

Maria Júlia Kovács

Coordenadora

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

Morte e desenvolvimento humano / Maria Júlia Kovács coordenadora. -
São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

Bibliografia.

ISBN 85-85141-21-2

1. Comportamento humano 2. Medo. 3. Morte - Aspectos psicológicos 4. Suicídio I. Kovács, Maria Júlia.

92-1944

CDD-155.937

Índice para catálogo sistemático:

1. Doentes terminais: Atitudes comportamentais: Psicologia 155.937
2. Luto: Aspectos psicológicos 155.937
3. Morte: Atitudes comportamentais: Psicologia 155.937

MORTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO

Editor: Anna Elisa de Villemor Amaral Güntert

Capa

Criação e Arte: William Nahme

Computação gráfica: Mauro Minniti e Marilisa Minniti

Produção e diagramação: Casa do Psicólogo - Maria Celina Jurado

Revisão ortográfica: Sandra Rodrigues Garcia

Casa do Psicólogo®

Escritores

© 1992 Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

Reservados os direitos de publicação em língua portuguesa à
Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
Rua Alves Guimarães, 436 - CEP 05410-000 - São Paulo - SP
Fone: (011)852-4633 Fax: (011) 64-5392

É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação,
para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.

Daniela Rothschild - Psicóloga

Henriette Tognetti Penha Morato - Psicóloga, professora do Instituto de Psicologia da USP, chefe do Serviço de Aconselhamento Psicológico da USP

Laura Villares de Freitas - Psicóloga, professora do Instituto de Psicologia da USP com formação na Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica de São Paulo

Maria Júlia Kovács - Psicóloga, professora do Instituto de Psicologia da USP, coordenadora do curso "Psicologia da Morte"

Rauflin Azevedo Calazans - Psiquiatra.

Rachel **Léa Rosenberg** (*in memoriam*) - Psicóloga, psicoterapeuta, professora do Instituto de Psicologia da USP.

Roosevelt Moisés **Smeke Cassorla** - Membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Professor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Vicente **A. de Carvalho** - Médico psiquiatra, psicoterapeuta, diretor técnico do Centro Oncológico de Recuperação e Apoio.

Dedico este livro a todos aqueles que colaboraram para o meu desenvolvimento como pessoa: meus pais, parentes, os grandes amores, os amigos, os professores, terapeutas e hoje os alunos.

Sumário

In memoriam:

Ferenc **Otto Kovacs:** que me ensinou os primeiros passos, que nas suas exigências me impulsionou a buscar as forças dentro de mim.

Katarina Bakk: Que me mostrou que é preciso falar sobre a morte, quando ainda se está vivo, ela faz parte da vida. Espero que tenha encontrado resposta à sua constante pergunta: "O que acontece após a morte"?

Nélson Rosamilha: Que facilitou a pesquisa acadêmica sobre o tema da morte.

Rachel Rosenberg: Colega, professora, e depois amiga. A sua calma e profunda sabedoria sempre me impressionaram muito.

Apresentação	XI
Prefácio	XV
Capítulo 1. Representações de Morte	1
Capítulo 2. Medo da Morte	14
Capítulo 3. Atitudes diante da Morte - Visão Histórica, Social e Cultural	28
Capítulo 4. Morte no Processo do Desenvolvimento Humano A Criança e o Adolescente diante da Morte	48
Capítulo 5. Envelhecimento e Morte	58
Capítulo 6. Reflexões sobre a Psicanálise e a Morte	90
Capítulo 7. O Ser Humano: Entre a Vida e a Morte Visão da Psicologia Analítica	111
Capítulo 8. Morte Abordagem Fenomenológico-Existencial	142
Capítulo 9. Morte, Separação, Perdas, o Processo de Luto	149
Capítulo 10. Comportamentos Autodestrutivos e o Suicídio	165
Capítulo 11. Paciente Terminal e a Questão da Morte	188
Capítulo 12. Atendimento Psicossocial a Pacientes de Câncer Relato de uma Experiência	204
Capítulo 13. Profissionais de Saúde diante da Morte	226

Apresentação

Será a morte a grande musa inspiradora dos filósofos e dos psicólogos?

Sempre tive medo da morte, aliás, de tudo o que é novo, desconhecido e portanto misterioso. Assim como escrever um livro para um marinheiro de primeira viagem, é desconhecido. É uma espécie de morte e de renascimento.

Este é um livro idealizado por uma psicóloga e é neste viés, ou recorte, que ele deve ser compreendido. Ao escrever sobre um tema tão amplo e ao mesmo tempo tão "tabu", correm-se sérios riscos.

O primeiro deles é o de ser superficial, incompleto e unilateral com óbvias limitações diante da vastidão e do aprofundamento que o tema exige. Sou mortal, e esta não é uma opção, e sim uma certeza, daí a incompletude. Mas escrever um livro pode ser uma opção ousada e pretensiosa. Ou talvez seja uma forma de lidar com um grande medo. Ler, pensar, coletar informações e, finalmente, transmitir algumas dessas reflexões pode ser uma forma de desafiar a morte.

O segundo risco é o de ser considerada uma pessoa mórbida, por ler, estudar e escrever sobre a morte. Muitos amigos e colegas meus fizeram este comentário alguns tentando demover-me desse propósito. Não me sinto mórbida, pois não é um caminho mórbido, trata-se de uma trilha de vida, de questionamentos, de reflexões, de batalhas, de inovações. Posso afirmar que para mim a busca da "compreensão" psicológica da morte conduziu-me à elaboração de uma dissertação de mestrado, a uma tese de doutorado, a um curso na graduação em psicologia, outro na pós-graduação, e agora a este livro. Trata-se, efetivamente, de uma grande musa inspiradora!

XII

De que morte falo "daquela do momento foral, da fantasia, a que nos acompanha durante a vida, do sonho, do alívio, da dor, da ruptura". Falo de todas e de nenhuma em particular.

Apresento vivências, reflexões, pensamentos e sentimentos, inspirada em autores que me impressionaram, sobre "aquela morte" que não podemos experienciar nem refletir a respeito, e que acontece no fim da vida, mas também sobre aquela que está presente em toda nossa existência, e que tem uma significação marcante para a nossa trajetória de vida. É a morte no processo do desenvolvimento humano.

A psicologia como ciência, arte, reflexão e prática cuida da questão do homem, da sua relação com os outros e com o mundo, com a vida e também com a morte. Portanto, acredito ser a questão da morte um tema de suma importância para reflexão, sensibilização e questionamentos para o psicólogo. A questão da morte e do morrer, em suas várias instâncias, pode estar presente nas diferentes áreas de trabalho do psicólogo. Refletir sobre o tema nos parece fundamental ao futuro profissional, que terá o seu trabalho centrado na relação com o ser humano.

A partir destas idéias, criei em 1986 uma disciplina optativa intitulada "Psicologia da Morte", no Instituto de Psicologia da USP, onde são abordados vários temas, visando facilitar a sensibilização, reflexão e discussão de alguns aspectos relacionados à questão da morte, dentre os quais destacamos: a morte no processo do desenvolvimento, o medo da morte, perdas e processo de luto, comportamentos autodestrutivos e suicídio, paciente terminal. O curso apresenta três abordagens teóricas em psicologia, relacionadas à questão da morte: a psicanalítica, a junguiana e a fenomenológico-existencial.

