

O suicídio e os apelos da alma: reflexões sobre o suicídio na clínica junguiana com pacientes adolescentes

Suicide and the appeals of the soul: reflections on suicide in the Jungian clinic with adolescent patients

Santina Rodrigues de Oliveira*

103

Reflexão sobre o Tema • Reflection on the Theme
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012,36(1):103-110

Resumo

O presente artigo aborda a autonomia do sujeito frente a decisões relativas à vida e à morte, problematizando as dificuldades encontradas pelo psicoterapeuta ao lidar com esse tema, que gera resistências e polêmicas na sociedade contemporânea. A autora discorre sobre o manejo do suicídio partindo de conceitos da psicologia analítica, notadamente de C. G. Jung e de autores pós-junguianos, que analisam a morte como experiência arquetípica ligada a necessidades iniciáticas de transformação dos aspectos da personalidade que se encontram cristalizados, e que se apresentam por meio de sintomas ligados à ideação suicida e a comportamentos autodestrutivos. Discute, também, a ambiguidade dos padrões sociais que comunicam ao adolescente e ao jovem tanto a mensagem de que é autônomo para decidir sobre certas necessidades, ao mesmo tempo em que veta sua liberdade a respeito de outros temas, como o sentido da vida e da morte. Questiona o paradigma que orienta a prática do profissional da área da saúde, quando este encontra-se identificado com os ideais da prática médica clássica, que toma para si a responsabilidade de decidir pelo paciente o que deve ser feito com suas pulsões, impedindo-o de ser ouvido como sujeito da experiência. Por fim, propõe uma abordagem ao suicídio que permita ao paciente estabelecer uma relação metaforizada com a morte a partir dos símbolos observados nas atitudes e fantasias inconscientes, com o objetivo de alcançar outros sentidos que se encontram impedidos tanto no discurso do paciente como de seus familiares, por estarem tomados pelo medo e/ou alívio vislumbrados pela morte concreta.

Palavras-chave: Suicídio. Adolescente. Teoria Junguiana.

Abstract

The present paper discusses the autonomy of subjects regarding decisions about life and death, debating the difficulties found by psychotherapists when dealing with this subject, which creates resistances and controversies in contemporary society. The author talks about dealing with suicide according to concepts of analytical psychology, especially C. G. Jung and some post-Jungian authors, which analyzes death as archetypal experience linked to initiatic necessities of transformation of crystallized aspects of personality, and that show up through symptoms connected with the suicidal conception and with self-destructive behaviors. It discusses also the ambiguity of social standards that conveys adolescents and young people both the message of their being autonomous to decide on certain necessities and hindrances to their freedom as regards other subjects, as happens with the sense of life and death. The paper questions the paradigm that guides the practice of health professionals when they identify with the ideals of the classic medical practice, which attributes to itself the responsibility to decide in the patients' behalf what they must do with their drives, preventing them from being listened as the subjects of their own experience. Lastly, it proposes an approach of suicide allowing patients to establish a metaphorical rapport with death on the basis of symbols observed in unconscious attitudes and fantasies, in order to reach other senses censured both in patients' discourse and that of their relatives, due to their being dominated by the fear and/or release concrete death allows them to feel.

Keywords: Suicide. Adolescent. Jungian Theory.

* Psicóloga. Mestre pelo IPU SP. Supervisora clínica, com especialização em arteterapeuta. E-mail: santina.rodrigues.oliveira@gmail.com

INTRODUÇÃO

A discussão sobre a autonomia do sujeito frente a decisões relativas à vida e à morte – seja ele um adolescente ou um adulto – esbarra, usualmente, em tabus e, portanto, tende a gerar grande polêmica¹. Os acalorados debates a que assistimos sobre a eutanásia e a distanásia, especialmente sobre os limites aplicáveis aos procedimentos tecnológicos disponíveis para a postergação da vida, a partir de casos divulgados pela mídia ou retratados pelo cinema ou literatura, só confirmam a complexidade do tema.

