e objetos externos que embora não factualmente sustentável, determina a maneira pela qual um indivíduo estrutura seu conhecimento.

Mitologia (mythology), mito (myth) - é a retórica primária da psicologia arquetípica, cujos pioneiros foram Freud, Jung e Cassirer. Os mitos são entendidos como metáforas - nunca como uma metafísica transcendental, cujas categorias são figuras divinas. O papel do mito seria abrir as questões da vida à reflexão transpessoal e culturalmente imaginativa.

Numinoso (numinous) - um agente ou efeito dinâmico não causado por um ato arbitrário de vontade. Pelo contrário, toma e controla o sujeito humano, que é sempre sua vítima e não seu criador. O numinoso é ou uma qualidade pertencente a um objeto visível ou a influência de uma presença invisível que causa uma alteração peculiar da consciência. É um atributo de toda experiência religiosa. (Jung, O.C. Vol. 11.)

Paradoxo (paradox) - "é uma de nossas possessões espirituais mais valiosas, ao passo que uma uniformidade de sentido é um sinal de fraqueza. Só o paradoxo aproxima-se da compreensão da riqueza da vida. A não-ambigüidade e a não-contradição são unilaterais e por isso inadequadas para expressar o incompreensível" (Jung, O.C. Vol. 12.)

Patologização (pathologizing) - Hillman elabora longamente esse conceito em seu livro *O Mito da análise*, parte II. São características inerentes das figuras de fantasia os detalhes patológicos. A maneira mais fácil para ver essas figuras por dentro é através das "expressões incisivas" da patologia personalizada. O simples fato de uma recordação ou fantasia ser "torturada", exagerada ou obscena não implica que ela necessite de terapia (p. 177 da edição brasileira, Ed. Paz e Terra).

Persona (persona) - "é um complexo funcional a que se chegou por motivos de adaptação ou de necessária comodidade. A personalidade íntima é a maneira como nos comportamos em face dos processos psíquicos interiores; à disposição externa, ao caráter exterior dou o nome de persona" (Jung O.C. Vol. 16.)

Processo de individuação (individuation process) - é um conceito central da teoria de Jung. O processo de tornar-se si mesmo, inteiro, indivisível e distinto de outras pessoas e da psicologia coletiva. É descrito como uma circunambula-

ção em torno do self, centro da personalidade. A psicologia arquetípica dá mais ênfase ao caráter pluralista da psique, valorizando sua manifestação em diferentes aspectos.

Projeção (projection) - mecanismo segundo o qual conteúdos inconscientes são percebidos como pertencentes a outras pessoas ou objetos. A projeção pode ser tanto de conteúdos negativos como positivos. Jung enfatiza, ao contrário da psicanálise, o caráter normal do fenômeno da projeção, embora também considere necessário a retirada das projeções, através da conscientização.

Psicóide (psychoid) - noção expressa por Jung em 1946. Refere-se a um nível do inconsciente que é completamente inacessível à consciência, tem propriedades em comum com o mundo orgânico e representa a conexão mente-corpo. O arquétipo engloba os dois pólos do espectro orgânico-psíquico.

Psicologia profunda (Depth Psychology), Psicologia analítica (Analytical Psychology) e Psicologia arquetípica (Archetypal Psychology) - o primeiro é um termo derivado da psicologia médica, cunhado por Eugene Bleuler para denotar aquele ramo da ciência psicológica que se ocupa com os fenômenos do inconsciente. A expressão "psicologia analítica" começou a ser usada em 1913 por Jung para denotar a sua psicologia, separada da psicanálise. Hillman usa o termo "psicologia arquetípica" para designar, a partir de 1970, a amplificação do campo de interesse da pesquisa clínica para a cultura da imaginação ocidental.

Psicopompo (psychopompos) - é a figura que guia a alma em tempos de transição e iniciação, uma função tradicionalmente atribuída a Hermes, na mitologia grega. No mundo humano, os que têm papéis de guias espirituais e mediadores entre o mundo secular e o sagrado são o padre, o shamã, o feiticeiro e o médico. Jung usa a palavra para descrever a função da alma e do animus ao ligar uma pessoa a seu sentido de destino.

Psique (psyche) - Jung usa o termo intercambiavelmente com a palavra "alma" como a totalidade de todos os processos psíquicos, conscientes e inconscientes. Hillman enfatiza que geralmente prefere-se o termo psique quando se quer dar um ar mais "científico" a seu uso, pela própria origem etimológica grega da palavra.

Símbolo (symbol) - uma idéia intuitiva que não pode ser ainda formulada de nenhum outro modo melhor (Jung, O.C., 15). É a melhor descrição ou formulação possível de um fato relativamente desconhecido, que entretanto sabe-se que existe ou que se postula como existente.

Sombra (shadow) - dentro da psicologia junguiana, refere-se àquela parte da personalidade que contém aspectos indiferenciados, negativos e/ou arcaicos. Ao contrário da noção de Id da psicologia freudiana, a sombra contém também as sementes de desenvolvimento potencialmente positivos mas que ainda não se encontram à disposição da personalidade consciente. É impossível de ser erradicada por ser um arquétipo. O objetivo da análise é nos tornar conscientes das imagens que mais provavelmente produzem projeções sombrias.

Transferência (transference) - ver O.C. Jung, vol. 16: The practice of Psychotherapy, onde há um artigo de 1946 sobre a psicologia da transferência. Há um aspecto pessoal e um coletivo nesse fenômeno. A transferência pessoal inclui a relação do paciente com figuras do passado e também com seu potencial individual e sua sombra, projetados sobre a figura do terapeuta. A transferência arquetípica, inclui projeções não baseadas em experiências pessoais e refere-se também aos eventos geralmente predizíveis da análise, ao relacionamento do analista com o paciente.

Vaso (vessel) - termo usado por Jung a partir da linguagem da alquimia. Refere-se ao aspecto da análise que contém em um recipiente fechado o processo analítico. Ligado às noções de ritual, iniciação e segredo.

NOTAS

Foram consultadas as seguintes fontes, entre outras, para a elaboração desses verbetes:

Samuel, Shorter e Plaut. Routledge e Kegan Paul.

O.C. Jung. Tipos psicológicos. Rio, Zahar, vol. 6, capítulo "Definições".

Hillman, J. Archetypal Psychology. Spring, 1983.