Durante esse tempo em que o curso vem sendo ministrado, surgiu a necessidade de elaborar um livro texto, um livro sobre temas abordados. Como professora, eu também gostaria si ter um OS que fosse um facilitados da discussão" que se desenvolve na sala de aula. Tendo esse material básico, poderia tentar alçar vôos maiores, sem perder o fio. Esta é uma característica pessoal minha: tentar não perder o fio. É uma espécie de *leitmotiv* do livro, a sua origem, gênese e fio condutor. Os seus capítulos são os temas das aulas dadas por mim,

Apresentação

como coordenadora do curso e por especialistas convidados a ministrarem algumas das aulas.

Pedimos aos convidados que mantivessem o espírito da aula, que os textos fossem escritos em linguagem simples e acessível, sem detrimento, é claro, da profundidade do tema. O leitor que imaginamos para este livro é o estudante de psicologia. Não se trata de um livro para especialistas, nem pretende esgotar todo o assunto. Na verdade, é impossível esgotar um assunto tão controvertido, profundo e abrangente. São algumas pontuações, idéias, que espero possam favorecer novos questionamentos e orientar o desejo de aprofundamento.

Depois de tantas explicações, acredito que se trate de uma publicação interessante para estudantes e profissionais de saúde e para quaisquer pessoas que queiram buscar informações sobre o tema para seu próprio conhecimento.

Para este singelo empreendimento, que para mim foi a conquista de um desafio, contei com a inestimável colaboração de uma série de pessoas que me "agüentaram" neste período tão envolvente de criação:

Minha mãe Anne Kovács que sempre me incentivou a arriscar e a tentar coisas novas, dando seu apoio e amor.

A querida "irmã" Verônica Landy que me ajudou muito nos momentos mais difíceis.

Os alunos da graduação do Instituto de Psicologia da USP, que desde 1986 foram "cobaias" deste curso, com sua participação e questionamentos muito estimuladores para este projeto.

As alunas: Kátia Regina Honora, Cássia Simone, Suzana da Silva Rosa e Paula Giulano Galeano, que transcreveram as fitas com as aulas dos professores convidados.

As revisoras Maria Celina Jurado e Sandra Rodrigues Garcia que leram cuidadosamente o texto para o aperfeiçoamento do vernáculo.

A *Casa do Psicólogo* e seus diretores Ingo Bernd Güntert e Anna Elisa de Villemor Amaral Güntert, pela confiança e oferecimento da infraestrutura da "Casa".

o amigo André Lengyel pela inestimável ajuda com a "máquina de escrever sofisticada" que, algumas vezes, teimava em emperrar, dificultando o processo criativo.

O Dr. Roosevelt M. Smeke Cassorla e Dra. Eda Marconi Custódio que sempre deram bons conselhos e apoio.

A Odila Weigand que vem sendo uma facilitadora do meu desenvolvimento pessoal.

Os amigos que sempre estiveram presentes em momentos de conflito.

São Paulo, fevereiro de 1992.

Maria Júlia Kovács

Prefácio

O leitor se encontra diante de um livro ousado: que se propõe a abordar o mais difícil dos temas: a morte. A morte negada, escamoteada, escondida, não nomeada, tabu. A morte que nos espreita, de fora, de cima, do lado, de dentro. E, que, nos incomoda, preferimos não vê-la. Ela insiste, reaparece: nas faltas, nas ausências, nos jornais, na TV, nas guerras, no vizinho, no chefe, na traição, na miséria, na saudade, na mentira, na verdade, na favela, no Ministério.

O artista a enfrenta, a denuncia: "E tropeçou no céu como se fosse um bêbado; E flutuou no ar como se fosse um pássaro; E se acabou no chão feito um pacote flácido; Agonizou no meio do passeio público. Morreu na contramão atrapalhando o tráfego." (Chico Buarque, "Construção"). E como atrapalha! - o trânsito, o movimento, a multidão louca, correndo e sofrendo, num correr que não acaba, num sofrer que não se sabe. E isso a vida? Ou é a morte em vida?

A morte começa quando não levamos em conta que a morte existe. Quando nem sequer nos indignamos ao ver os mortos - mortos, não porque a morte existe, mas porque não lutamos pela vida. A criança miserável que morreu de fome, o operário que perdeu as mãos, a prostituta que perdeu o amor, o ser humano que perdeu a humanidade e também o seu ser. O suicida que não sabe que já morreu antes de matar-se, porque não suportou a vida, a morte em vida; muitas vezes porque não pode tolerar a morte do outro, e vai em busca dele, num mundo imaginário, que delírio, engana como se fosse vida.

Mas, delírio? Não há nada após a morte? Não sei. O que sei, e é muito pouco, Drummond disse, com mais saber e sabor: "A porta da verdade estava aberta,/ mas só deixava passar/ meia pessoa de cada vez./ Assim

não era possível atingir toda a verdade,/ porque a meia pessoa que entrava/ só trazia o perfil da meia-verdade./ E sua segunda metade/ voltava igualmente com meio perfil,/ E os meios perfis não coincidiam./ Arrebentaram a porta./ Derrubaram a porta./ Chegaram ao lugar luminoso/ onde a verdade esplendia seus fogos./ Era dividida em duas metades/ diferentes uma da outra./ Chegou-se a discutir qual a metade mais bela./ Nenhuma das duas era totalmente bela./ E carecia optar./ Cada um optou conforme/ seu capricho, sua ilusão, sua miopia." ("Verdade")

Maria Júlia nos abrirá, sempre gentil e contundente, as portas para a nossa ânsia de verdade: e nos brindará com muitas verdades, sobre as quais cada um pode optar. Ou, sugiro, não optar. Assim, podemos continuar com a porta aberta - sempre poderemos ver algo mais. A opção mata o desejo, a curiosidade. O esperar o novo, o acrescentar, o diminuir, o transformar, tudo isso é ruído de vida, é música num *crêscendo*.

Mas é difícil não saber e admitir isso. Todos nós procuramos respostas: é a mãe, é o calor, é a amante, é a imprensa. Não: é o governo, é o rei, é o bobo, é o camponês. É Deus, é o Diabo. Somos todos e não somos nenhum. É a vida e também é a morte. É tudo e é nada.

Assim eu me via quando vi o primeiro cadáver. Não senti nada, a não ser curiosidade, diante daquela coisa cheirando formol. Senti o formol, não a morte. Depois as piadas e a "coragem" que procurávamos ter, dissecando a carne morta. Era necessária muita "vida" para conviver com a morte, ou melhor, para negá-la. Mas, não éramos desumanos. Éramos apenas jovens, moleques aterrorizados, que vínhamos estudar anatomia para que depois, médicos, pudéssemos combater a morte, ficar do lado da vida. Mas, havíamos de passar por essa iniciação: demonstrar a nós mesmos que desprezávamos a morte - e, por isso, ousávamos enfrentá-la!

Um dia, entre os cadáveres em que aprendíamos a salvar vidas, imitando cirurgias, encontrei uma jovem, que atendera semanas antes, viva, em seu leito, e que passara a um colega, melhorada. Impressionara-me sua beleza, beleza de moça pobre, desnutrida, beleza mais de alma, de olhar, que de pele ou de toque. Estava bela também na morte, mas só bela para mim, que a conhecera. Para todos era apenas um monte de tecidos, de órgãos e matéria. Nesse dia chorei: o choro que em quatro anos havia contido.

Mas, tive de chorar escondido, envergonhado por ser humano.