Ao estender a questão da decisão sobre a própria morte ao adolescente, surge mais um fator complicador, uma vez que há uma série de posicionamentos bastante ambivalentes em relação ao que define temporalmente essa fase da vida na sociedade contemporânea. Se, por um lado, o jovem de 16, 17 anos é estimulado a ser livre e a assumir suas escolhas quanto a alguns assuntos da sua vida pessoal e social (por exemplo, a escolha da profissão, o início da vida sexual, o direito de votar nas eleições), por outro, ele é frequentemente submetido a uma espécie de tutela tardia, até os 25, 26 anos, por parte dos adultos, que se encontram, por sua vez, tomados por preocupações com os perigos da vida moderna, especialmente nas grandes cidades. Drogas, novas companhias, viagens estão entre as experiências que oferecem ao adolescente novas descobertas e que se fazem acompanhar da consequente necessidade de criar respostas próprias, com mais autonomia; entretanto, elas sempre geram alguma ansiedade nos familiares e, principalmente, nos responsáveis pelo jovem.

Tal ambivalência ressoa, também, na área da psicologia, pois o código de ética que regula essa profissão, editado pelo CRP (Conselho Regional de Psicologia), está em conformidade com o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), o qual atribui ao adolescente o mesmo *status* conferido à criança e às pessoas legalmente interditas. De acordo com o ECA, uma pessoa que tem até 12 anos de idade é considerada uma criança, ao passo que as que têm entre 12 e 18 anos são tidas como adolescentes. Para efeito legal, algumas determinações do Estatuto são também aplicadas a pessoas entre 18 e 21 anos de

idade. As orientações dadas no Estatuto para o cuidado do adolescente são extensivas “à criança e ao adolescente”, generalizando as necessidades e os cuidados sugeridos ao adolescente e à criança. Entretanto, nossas reflexões sobre qualquer questão relacionada à infância e à adolescência – sobretudo a questão do suicídio e de seus dilemas éticos – não podem ser generalizadas, uma vez que um adolescente que tem entre 12 e 15 anos de idade, como sabemos, apresenta necessidades e dificuldades diferentes, tanto das daqueles que estão entre os 16 e 18 anos, como das apresentadas por crianças que se encontram na infância, até os 12 anos.

A presente reflexão não tem como foco central essa periodização; limitaremos-nos a discutir a questão do suicídio entre aqueles que estão mais próximos do final da adolescência, lidando com os desafios da passagem dessa fase para a seguinte, a do jovem adulto propriamente dito.

Observamos que essa tendência, de os adultos tutelarem os filhos, netos ou sobrinhos, torna-se ainda mais evidenciada quando precisam lidar com os problemas afetivos do adolescente. Em geral, quando o jovem se fecha em seu mundo e indica que está tendo dificuldades para lidar com os novos desafios dessa fase da vida, apresentando sintomas de depressão, ansiedade ou de outra ordem psicopatológica – especialmente quando associados à ideação suicida, ou mesmo a tentativas de suicídio –, os adultos se apavoram, sentem-se inseguros, impotentes e, via de regra, culpados; e, antes de buscar ajuda profissional, por estarem tomados de pânico, recorrem a medidas de controle que tendem a reforçar as defesas do adolescente. Há, também, responsáveis que não sabem o que fazer e, reféns do medo e da impotência, tendem a se distanciar, apostando que isso é “normal”, que se trata de “uma fase e vai passar”. Mas essa, como toda regra, também tem suas exceções e, muitas vezes, aquilo em que os adultos apostam que “passa” pode se agravar e se aprofundar, pois o sofrimento de grande parte dos pacientes que chegam ao consultório (adolescentes ou adultos) apresenta uma história pregressa, e o conflito que o produziu ainda persiste.