Muitos anos depois me vi ensinando moleques, como eu era, a serem médicos. E me lembrei daquilo, e de muito, muito mais. De outras mortes: da desumanização do paciente e do médico. Do conluio com a sociedade. Das mortes matadas pelos homens. Dos homens suicidas, suicidados. E, de um Brasil, esplendoroso de vida, mas a vida, estrangularada, sufocada, a vida não-vida: moribunda.

Só quando percebi a morte, senti de fato o amor. Primos: "Eu te amo porque te amo. Não precisas ser amante,/ e nem precisas saber sê-lo./ Eu te amo porque te amo. Amor é estado de graça/ e com amor não se paga./ Amor é dado de graça,/ é semeado no vento,/ na cachoeira, no eclipse. Amor foge a dicionários/ e a regulamentos vários./.../ Amor é primo da morte,/ e da morte vencedor,/ por mais que o matem (e matam)/ a cada instante de amor." (Drummond, "As sem-razões do amor").

Amando conheci muitas pessoas, vários companheiros de estudos sobre os mistérios da vida e da morte. E que, curiosos, vivos, amantes, se debriçam sobre esses temas, com todo o vigor que o amor imprime em estado de graça. Maria Júlia Kovács é uma delas.

Quando Maria Júlia me intimou a escrever este Prefácio, o que me deixou num estado temeroso e feliz, fiquei pensando o que ela mais me passava. E me veio a palavra CORAGEM. Coragem, é vida. Vem de coração. De confiar na vida.

Num domingo, refletindo sob o sol que me cobria, recebo um telefonema. Maria Júlia se apresenta. É professora do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, Desenvolvimento e Personalidade, do Instituto de Psicologia da USP. Estamos em 1985. Diz que leu um livro meu sobre Suicídio, e que, conversando com seu orientador Dr. Nelson Rosamilha, haviam decidido convidar-me para a sua banca de defesa de dissertação de mestrado. Alertava-me: não é bem sobre Suicídio - é sobre a Morte.

Impressionado com o tamanho do nome de seu Departamento, com o fato de pessoas tão importantes terem lido meu livro e, mais ainda, com a coragem dos dois em convidar um desconhecido para uma banca, fiquei pasmo e paralisado. Geralmente se convidam amigos, e quando os pesquisadores são tão sérios, investigadores não inimigos para uma banca de

XVIII Morte e desenvolvimento humano

mestrado ou doutorado... Nunca um desconhecido. Fiquei fascinado pelo mistério e, logo que me recuperei, aceitei o convite. Precisava descobrir o enigma.

E que surpresa! Era apenas coragem. Conheci a dissertação ("Um estudo sobre o medo da morte em universitários das áreas de saúde, humanas e exatas"), correta e precisa. Enfrentava-se o medo de algo temível e se desvelava. Mais importante: conheci Maria Júlia e Eda Custódio (que assumiu como orientadora, por ocasião do falecimento do Dr. Néelson) dois seres humanos excepcionais, como fui confirmando no decorrer dos anos seguintes. Todos disseram o mesmo a respeito do professor Néelson Rosamilha, que encorajou Maria Júlia nos primeiros passos de sua tese, e que faleceu antes de sua defesa. Mas, que deixou nela a sua marca. ("...Alguém deste clã é bobo de morrer?/A conversa o restaura e faz eterno".... - Drummond, "Conversa")

Já mestre, Maria Júlia criou a primeira disciplina de graduação, numa Universidade, que tenho notícia: "Psicologia da Morte", para os alunos do Instituto de Psicologia da USP. Generosa, convidou-me todos estes anos para ministrar aulas ligadas à psicanálise e ao suicídio. Saía feliz de Campinas, sabendo que em São Paulo iria encontrar um grupo de alunos interessadíssimos, questionadores, desafiadores, enfim, VIVOS, e de uma vida aproveitada, vivida ou rica para se viver. Estou certo de que Maria Júlia tem muito a ver com isso.

Em 1989, ela se tornou doutora. Em sua tese "A questão da morte e a formação do psicólogo", onde descreve criativamente as experiências que viveu na nova disciplina, já não é mais tão precisa como na anterior. Abandonando os números, entra mais fundo na alma dos indivíduos, dissecando-a, procura compreendê-la - é mais ciência poética que lida com gente, do que ciência fria, rica em estatísticas. Novamente na banca, surpreendo-me, cada vez mais, com a coragem de Maria Júlia que, estimulada por Eda, incursiona com desenvoltura pela pesquisa do homem, cada homem como ser único, que pede para ser reconhecido como indivíduo, compreendido, interpretado (e há tantas interpretações...)

Em seguida, Maria Júlia cria uma disciplina de pós-graduação em Psicologia Escolar: "A morte no processo do desenvolvimento humano: suas representações em crianças e adolescentes."

Prefácio

XIX

Mais uma vez, Maria Júlia demonstra seu vigor, ao organizar este livro, onde o leitor encontrará vários autores, abordando o tema da morte sob vários ângulos. Mais uma riqueza da investigadora: contemplar todas as leituras possíveis e, assim, como educadora que é, fazer o aluno (e o leitor) refletir, comparar, duvidar, questionar, e, com tudo isso, criar. Sem dogmas, que para mim é morte. Ao contrário: obrigando o outro a pensar - e isso é vida.

Isso não quer dizer que o leitor vai encontrar respostas em relação à morte. Talvez encontre, como diz o poeta, por "capricho, ilusão ou miopia". Mas, com certeza, poderá VIVER a riqueza de conVIVER com idéias, sentimentos, especulações, ricos e variados. Talvez fique frustrado, mas, tenho a esperança de que possa viver a ausência da certeza, de todas as certezas, da vida e da morte. E mais uma vez Drummond nos inspira:

"Por muito tempo achei que a ausência é falta
E lastimava, ignorante, a falta.
Hoje não a lastimo.
Não há falta sem ausência.
A ausência é um estar em mim.
E sinto-a branca, tão pegada, aconchegada em meus braços,
que rio e danço e invento exclamações alegres,
porque a ausência, essa ausência assimilada,
ninguém a rouba mais de mim "

(Carlos Drummond de Andrade, "Ausência")

Roosevelt Moisés Smeke Cassorla

Ano Novo/1992

Capítulo 1

REPRESENTAÇÕES DE MORTE

Maria Júlia Kovács

Origem da morte

"Uma mulher tinha dois filhos gêmeos, alguns dizem que eram irmão e irmã; que desmaiaram. Possivelmente só estavam dormindo. Sua mãe os deixou de madrugada e quando retornou à noite, eles ainda estavam deitados lá. Ela notou pegadas como as deles, e imaginou que eles tinham voltado à vida e brincado durante a sua ausência. Certa vez ela chegou, inesperadamente, e encontrou-os discutindo dentro da cabana. Um deles dizia: 'É melhor estar morto'. O outro dizia: 'É melhor estar vivo.' Quando a viram, pararam de falar e desde então as pessoas morrem de tempos em tempos, portanto, sempre há vivos e mortos. Se ela tivesse permanecido escondida e permitido que eles encerrassem sua discussão, um teria vencido o outro, e daí não haveria vida ou não haveria morte." (*in* Meltzer, 1984)

Sobre que morte falar? Existe uma morte, aquela do fim da vida, da qual, em princípio, não temos consciência durante o seu processo, pois "ninguém volta para contar", como diz o povo. Segundo os budistas, ou seja, de acordo com a sua religião e filosofia, a morte é o momento de máxima consciência, e os homens iluminados lembram suas mortes e suas outras vidas. Então não há só uma morte, mas várias, durante todo o processo evolutivo. Esta é a minha crença, assim como cada pessoa tem a sua.