Na prática clínica, declarações tácitas de que “não vale a pena viver” e de que “a única saída é a morte” são comuns no discurso de jovens

que consideram o suicídio. A temática terapêutica principal trazida por eles era a morte, que se apresentava tanto em comportamentos autodestrutivos quanto em ideias e fantasias de suicídio. Havia, também, aqueles que, tanto antes de iniciar a psicoterapia como durante o processo, tinham empreendido atentados frustrados contra a própria vida, por meio, por exemplo, de automedicação excessiva e de enforcamentos, sendo que alguns dos que não deram continuidade ao tratamento chegaram a consumir o suicídio. Então, o que fazer diante do sofrimento do jovem? Insistir que ele tem a vida toda pela frente e que deve vivê-la intensamente? Levá-lo ao psicoterapeuta, ao psiquiatra, ou, quem sabe, ao pai de santo, como a mãe de uma paciente certa vez considerou? Medicá-lo, interná-lo, vigiá-lo? Como ouvir os apelos de angústia e de dor que falam de certa insuportabilidade de existir, entre outras coisas, sem atropelar ou negligenciar as necessidades do adolescente nessa fase difícil de sua vida?

SOBRE O MANEJO TERAPÊUTICO

A questão da autonomia nas decisões sobre vida e morte tem, na discussão de um autor pós-junguiano chamado James Hillman, uma contribuição bastante polêmica. Hillman² toma o impulso suicida como um tema arquetípico, ou seja, como um atravessamento que pode acometer qualquer ser humano, pois para alguns indivíduos só seria possível encontrar sentido para a vida indo de encontro à morte, já que o viver não seria um alvo natural da existência para todos. A questão central do suicídio é posta pelo autor nos seguintes termos: “o que quer a alma (o ser) ao imaginar, ou ao realizar em ato irreversível, diante do mundo, essa possibilidade simultânea de matar e de morrer?”.

Hillman propõe reconhecer o suicídio como uma possibilidade genuína para qualquer ser humano, uma vez que cada um de nós tem a opção de pôr fim à vida que vive, já que “ninguém realmente pode dizer que se defrontou com a vida se não estiver disposto a se atracar com a morte” (p. 23)². O psicoterapeuta, por sua vez, deve suportar a presença da morte nos relatos e na pessoa do paciente, caso queira acompanhá-lo nessa empreitada sofrida e desafiadora.

O suicídio é o problema mais alarmante da vida. Como se pode estar preparado para ele? 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. A consideração do suicídio também acarreta uma reflexão sobre 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 (p. 25)².

No atendimento a jovens, o psicoterapeuta, quando identificado com um ideal salvacionista que nega a genuinidade da perspectiva suicida, pode ser tomado por fortes sentimentos contra-transferenciais: mergulhado em uma impotência desesperadora, ele pode se identificar com o anseio dos familiares do paciente e buscar a todo custo encontrar uma saída para o problema, qualquer uma que não o obrigue a se relacionar diretamente com a morte. Pode, também, aparentemente, assumir uma postura de relação, mas encontrar-se unilateralmente identificado com o discurso e as ferramentas da medicina, do direito ou da religião, ou seja, pode estar vendo a morte como um mal a ser tratado e combatido. Hillman questiona esse posicionamento terapêutico, apontando principalmente suas bases médicas, e coloca em dúvida a necessidade excessiva da prevenção do suicídio, quando não se dá uma oportunidade ao paciente de elaborar os lutos que estão em jogo. Sua crítica é endereçada à perspectiva clínica que enaltece apenas uma das polaridades da díade morte-vida e privilegia a melhora do paciente em nome de valores que negam suas condições emocionais reais, sobretudo quando ele não se encaixa ou não se adequa ao discurso vigente que preconiza ideais de saúde ligados à produtividade, à negação de conflitos e à adaptação social.

Hillman problematiza, também, os aspectos sombrios do suicídio – agressividade, vingança, chantagem emocional, sadomasoquismo, ódio-ao-corpo –, apontando que os movimentos suicidas oferecem pistas sobre uma espécie de “assassino interior” que habita a psique. Quem seria esse personagem e o que ele poderia estar querendo daquela pessoa, ou de sua família, ou do entorno social? Como abordá-lo terapêuticamente? Como ouvi-lo? Como dialogar com suas demandas e necessidades, que podem não estar sendo ouvidas pelo eu dominante na constituição psíquica geral do sujeito? Se o eu, tanto para Hillman como para Jung, é apenas um dos personagens que constituem a psique como um todo, haveria uma oportunidade, mesmo em uma situação extrema como essa, de abrir espaço para que os demais personagens ganhassem corpo e pudessem expressar suas necessidades ao eu, que é o sujeito da consciência, mas não de toda a comunidade psíquica?

O analista deve propor e sustentar a terapia como um espaço para se reimaginar a morte e o corpo em relação aos aspectos sombrios indicados acima, de maneira que o paciente possa trazer livremente suas fantasias e ideias a respeito desse assassino que habita a psique e orbita em torno do eu, tentando feri-lo e atacá-lo; ou que, visto de outra perspectiva, talvez esteja fazendo uma convocação para mudanças no modo como a vida está sendo conduzida. Há que se tomar a morte como um personagem, tal qual já foi feito diversas vezes no cinema (como em “O Sétimo Selo”, de Ingmar Bergman) e na literatura (“As Intermitências da Morte”, de José Saramago), para indagar dela o que precisa morrer ou o que não pode mais ser mantido vivo nos moldes que se encontra. Consideremos, também, que a morte não pode ser tomada apenas como uma negação da vida, pois inaugura novas perspectivas existenciais para o sujeito, que estão para além dessa estreita oposição morte-vida.

Dialogar com a morte, considerando-a uma personagem que tem voz ativa no *setting*, e falar dela e de suas intenções com o eu do paciente, poderia em alguns casos evitar sua literalização na passagem ao ato suicida, pois, nessa perspectiva, o suicídio seria uma espécie de concretização das fantasias de morte, indicando a falência da

capacidade de metaforização, tanto do paciente como de sua família, assim como da equipe que o está atendendo. Outra possibilidade advinda do diálogo com a morte seria legitimar a aproximação desse personagem que pede passagem para entrar na vida do paciente. E nesse caso, em vez de adotar uma postura terapêutica que tenta heroicamente reverter a determinação da voz que diz “eu quero morrer”, a questão seria deslocada para uma perspectiva simbólica: “o que em mim precisa morrer?” ou “quem em mim deseja morrer?”. Seriam os sentidos prévios dados ao corpo infantil ou as expectativas narcísicas depositadas nas relações familiares? Ou, ainda, as necessidades simbióticas vivenciadas nos relacionamentos amorosos juvenis? Todos esses campos podem ser reimaginados no contexto terapêutico, entretanto, o foco não seria salvar o paciente, tampouco expulsar a morte dos espaços por ela habitados.

Pois, se a morte não pode ser considerada em sua realidade psíquica, ela se lança concretamente sobre o sujeito – e mesmo que não seja considerada, ainda assim poderá ser consumada –, como o ceifador que decepa impiedosamente os ramos de trigo. Por mais paradoxal e angustiante que essa abordagem pareça, transformar a morte em metáfora permitiria dar um lugar para as fantasias suicidas se apresentarem ao sujeito, seria um caminho para que ele pudesse falar delas e com elas a um outro, no caso, ao terapeuta, à família, à sociedade, sem precisar negar essa pulsão. Ao contrário de evitar o tema, de desviar a atenção e a libido do paciente para outros assuntos ou tarefas orientadas pelo ego (trabalho, viagem, estudos), o analista promoveria um encontro no *setting* com tal personagem, reconhecendo seu estatuto de um outro que precisa falar e ser ouvido. Para isso, há que se considerar o fato de existirem jovens que, apesar da idade cronológica, têm condição de participar desse diálogo, talvez muito mais do que os adultos e os profissionais da área da saúde possam admitir, e que anseiam por um lugar para falar dos impulsos autodestrutivos que se colocam como atravessamentos poderosos, sem ter de se justificar ou negar o que pensam e o que sentem. Desde que se possa identificar os recursos disponíveis ao eu do jovem para empreender esse diálogo com alguma clareza, é importante desvincular a adoles-

cência de um estado de total imaturidade, mais ainda, é importante retirar nossas projeções sobre o adolescente ao considerá-lo incapaz de lidar com certas figuras arquetípicas, como a morte.