As religiões e a filosofia sempre procuraram questionar e explicar a origem e o destino do homem. Por tradição cultural, familiar ou mesmo por investigação pessoal cada um de nós traz dentro de si "uma morte", ou seja, a sua própria representação da morte. São atribuídas a esta, personificações, qualidades, formas.

A morte sempre inspirou poetas, músicos, artistas e todos os homens comuns. Desde o tempo dos homens das cavernas há inúmeros registros sobre a morte como perda, ruptura, desintegração, degeneração, mas, também, como fascínio, sedução, uma grande viagem, entrega, descanso ou alívio.

Qual delas poderia ser a "nossa morte"? A forma como a vemos certamente influenciará a nossa forma de ser. Entrelaçamos vida e morte, durante todo o nosso processo de desenvolvimento vital. Engana-se quem acredita que a morte só é um problema no final da vida, e que só então deverá pensar nela. Podemos, é claro, tentar esquecer, ignorar ou mesmo "matar" a morte. Sabemos que a filosofia e o modo de viver do século XX pregam veementemente esta atitude, porém, com um sucesso relativo, como veremos. Na verdade, trata-se de um grande e inútil dispêndio de energia.

Desde todos os tempos em busca da imortalidade, o homem desafia e tenta vencer a morte. Nos mitos e lendas essa atitude é simbolizada pela morte do dragão ou monstro. Os heróis podem conseguir tal façanha mas os mortais não. E o homem é um ser mortal, cuja principal característica é a consciência de sua finitude - isso o diferencia dos animais, que não têm essa consciência. Portanto, obnubilar, apagar essa consciência não seria um retrocesso?.

Não nos iludamos, pois o que buscamos não é a vida eterna e sim a juventude eterna com seus prazeres, força, beleza e não a velhice eterna com suas perdas, feiúra, dores. Quantos "heróis" perderam a vida na busca da imortalidade! Não acreditamos em nossa própria morte, agimos como se ela não existisse, fazemos planos para o futuro, criamos obras e filhos, imaginamos que estes perpetuarão o nosso ser. Em alguns casos, isso ocorre, o homem é perpetuado pelas suas obras. Algumas vezes, estas se mostram mais vivas depois da sua morte. Quantos foram reconhecidos só depois de mortos! Van Gogh é um exemplo destes "imortais" depois da morte.

No entanto, não podemos viver a vida toda sob a esmagadora "presença" da morte. Existem várias possibilidades de ocultamento, tanto culturais, quanto psicológicas. Entre estas últimas podem ser destacados os mecanismos de defesa: negação, repressão, intelectualização, deslocamento.

As defesas ao mesmo tempo que nos protegem do medo da morte, podem nos restringir. Há momentos em que o sujeito fica tão acuado que parece não viver. E esse não-viver, pode ser equivalente a morrer. Então surge uma situação paradoxal, em que a pessoa "está" morta, mas "esqueceu" de morrer: temos a chamada morte em vida. Com isso estamos brincando com as palavras vida e morte e com o seu entrelaçamento, mas que verdades profundas essas brincadeiras nos trazem!

A morte faz parte do desenvolvimento humano desde a mais tenra idade. Nos primeiros meses de vida a criança vive a ausência da mãe, sentindo que esta não é onipresente. Estas primeiras ausências são vividas como mortes, a criança se percebe só e desamparada. Efetivamente não é capaz de sobreviver sem a mãe. São, no entanto, breves momentos ou, às vezes, períodos mais longos, porém logo alguém aparece. Mas esta primeira impressão fica carimbada e marca uma das representações mais fortes de todos os tempos que é a morte como ausência, perda, separação, e a conseqüente vivência de aniquilação e desamparo. A experiência da relação materna tão acolhedora e receptiva, também é responsável por outra representação poderosa da morte, ou seja, a morte como figura maternal que acolhe, que dá conforto. Esta representação provavelmente é bastante acentuada em indivíduos que tentam suicídio diante de situações insuportáveis, ou que originam impasses profundos.

À medida que a criança processa o seu desenvolvimento afetivo e emocional, porém, experiencia as mortes efetivas que a rodeiam, tentando compreender o que se passa. Atualmente, acredita-se que a criança não sabe nada sobre a morte e que, portanto, deve ser poupada. No entanto, todas as crianças inadvertidamente já pisaram numa formiga e esta, esmagada, parou de se mexer. Diante disso, elas param e ficam observando, entre aterrorizadas e curiosas, o que aconteceu. Toda criança já "perdeu" um passarinho, um gato, um peixe ou qualquer bicho de estimação. Percebeu então que ficaram "diferentes" do que eram quando estavam vivos. Além disso, podem morrer bisavós, avós, pais, irmãos, amigos e, nos noticiários e novelas da TV, inúmeras pessoas. Diferentes dos personagens de desenhos animados, que sempre renascem, aqueles jamais retornam. É uma tarefa muito difícil para a criança definir vida e morte, pois na sua percepção a morte é não-movimento, cessação de algumas funções vitais como alimentação, respiração; mas na sua concepção a morte é reversi-

vel, pode ser desfeita. Há diferenças entre vivos e mortos, mas os últimos poderão ser ressuscitados sozinhos ou com ajuda de alguém. Na realidade não é assim, os verdadeiros mortos não ressuscitam; como a criança consegue elaborar esta contradição? A morte se faz acompanhar de uma tentativa de explicação e, por outro lado, fortes emoções assolam quando de seu acontecimento. A dor acompanha as mortes e o processo de luto se faz necessário; a criança também processa as suas perdas, chora, se desespera e depois se conforma como o adulto. Certamente não expressará a sua dor, se não souber que aconteceu uma morte, entretanto a criança percebe que algo aconteceu pois todos estão agindo de uma forma diferente. Estes pontos serão melhor discutidos em outros capítulos deste livro.

Um dos atributos freqüentemente associados à morte é a sua característica de reversibilidade, presente na fantasia de muitos adultos, como veremos nos processos de luto. Em muitas tentativas de suicídio há a fantasia de "se morrer só um pouco", para que o outro possa sentir a falta, ou para que se sinta culpado. Entretanto, a própria criança começa a compreender a irreversibilidade da morte pela própria experiência.

Sabemos que faz parte do desenvolvimento infantil o pensamento mágico e a onipotência. Fica, portanto, a grande questão: se os outros morrem, será que morrerei também? A criança reproduz a história da humanidade. Ela se representa como o herói que durante o dia vence a sua fragilidade e, à noite, tem os seus pesadelos, os monstros, os dragões e os fantasmas que a ameaçam. A morte representa o desconhecido e o mal

Nos filmes, na TV e talvez até mesmo na rua a criança começa a conviver com a concretude da morte, corpos mutilados, sangue, violência, vê homicídios, assassinatos, acidentes. A morte passa a adquirir alguns dos seus contornos principais, o caráter de violência, repentividade, acaso. Uma das formas principais de proteção passa a ser a crença de que a morte só ocorre com os outros.

Outro elemento da morte que fica muito presente nesta fase da vida é o elemento culpa. Esta relaciona-se muito com o pensamento mágico e onipotente infantil e com os elementos de sociabilização que levam a desejos de morte, de tal forma que, se ocorre uma morte, é inevitável que a criança estabeleça uma relação entre esses desejos e a morte efetiva.

Como todos nós já vivenciamos tais desejos, em algum momento de nossas vidas, sabemos que é inevitável a ligação da culpa com a morte do outro.

Racionalmente os adultos reconhecem que não é assim, mas emocionalmente é freqüente a atribuição de culpa em relação à morte do outro, muitas vezes associada à falta de cuidados, sentimentos exacerbados no processo de luto.

Ao construir o mundo, o adolescente deixa as idéias e os pensamentos infantis, o "faz-de-conta" é relegado como coisa de criança. Adquirir conhecimentos, tornar-se adulto, ter um corpo de homem ou mulher são tarefas da adolescência. A sua palavra-chave é desafiar, pois o adolescente também é um herói como a criança havia sido, só que um herói mais potente, com um corpo mais forte e uma mente mais aguçada, com todas as possibilidades de criação e execução, sem os freios restritivos da razão e da maturidade. Nas representações figurativas os heróis são jovens, belos, fortes, predominando, sempre, a característica da impetuosidade. Não há lugar para a morte, que representa a derrota, o fracasso. Como podemos ver aqui está representada a visão atual da morte: fracasso, derrota, incompetência. Devemos admitir que somos uma civilização adolescente, onipotente, forte, entretanto com pouca maturidade?

Desafiar, romper limites é o grito de vida, é a identidade de um novo ser que rompe barreiras, extravasa limites, para configurar os contornos da própria identidade, em busca da qual tem de ir até o fim. Experimentar novos prazeres, sentir o limite do possível é viver a vida nos seus extremos. Estamos exagerando ao falar de um ideal adolescente de onipotência, força, impulso o "pico" da vida, sem espaço para a morte. Mas, estamos diante de uma contradição, pois neste momento em que não há lugar para a morte, é que ela está mais presente, espreitando em todos os cantos. No desafio da vida, pode estar a morte, não só a do outro, mas a própria. Pelo seu desenvolvimento cognitivo o adolescente sabe que a morte não é reversível, mas sim, definitiva, não tem, portanto, o elemento protetor da inconsciência, pelo menos do ponto de vista racional.

O adolescente pode viver várias mortes concretas, com a perda de amigos, colegas, em acidentes, overdose, assassinatos, doenças. Apesar de viver a concretude dessas perdas, o pensamento adolescente conclui que

a morte ocorreu por inabilidade, imperícia e que o verdadeiro herói, que é ele próprio, não vai morrer. Aqui está representada a busca e o desejo de imortalidade do ser humano, o seu desejo de ser herói, forte, belo e onipotente, com a grande missão de vencer o dragão da morte.

Mas em seu íntimo, ocorre uma dúvida: será ele apenas humano, frágil, e terá o mesmo destino do outro? A adolescência se configura pelas ambivalências. Ao mesmo tempo que se sente todo-poderoso, o adolescente também "borra as calças", só que dificilmente exterioriza essas fraquezas. Assim, o herói tem os seus momentos de dúvida e insegurança.

A morte espreita no pico da vida. É que para viver os grandes êxtases que a vida promete, a morte pode ocorrer como acidente ou busca. Como o número de tentativas de suicídio e acidentes é muito grande nesta etapa da vida, resta saber se ocorrem por acidente ou por motivação intencional. Se são atos deliberados o que buscaria o sujeito: uma vida melhor, mais amor, mais valorização, vingança, castigo? Este enigma será aprofundado no capítulo referente ao suicídio.

A adolescência também é o tempo da descoberta do amor. Durante o Romantismo as pessoas se matavam por amor, quando estavam muito apaixonadas, o que deu origem à expressão popular "morrer de amor". De novo, no pico da vida ronda a morte. Os temas de sedução, conquista, amor e morte fazem parte do enredo de óperas, poemas, romances e novelas e freqüentemente a culminância destes enredos se configura com um grande amor e uma grande morte. Uma das representações mais fortes da morte está ligada ao seu caráter de sedução, presente nas figuras de sereias, botos, arlequins. Por outro lado, o ponto culminante do amor é o orgasmo também chamado de "pequena morte".

O uso de drogas pode ter como objetivo elevar o "pico" da vida ou servir como elemento de alteração da consciência. Sabemos que o número de mortes concretas associadas às drogas é muito alto, envolvendo acidentes, doenças. No entanto a droga traz a representação da morte ligada às grandes viagens, à percepção diferente do mundo, a um estado alterado de consciência.

Já a fase adulta, muitas vezes indefinida, pode ser considerada um período de desenvolvimento do qual nos tempos atuais da sociedade capitalista, não temos clareza sobre seu início e seu término. Aparentemente se

inicia com o fim da adolescência, e termina com o início da velhice, mas os seus limites não são precisos. As exigências externas constituem um estado íntimo que nos faz sentir adultos.

Responsabilidade em relação à comunidade e colaboração com o seu desenvolvimento são tarefas próprias desta fase. Consolidar uma intimidade afetiva, iniciada na fase anterior, constituir família, criar filhos também fazem parte deste período. Muita energia é dispendida na construção de todos estes pilares. O espaço da morte na consciência ainda pode estar muito distante. O impulso e os arroubos da adolescência tendem a diminuir e, em geral, a pessoa se torna mais ponderada e calma, pois, se permanecesse no ritmo da fase anterior, poderia adoecer.

Entre as doenças comuns desta época estão os ataques cardíacos fulminantes que ceifam a vida. Mais uma vez, é a morte rondando no pico da vida.

Esta fase constituiria o que Jung chamou de metanóia ou metade da vida. É quando fazemos um balanço do que foi a nossa existência até aquele momento. Em princípio, quase tudo o que se almejava como realização de vida foi conseguido. Houve alegrias e vitórias, mas, também, tristezas e decepções. Fatos concretos, porém, permitem avaliar o que se alcançou em relação à profissão, às posses, à família, aos filhos, ou a quaisquer outros pontos considerados vitais. Quando se chega ao topo da montanha e se admira a paisagem à volta, a descida parece obrigatória. Não dá para ficar todo o tempo no topo, nem que se queira, sob o risco de estancar o processo, com conseqüências. A subida remeteu a um esforço, como vimos, o mesmo ocorrerá com a descida. Ela representa a segunda metade da vida, potencialmente tão criativa quanto a primeira, só que de num outro ângulo. Temos toda a experiência do nascimento, da infância, da adolescência e da primeira fase adulta. Ao fazer um balanço dessa experiência, uma grande transformação interna se processa em nós e a morte não se configura mais como algo que acontece somente aos outros, mas que pode acontecer conosco também. Surge, então, a possibilidade da minha morte e isto traz um novo significado para a vida. Esta passa a ser definida e ressignificada pela possibilidade da morte. Não temos mais todo o tempo do mundo, o limite não está lá para ser extrapolado e sim para ser conhecido e admitido.

Assim continuamos nossa trajetória de descida, ressignificando valores, abandonando alguns da juventude e admitindo outros. O tempo não pode ser estancado. Tentar pará-lo, porém, para distanciar a morte, foi sempre uma tentativa inútil feita pelo homem. Esta imagem do homem que procura driblar a morte, através de jogos, disfarces ou artimanhas é bastante significativa, em todos os tempos. E o homem que vende a alma ao diabo em troca da não-morte, só que neste ponto ela é inexorável. O filme "Sétimo Selo", de Ingmar Bergman, traz esta representação do homem que joga uma partida de xadrez com a morte. Ai se apresenta outro atributo de sua inexorabilidade, pois ela é sempre vitoriosa, a ela nenhum herói pode vencer e esta é a diferença entre a consciência da vida adulta e a da adolescência. Outros atributos, freqüentemente, associados à morte são o mistério, o poder e a força. O homem, que sempre mediu forças com a morte, viu-a como inimiga que arrebanha e, num poder de sedução maior, domina a vida. O símbolo da foice, freqüentemente usado nas representações da morte, dá esta idéia de corte.