SOBRE O CARÁTER INICIÁTICO DO SUICÍDIO

David Tacey³ – outra referência pós-junguiana importante para essa discussão – aponta as perspectivas espirituais (entenda-se éticas, valorativas e morais) que podem ser observadas nos impulsos suicidas em jovens adultos, em consonância com os aspectos psicológicos estruturantes encontrados nos rituais de iniciação. O autor postula que, para alguns jovens, o suicídio pode ser entendido como uma tentativa inconsciente de ritualizar uma passagem em termos psicológicos. Criticando a ausência no mundo atual de referências culturais e religiosas, assim como a falta de espaços para que o jovem possa viver os desafios da experiência de transformação da personalidade que estão presentes na adolescência, Tacey nos remete ao pano de fundo arquetípico do suicídio.

As iniciações arcaicas são sempre testes, envolvendo medos, mutilações, e grande dificuldade física ou mental. Em termos simbólicos, tanto quanto físicos, o estado natural é superado para levar o jovem a um tipo diferente de realidade, que transforma a condição herdada. (...) O movimento em direção à maturidade é numa certa extensão um *opus contra naturam*, um trabalho contra o estado natural, e até mesmo uma violação dele. É tomado como “natural” porque quer permanecer o mesmo e resiste à transformação (p. 5, tradução nossa)³.

De acordo com Van Gennep⁴, a ideia fundamental da iniciação – que permanece ainda viva como ritual em algumas culturas – é a de que o jovem precisa passar por provas que lhe assegurem a entrada no mundo adulto. A essência do jovem só lhe será apresentada quando passar por tais provas, já que, ao nascer, ele vem ao mundo como um ser incompleto. É comum, por exemplo, a mudança de nome após passar por rituais de iniciação, prova de que agora o jovem se apropriou de seu verdadeiro ser, renascendo para uma nova fase da vida comunitária. A iniciação, então,

é uma morte simbólica, acompanhada de uma transformação tanto da consciência pessoal como do indivíduo, diante da consciência coletiva.

Sabemos que, no Ocidente, a adolescência ganha outros sentidos, em função de seu contexto histórico, cultural e social. O jovem está às voltas com mudanças dramáticas que marcam a passagem do mundo infantil para o mundo adulto, e essa passagem se reflete em dificuldades quanto ao próprio corpo, à autoimagem e à sua presença no mundo familiar e social⁵. A falta de rituais que garantam ao jovem a passagem para o mundo adulto com o amparo simbólico do meio social gera ansiedade, angústia e sentimentos de frustração e de baixa autoestima que são de difícil elaboração. É precisamente nessa brecha que os impulsos suicidas podem ser vividos intensamente⁶.

Possivelmente, o ritual mais claramente relacionado a essa passagem na atualidade seja a entrada do jovem na universidade, que marca sua opção por uma futura carreira profissional. Não pode ser mero acaso que grande parte dos pacientes que apresentam tendências autodestrutivas e/ou suicidas encontram-se nesse momento da vida ou um pouco antes dele, às voltas com a ansiedade e o estresse de ser aprovado e entrar nesse novo universo. Na fase que antecede à entrada na universidade, os impulsos autodestrutivos ainda estão misturados a questionamentos de teor existencial: “quem ou o quê sou eu?”; “qual meu lugar nesse mundo em que vivo?”; “preciso de uma grande causa para acreditar, mas que causa é grande o suficiente para meus esforços?”. O idealismo do jovem esbarra em uma grande frustração quando ele se dá conta de que vive em um mundo em que os adultos parecem ter desistido de seus ideais e se mostram preocupados exclusivamente em garantir sua subsistência ou angariar novos itens de consumo. No extremo oposto, há também os jovens que se sentem impotentes para eleger qualquer objeto para seus investimentos libidinais. Ansiosos e angustiados, têm pouca condição de assumir qualquer responsabilidade que defina um caminho, em função de uma exigência brutal de sucesso que, apesar de autoimposta, reflete os padrões sociais da cultura em que se encontram inseridos.