E assim continua a nossa descida. Em termos de desenvolvimento chegamos a uma fase conhecida como velhice, que como vimos, não tem um início definido, mas cujo fim é claramente a morte.

A velhice é a fase do desenvolvimento humano que carrega mais estigmas e atributos negativos. Isso se justifica em parte porque ocorrem perdas corporais, financeiras, de produtividade e, às vezes, a separação da própria família se torna inevitável. No entanto, a maneira de viver ou representar cada uma dessas perdas se vincula ao processo de desenvolvimento e à consciência de cada um.

É importante verificar onde é colocada a ênfase: na vida ou na morte. Se este período está voltado só para a morte, como alguns teimam em colocar, porque é tão longo, maior do que qualquer outra fase do desenvolvimento, durando, às vezes, mais de 30 ou 40 anos?

Há pessoas que chegam aos 90 ou 100 anos. Será para morrer em *vida*?

Jung diz que se temos vinte anos para nos prepararmos para a vida, deveríamos ter o mesmo tempo para nos prepararmos para a morte. Pode-se preparar para a morte vivendo intensamente, obviamente "não estamos falando de negar a morte, ou esconder o sol com uma peneira, mas de conviver com ela em busca do seu significado. Temos observado

muitas pessoas que viveram de forma significativa o fim da vida, pois nesse tempo todas as experiências se somam, as da subida, a visão abrangente do pico e todo o processo da descida. Ao escrever, vem-me a imagem de meu mestre, Dr. Sandor Petho, que durante o tempo em que seus alunos o conheceram trouxe toda a plenitude de sua experiência, compartilhando conosco a sua sabedoria. Sua morte repentina entristeceu a todos, família, amigos e discípulos, como é inevitável, mas também nos trouxe a lição de como a vida pode ser vivida na sua plenitude até o final. Esta imagem nos lembra a representação da morte como sabedoria, o velho sábio que nos conduz pela seara do novo, do desconhecido e que provoca em nós profundas transformações.

A morte como limite nos ajuda a crescer, mas a morte vivenciada como limite, também é dor, perda da função, das carnes, do afeto. É também solidão, tristeza, pobreza. Uma das imagens mais fortes da morte é a da velhice, representada por uma velha encarquilhada, magra, ossuda, sem dentes, feia e fedida. É uma visão que nos causa repulsa e terror.

Neste capítulo que inicia esta obra, com poucas citações nós nos propusemos estabelecer uma relação entre as representações mais comuns da morte e as fases do desenvolvimento humano. Já que a tônica deste livro é falar da morte enquanto há vida, este é o lugar da psicologia no seu estudo do homem.

Do ponto de vista biológico, como definimos a morte, Morin (1970) defende uma tese, baseada em pesquisa, segundo a qual o que caracteriza os seres vivos é a imortalidade, considerando-se as suas unidades mais simples, como as células. Existe uma aptidão biológica para o viver indefinidamente, reproduzindo-se. Neste sentido, a morte é o fim da existência e não da matéria. Os estados de vida e morte ocorrem num *continuum* com células e tecidos se substituindo num processo dinâmico. Não é possível a sobrevivência de determinadas partes do corpo se outras não morrerem, como, por exemplo, as células da pele, dos cabelos. Daí não serem separáveis claramente os estados de vida e de morte. A evolução, a especialização levou a uma desigualdade celular, à desarmonia e, portanto, à morte. Esta surge como o preço da organização e da especialização.

A velhice permitiu que se fizessem estudos sobre o processo de morte. A chamada "morte natural" é a que não ocorre por acidentes ou doença

fatal. Do ponto de vista bioquímico a morte se configura como uma falta de regeneração, mas é difícil descobrir qual a sua causa e o seu processo. É a questão da mortalidade/imortalidade. Somos em parte mortais e em parte imortais. Temos dentro de nós a raiz da imortalidade.

Desenvolveremos neste livro extensas discussões sobre o viver psicologicamente o processo da morte, de interesse da psicologia. Do ponto de vista médico sempre se buscou definir com clareza o momento da morte. Isso nem sempre foi muito fácil, como atestam relatos acerca de muitas pessoas que foram enterradas vivas, tratando-se de um fato que tem despertado temor em todos os tempos. Objetivamente falando isso não ocorre mais, em nossos dias, pois há parâmetros cientificamente definidos para constatar a morte.

No livro de Ziegler (*Os vivos e a morte*, 1977) encontramos a definição de Hipócrates para o momento em que a morte ocorre, como: testa enrugada e árida, olhos cavos, nariz saliente, cercado de coloração escura, têmporas deprimidas, cavas e enrugadas, queixo franzino e endurecido, epiderme seca, uma espécie de poeira de um branco fosco, fisionomia nitidamente contornada e irreconhecível.

Em termos de função, a morte se caracteriza pela interrupção completa e definitiva das funções vitais de um organismo vivo, com o desaparecimento da coerência funcional e destruição progressiva das unidades tissulares e celulares.

Como veremos a seguir cabe atualmente ao médico definir o momento da morte, com conseqüências sociais muito sérias. O médico confirma esse momento, constatando-o como definitivo e irreversível, bem como determina a sua causa. Entre os critérios que atualmente definem a ocorrência da morte estão os seguintes (Ziegler, 1977):

1. Não-receptividade e não-reação total a estímulos externos, mesmo que dolorosos. Não há emissão de sons, gemidos, contrações, nem aceleração da respiração.
2. Ausência de movimentos respiratórios, falta de movimento muscular espontâneo ou de respiração ao se desligar o aparelho respiratório por um tempo mais longo.

3. Ausência de reflexos, ou coma irreversível com abolição da atividade do Sistema Nervoso Central. Ausência de reflexos condicionados como: reação da pupila, que fica fixa e dilatada mesmo na presença de luz, sem reflexo na córnea, faringe e tendões.
4. Encefalograma plano, comprovando destruição cerebral plena e irreversível.

A morte clínica é definida como um estado onde todos os sinais de vida (consciência, reflexos, respiração, atividade cardíaca) estão suspensos, embora uma parte dos processos metabólicos continue a funcionar. A morte clínica se tornou um conceito, pois atualmente todas essas funções vitais podem ser substituídas por máquinas, prologando a vida indefinidamente. A morte total ocorre quando se inicia a destruição das células de órgãos altamente especializados, como o cérebro, os olhos, passando depois para outros órgãos menos especializados.

Como se vê, do ponto de vista somático há uma definição que permite a constatação da morte sem maiores problemas. Em caso de dúvida, pode-se pedir que mais de um médico confirme o óbito. Uma vez dado o atestado, iniciam-se os ritos funerários. Do ponto de vista psicológico existem inúmeras mortes, como vimos, nas suas mais variadas representações, inclusive podemos agir como se ela não existisse.