EROS & PSIQUE: O EU E OS OUTROS

Tomemos agora outra referência para pensar o suicídio entre jovens: o mito de Eros e Psique, como uma chave hermenêutica para refletir metafóricamente sobre os possíveis sentidos psicológicos para a experiência do suicídio em relação às fases de desenvolvimento, considerando seu caráter iniciático, em especial na adolescência. Por que esse mito? Porque nos fala dos percalços da experiência do encontro com o outro e, portanto, de deslocamentos narcísicos importantes que se dão na personalidade; e porque narcisismo e alteridade são alguns dos conceitos fundamentais para se entender esse período crucial chamado adolescência.

O mito, conforme o poeta romano do século II d.C. Apuleio⁷, trata de uma jovem mortal cuja beleza afrontava o reinado da própria Afrodite. Por conta disso, os templos da deusa haviam se esvaziado, de modo que o oráculo orienta o pai de Psique a bani-la, entregando-a como esposa a um monstro que vive junto a um penhasco.

Afrodite incumbe Eros, seu filho, de flechar a jovem para que esta se apaixone pelo monstro e não mais volte. Eros, no entanto, acaba ferido pela própria flecha e, tomado de forte paixão, faz com que o vento Zéfiro salve a moça, que é levada a um lugar encantado, onde tem todos os seus desejos magicamente satisfeitos, além de gozar da presença do deus Eros em longas noites de amor. Há apenas uma regra imposta por ele: Psique não deveria nunca ver o rosto do amado. Ela o obedece religiosamente, até que recebe a visita de suas irmãs, que, invejosas da condição paradisíaca desfrutada pela jovem, agora grávida, incutem nela a ideia de que não se encontrava casada com um deus, mas com o próprio monstro – por isso era proibida de ver sua face – e que ele devoraria a ela e ao bebê assim que esse nascesse. Perseguida por essa ideia, certa noite, Psique ilumina a face de Eros, que dormia a seu lado, com uma lamparina a óleo, a fim de cortar-lhe o pescoço. O espanto de Psique é tamanho ao se defrontar com a beleza do deus que ela deixa cair no ombro dele um pouco do óleo escaldante. Acordado, Eros se sente traído e a abandona imediatamente, dizendo que ela nunca mais o veria.

Desesperada pela desgraça causada por suas próprias mãos e loucamente apaixonada pelo deus, Psique sente-se desolada e cai imersa em profunda tristeza; decide, então, dar cabo da própria vida jogando-se em um rio, mas esse a devolve à margem, sugerindo que ela vá em busca de Eros. Ela sai, então, pelo mundo, em busca do amado, e vai ter com a própria Afrodite. Furiosa, a deusa entrega a jovem a suas escravas para torturá-la: Inquietação e Tristeza são seus nomes. A seguir, Afrodite indica a Psique quatro tarefas que deveriam ser cumpridas se ela quisesse obter o perdão de Eros e se juntar novamente a ele. As tarefas apresentam importantes significados simbólicos e representam capacidades que a jovem deveria desenvolver. A cada tarefa cumprida, Psique adquiria uma habilidade que não tinha antes, de modo que ia saindo de um estado mítico marcado pelo que chamaríamos de uma profunda inconsciência a respeito de si mesma, para um estado mais diferenciado em relação ao outro. Mas sempre que se defrontava com as tarefas, ela desistia e tentava se matar – pulando no rio ou atirando-se do alto de uma torre. Nessas horas de desespero, algo externo vinha invariavelmente em seu socorro, normalmente um elemento da natureza: na primeira tarefa, por exemplo, formigas a ajudaram a separar diferentes sementes que estavam misturadas; em outra, a águia de Zeus ajudou-lhe a colher a água de um regato sagrado em meio aos dragões. No mito, Psique encarna a imagem do desolamento, da desistência, da impotência e do impulso suicida diante de todas as tarefas que lhe foram atribuídas por Afrodite. Ao final, ela se une ao amado, tornando-se imortal como ele.

UM BREVE RECORTE CLÍNICO

Assim como Psique, alguns jovens por mim atendidos que consideravam o suicídio exibiam quadros de ansiedade e depressão diante de desafios típicos dessa fase da vida – como passar no vestibular e obter uma inserção entre seus pares, ou lidar com mudanças de escola e/ou bairro, ou ainda com a separação dos primeiros namorados. Outros apresentam uma desolação mais melancólica, que os acompanha desde a pré-adolescência e é marcada pela falta de sen-

tido em suas existências, independentemente de eventos externos. Os sintomas apresentados, em geral, são: depressão, ansiedade, negativismo, baixa autoestima, vazio existencial, abuso de drogas e automutilação, acompanhados, em diferentes níveis, de certa ideação suicida, seguida ou não de tentativas de morte.

Nesse sentido, é como se os jovens estivessem simbolicamente às voltas com os desafios de Psique: desejam ardentemente encontrar algo divino, que pudesse magicamente esvaziar o intenso sofrimento pela perda de sentidos experimentada em suas vidas naquele momento. Não têm forças para sustentar o desafio de descobrir a si mesmos em meio ao desejo, às aspirações e às expectativas do outro. O outro – representado pelo pai, pela mãe, pelo(a) namorado(a) – é o grande destinatário dos apelos de amor, ódio e esperança que aparecem em cada uma das atuações que os aproximavam da morte.

Houve uma jovem que pulou do 10º andar de um prédio e sobreviveu. Ela afirmou, diante dos pais, em uma sessão:

Eu sei que vocês falam que eu devia viver, mas será que vocês não entendem que o que eu quero é morrer? Eu sei que não há nada na vida para eu viver, sempre foi assim e não vai mudar; eu não quero mais viver, porque dói demais, será que vocês podem aceitar isso?

Outro jovem, levado pelos pais a apenas duas entrevistas, atormentado por fantasias persecutórias devido a um surto psicótico, não podia evitar fechar várias portas que levavam até seu quarto e, mesmo medicado, em uma fuga imaginária, pulou pela janela, vindo a falecer.

Outra jovem, tomada por uma profunda angústia, dizia sentir suas forças dragadas por um imã que lhe minava todas as energias e não a deixava sentir prazer com qualquer coisa em sua vida, não importava o quanto os pais lhe apontassem, do lado de fora, o que viam de lá: “uma jovem bonita e inteligente com tudo para ser feliz”.

No acompanhamento desses jovens, era necessário, em primeiro lugar, diferenciar as situações em que ficava explícita uma condição psicopatológica que exigia outros cuidados além da psicoterapia e, conseqüentemente, a procura de

outros profissionais da área da saúde; em algumas situações, como no segundo caso acima relatado, o paciente havia chegado na psicoterapia por meio do encaminhamento de um psiquiatra, sendo que já se encontrava diagnosticado e medicado. Nos outros dois casos relatados, houve a tentativa de oferecer ao paciente e a seus familiares um lugar para a criação de novos sentidos para o que já estava estabelecido na vida, embora paradoxalmente isso acontecesse enquanto se travava um diálogo com a morte. Inconscientemente, havia algo sendo anunciado nas atuações dos jovens. Não se tratava apenas de ouvir o discurso racional do paciente ou da família, mas de acompanhar o discurso dos vários complexos inconscientes do sujeito e de seu grupo, aos quais Jung deu o *status* de “subpersonalidades”, que, carregadas de afeto, podem se interpor às predisposições da consciência e às diretrizes egoicas. Todos os envolvidos (pai, mãe, avós, irmãos, paciente, terapeuta), por sua vez, precisavam suportar a presença de um outro, dar-lhe voz e ouvi-lo, falar-lhe sem garantias de ser por ele atendido. O desafio terapêutico era lidar com manipulações, traços exibicionistas e chantagens, para articular uma aproximação dos vivos, com a morte, a raiva, a impotência e o desamparo, evitando sucumbir a certo *furor sanandis*, que pode assolar os que se encontram envolvidos com esse tipo de problemática na prática clínica – como já alertaram Freud e Jung, entre outros autores da psicologia profunda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tarefas de Psique talvez nos falem do movimento da alma para individuar-se, como diria Jung. Individuação, aqui, implica um processo psicológico de diferenciação da personalidade em relação ao coletivo, implica a construção de um lugar particular no mundo social, um lugar sustentado pelos sentidos subjetivos de uma existência que suporte a presença e o encontro com o outro, em si e fora de si⁸.