Alguns autores estudaram as experiências vividas por indivíduos que estiveram muito próximos da morte, numa tentativa de relatar o que seria a experiência de morrer. Moody (1975) pesquisou 150 casos de pessoas que foram ressuscitadas após estarem clinicamente mortas, e de pessoas que sofreram acidentes e estiveram muito próximas da morte. Esse autor estudou o relato dessas pessoas, observando semelhanças extraordinárias dentre as quais, destacamos:

1. Sensação de serem expectadores, quando ouvem "pronunciamentos" sobre a sua própria morte.
2. Sensação de paz e quietude ou, ao contrário, ruídos muito intensos.
3. Experiência de passagem por um túnel escuro.

4. Experiência extracorpórea, em que o indivíduo se vê acima do seu corpo. Algumas pessoas relatam que gostariam de voltar ao corpo, mas não sabem como, tentam falar, mas ninguém escuta.
5. Encontro com outras pessoas, que podem assumir a forma de parentes ou amigos já falecidos ou de pessoas que ajudaram no momento da transição.
6. Encontro com um "Ser Iluminado", muitas vezes identificado com uma figura divina, cuja imagem está relacionada com a história religiosa da pessoa. Esta figura pode exercer uma atração irresistível e transcendental.
7. Sensação de retrocesso, onde ocorre uma visão panorâmica da vida do sujeito, normalmente relatada contendo sendo muito rápida e em ordem seqüencial de trás para a frente, com imagens rápidas, vividas e reais.
8. Experiência de limite: a pessoa sente que chegou ao fim.
9. Muitos relataram um desejo imenso de voltar à terra e ao convívio familiar, com a responsabilidade e necessidade de cuidar dos filhos; outros após o encontro com a pessoa divina não queriam mais voltar.
10. Algumas pessoas se recusam a contar essas experiências com medo do descrédito.
11. Outros relataram que essa experiência foi extremamente impactante e provocou mudanças na sua forma de encarar a morte, diminuindo, inclusive, o medo de morrer.

Watson (1974) relata que diante da morte rápida e repentina, podem ocorrer três reações em seqüência:

- a. A princípio a pessoa começa a lutar contra o perigo e o inevitável.
- b. Depois ela deixa de lutar e se entrega, lembrando cenas do passado.
- c. Em seguida, pode entrar num estado místico do qual, muitas vezes, não deseja voltar.

Como afirmamos, neste livro trataremos da morte do ponto de vista psicológico, ou seja a morte como representada pelo ser humano e, de alguma forma, determina a maneira como o homem reagiu diante da morte durante toda a História. Essa questão será abordada em alguns trechos do livro, mais particularmente no capítulo 7 referente à abordagem junguiana.

Neste livro a questão religiosa é somente tangenciada. Não se trata de nosso enfoque no momento, embora saibamos que as religiões tiveram e têm grande função na explicação dos mistérios da vida e da morte, através da fé e da crença. Acreditamos que este tema por si mereceria um livro. Abordaremos brevemente a função social e psicológica da religião, a sua função transcendente, a sua dimensão cósmica. Discutiremos, também, como a questão da continuação da vida sempre foi um desejo do homem durante todos os tempos. A segurança de uma vida após a morte parece aplacar o terror, que a finitude árida e drástica introduz.

Referências Bibliográficas

- JUNG, C. G. - The soul and death. *Vol. 8 Collected Works*. London, Routledge and Keagan Paul, 1960.
- MOODY, R. - *Life after life*. New York, Bantam Books, 1975.
- MORIN, E. - *O homem e a morte*. Lisboa, Publicações Europa-América, 1970.
- ZIEGLER, J. - *Os vivos e a morte*. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

MEDO DA MORTE

Maria Júlia Kovács

„As mudanças ocorridas do nascimento até a velhice, da doença até a morte são ainda mais rápidas. As quatro estações, têm uma seqüência determinada. Assim, a hora da morte não espera a sua vez. Ela não vem necessariamente de frente, pode estar planejando o seu ataque por trás. Todo mundo sabe da morte, mas ela chega inesperadamente, quando as pessoas sentem que ainda têm tempo, que a morte não é iminente. É como as planícies secas que se estendem mar adentro, para que a maré chegue, inundando o seu caminho até a praia." (Kenko, Urabe no Kaneyoshi, Japão século XIII, *in* Meltzer, 1984)

O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independente da idade, sexo, nível sócio-econômico e credo religioso. Apresenta-se com diversas facetas e é composto por várias dimensões. Segundo Feifel e Nagy (1981) nenhum ser humano está livre do medo da morte, e todos os medos que temos estão de alguma forma, relacionados a ele.

É difícil diferenciar entre medo e ansiedade. De uma maneira geral, a ansiedade é associada a um sentimento difuso, sem uma causa aparentemente definida. Já o medo é geralmente ligado a uma causa mais específica. No caso da morte, porém, esta experiência é tão ampla e universal que se poderia pensar em ansiedade e medo de forma similar. Segundo Hoelter (1979) a ansiedade pode ser definida como um estado geral que precede uma preocupação mais específica do homem com a morte. Verificou-se, então, que pessoas que têm um nível maior de ansiedade apresentam mais medo da morte, ou seja, o medo da morte evoca ansiedade.

Cada pessoa teme mais um certo aspecto da morte. Em função disso, Kastenbaum (1983) afirma que deve-se considerar a morte sob duas concepções:

1. A morte do outro: O medo do abandono, envolvendo a consciência da ausência e da separação.
2. A própria morte: A consciência da própria finitude, a fantasia de como será o fim e quando ocorrerá.

Ao pensar sobre a sua morte, cada pessoa pode relacioná-la a um dos seguintes aspectos:

- a. Medo de morrer: Quanto à própria morte, surge o medo do sofrimento e da indignidade pessoal. Em relação à morte do outro é difícil ver o seu sofrimento e desintegração, o que origina sentimentos de impotência por não se poder fazer nada.
- b. Medo do que vem após a morte: Quando se trata da própria morte e o medo do julgamento, do castigo divino e da rejeição. Em relação ao outro, surge o medo da retaliação e da perda da relação.
- c. Medo da extinção: Diante da própria morte existe a ameaça do desconhecido, o medo de não ser e o medo básico da própria extinção. Em relação ao outro, a extinção evoca a vulnerabilidade pela sensação de abandono.

O que parece mais temido na morte depende da época de vida de cada um e das circunstâncias do momento, como, por exemplo: o perigo iminente devido a situações externas de guerras, crimes, violência; perturbações internas que ameaçam o sujeito, como medos e fobias, ou mesmo a morte de alguém.

Kastenbaum (1983) relacionou as seguintes variáveis segundo as quais se deve estudar o medo da morte:

1. Tempo: Quando está prevista a ocorrência da morte? Está próxima ou distante temporalmente? Qual é a velocidade de sua aproximação e a possibilidade de estancar o seu processo?
2. Espaço: O perigo da morte é encarado como ameaça interna, ou como algo projetado no ambiente externo.
3. Probabilidade: O indivíduo percebe que tem alta probabilidade de morrer real ou simbolicamente.

4. **Gênese:** Onde se pode buscar o início desse medo e como ele se entrelaça com outros fatores de personalidade?
5. **Manifestação:** Os sintomas mais comuns relacionados com o medo da morte podem ser: insônia, preocupações excessivas com algum aspecto da vida como família, trabalho ou saúde, estado de ânimo depressivo, sintomas psicossomáticos, entre outros.
6. **Patologia:** Até que ponto o medo da morte pode ser considerado normal em todos os seres humanos, como afirmamos anteriormente? Em que momento começa a adquirir contornos patológicos pela sua intensidade, formas de manifestação e conseqüências na vida do sujeito?
7. **Diferenças individuais:** O medo da morte está ligado a características pessoais e circunstanciais da vida e não pode ser considerado separadamente da personalidade do sujeito.
8. **Função:** Qual é a função do medo da morte na vida de uma pessoa? Trata-se de um fator de proteção da vida ou apresenta contornos patológicos, levando a uma restrição vital?