Pensando nos dilemas éticos frente aos impulsos suicidas do jovem, seria possível para nós, profissionais da área da saúde, apesar de todos os percalços e angústias, reconhecer no adolescente alguma competência para decidir sobre seu direito

a viver ou morrer? Sabemos como é difícil oferecer um espaço para esse questionamento, sobretudo porque o jovem se encontra em um momento delicado: sua personalidade ainda está passando por transformações profundas. Mas a quem caberá, em uma equipe multidisciplinar, reconhecer que o jovem, afinal, tem o direito de escolher o sentido que vai dar para a morte, sem lhe atestar alguma condição psicopatológica, um diagnóstico que justifique esse impulso, desqualificando sua escolha? Hoje já é possível admitir até mesmo a sexualidade juvenil – e que essa se realiza independentemente dos impedimentos dos adultos, de diferentes formas. No entanto, ainda parece impossível suportar que há um sujeito no adolescente que pode desejar a morte e que pode escolher por ela, sem que seja prontamente diagnosticado ou internado para que sua vida seja protegida e/ou mantida a qualquer custo.

Se a alma segue caminhos desconhecidos e aparentemente loucos para a razão legisladora sobre a vida e a morte, caminhos que nem sempre coincidem com os caminhos prescritos pela norma coletiva, a nós, profissionais a serviço da alma, cabe sustentar esse encontro com a mor-

te, buscando abrir caminhos para dar espaço à dor e ao prazer de se descobrir e de ser o que é, ainda que tendo de suportar escolhas que seriam a princípio insuportáveis. Por que seriam insuportáveis? Para pensar sobre essa questão, teríamos de admitir que olhamos para a morte e para o suicídio de um lugar marcado por uma ideia central – para não dizer que é marcado por uma ideologia –, ou, como diria Foucault⁹, de um lugar sustentado por um discurso dominante. Nesse sentido, ao atender jovens que se encontram tomados por impulsos autodestrutivos ou suicidas, somos confrontados com uma questão central: qual o discurso que rege nossa prática psicológica diante da adolescência, do suicídio e da morte? Refletir sobre essa questão/problema talvez nos permita criar recursos para ajudar nossos pacientes, sejam eles jovens ou adultos, a descobrirem seus próprios significados para a vida e para a morte, independentemente de uma necessidade ilusória de se manter o controle e de estratégias para preservar o paciente em nome de uma ética que autoritariamente se traveste de boas intenções, muitas vezes em favor da manutenção soberana de uma morte em vida.

REFERÊNCIAS

1. Cassorla RMS. Do Suicídio – estudos brasileiros. Campinas: Ed. Papyrus; 1998.
2. Hillman J. Suicídio e Alma. Petrópolis: Vozes; 1993.
3. Tacey D. Spiritual Perspectives on Suicidal Impulses in Young Adults. In: Cox RH, Ervin-Cox B, Hoffman L, editors. Spirituality and Psychological Health. Colorado Springs: Colorado School of Professional Psychology Press; 2005. p. 107-28, chap 7.
4. Van Gennep A. Os ritos de passagem. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
5. Cardoso MR, organizador. Adolescentes. São Paulo: Ed. Escuta; 2006.
6. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
7. Brandão JS. Mitologia Grega. Petrópolis: Vozes; 2009. v. 2.
8. Jung CG. O Eu e o Inconsciente (1916). Petrópolis: Vozes; 1980.
9. Foucault M. A ordem do discurso. São Paulo. Loyola; 1996.