Murphy (1959) em seu comentário sobre o livro de Feifel *The Meaning of Death* (1959), arrola as várias facetas do medo da morte, relacionadas às atitudes das pessoas diante dela. Para alguns a morte amedronta, pois é vista como fim ou como perda de consciência similar ao adormecer, desmaiar ou perder o controle. O medo da morte pode conter também o medo da solidão, da separação de quem se ama, o medo do desconhecido, o medo do julgamento pelos atos terrenos, o medo do que possa ocorrer aos dependentes, o medo da interrupção dos planos e fracasso em realizar os objetivos mais importantes da pessoa. São tantos os medos, que algum sem dúvida faz parte de nossa vida.

Para Feifel (1959) os fatores que mais influenciam, no sentido de conter o medo da morte, são: a maturidade psicológica do indivíduo, a sua capacidade de enfrentamento, a orientação e o envolvimento religiosos que possa ter e a sua própria idade.

Alguns medos são mais conscientes e expressos, ou outros permanecem mais latentes. Portanto, como medir e avaliar a intensidade do medo da morte de diferentes pessoas? Dentre os instrumentos mais utilizados para isso

estão os questionários, as provas projetivas, as entrevistas, os diários, as autobiografias e a observação do comportamento. Alguns instrumentos avaliam aspectos mais conscientes relacionados ao medo da morte, como os questionários e as provas de auto-relato que, se por um lado, são mais acessíveis ao sujeito, por outro são mais susceptíveis de distorções, através de respostas socialmente esperadas. Provas padronizadas permitem rápidas medidas e favorecem comparações entre sujeitos e amostras, mas ignoram a subjetividade, fator importante, neste caso. Provas projetivas medem aspectos mais latentes e inconscientes do indivíduo, o que permite uma análise mais profunda da dinâmica do medo, mas podem acarretar dificuldades de interpretação. Esta é uma difícil decisão para o pesquisador.

Foram realizados diversos estudos em que a pergunta básica era: o medo da morte é unidimensional ou multidimensional?

Donald Templer foi o autor que construiu a Death Anxiety Scale (DAS), muito conhecida pelos pesquisadores que constroem instrumentos para medir a ansiedade ligada à morte. Sua escala tem 40 itens e considera a ansiedade diante da morte como fator unidimensional. Sua validade foi verificada em pacientes psiquiátricos e ele observou, também, que sujeitos muito ansiosos, tiveram alto resultado na DAS, bem como na escala de ansiedade do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

Outros estudos consideraram a multidimensionalidade do medo da morte, usando a análise fatorial para verificar a saturação de cada fator. Entre estes pode ser citado o estudo de Lester (1969) que especifica quatro dimensões: medo da própria morte, medo da morte do outro, medo do processo de morrer próprio e do outro. Conte, Weiner e Plutchik (1982) realizaram um estudo de análise fatorial e chegaram a quatro dimensões independentes: medo do desconhecido, medo do sofrimento, medo da solidão e medo da extinção pessoal. Para a construção de sua escala foram conduzidas entrevistas com idosos e estudantes para que expressassem seus medos relacionados à morte, chegando-se, então, a 24 itens que cobriam vários aspectos: medo da doença e sofrimento antes da morte, medo de estar só diante dela, medo das despesas com o funeral, medo de ser esquecido, medo do que vem após a morte. Como se vê há uma ampla gama de medos que para cada pessoa, podem ser mais evidentes. Fica difícil, portanto, falar do medo da morte de forma genérica.

Hoelter (1979) realizou um estudo fatorial determinando oito dimensões do medo da morte, a *Multidimensional Fear of Death Scale*. A autora deste livro (Kovács, 1985) realizou uma pesquisa no Brasil com essa escala, que após a tradução recebeu o nome de *Escala Multidimensional para Medir o Medo da Morte (EMMM)*. Escalas multidimensionais permitem que, além do escore geral, se obtenha um escore parcial para cada dimensão considerada, trazendo uma riqueza de dados para pesquisas. Esta escala é composta por uma abrangência de itens que englobam as dimensões do medo da morte. Foram efetuados estudos que comprovam a sua validade de constructo e precisão. O medo da morte foi definido pelo autor como uma reação emocional envolvendo sentimentos subjetivos de desagrado, e a preocupação, contemplação ou antecipação de quaisquer das várias facetas relacionadas com a morte, supondo-se que estes sentimentos possam ser conscientes.

Esta escala compõe-se de 42 itens, divididos em oito dimensões, submetidas à análise fatorial pelo autor, na qual as saturações dos fatores foram operacionalmente definidas (Hoelter, 1979).

As definições das oito dimensões são as seguintes:

1. *Medo de morrer*: Esta dimensão lida mais com o processo específico de morrer, do que com quaisquer conseqüências que acompanhem este processo. (Exemplo: Tenho medo de morrer de câncer.) - 6 itens.
2. *Medo dos mortos*: Esta dimensão mede a reação das pessoas com animais ou pessoas mortas (Exemplo: Seria uma experiência horrível encontrar um cadáver) - 6 itens.
3. *Medo de ser destruído*: Esta dimensão lida com a destruição do corpo imediatamente após a morte. (Exemplo: Não quero que estudantes de medicina usem meu corpo para treinamento.) - 4 itens.
4. *Medo da perda de pessoas significativas*: Esta dimensão se relaciona com o medo da perda dessas pessoas, bem como com os efeitos que a própria morte pode causar nas pessoas importantes. (Exemplo: Tenho medo de que pessoas da minha família morram.) - 6 itens.
5. *Medo do desconhecido*: Esta dimensão lida com a questão última da existência e da dúvida acerca do que virá após a morte, incluindo a ques-

tão da crença em Deus. (Exemplo: Tenho medo de que não haja vida após a morte.) - 5 itens.

6. *Medo da morte consciente*: Esta dimensão lida com o medo dos processos subjacentes à morte e com o temor de se estar consciente nessa hora. (Exemplo: Tenho medo de que muitas pessoas, consideradas mortas, ainda estejam vivas.) - 5 itens.

7. *Medo do corpo após a morte*: Esta dimensão lida com a preocupação da qualidade do corpo após a morte. (Exemplo: Tenho medo de que meu corpo fique desfigurado quando eu morrer.) - 4 itens.

8. *Medo da morte prematura*: Esta dimensão é baseada no elemento temporal da vida e na frustração por não ser possível atingir os objetivos, ou por não viver certas experiências antes de morrer. (Exemplo: Tenho medo de não realizar os meus objetivos até morrer.) - 4 itens.

Os itens da escala foram traduzidos e foi pedido a juízes que verificassem a fidedignidade da tradução e a melhor redação em português.¹

Quais as variáveis que influenciam o medo da morte?

Mc Mordie (1981) estudou as crenças religiosas e o medo da morte e verificou que esse medo diminui nas pessoas mais religiosas. O que tem mais relação com o medo da morte é o grau de incerteza/certeza, ou seja, o grau de envolvimento religioso de cada um. Os religiosos e os ateus convictos têm menos medo da morte que os medianamente envolvidos. A certeza aumenta a percepção de controle e previsibilidade. Miranda (1979) e Kovács (1985) pesquisaram e observaram esta mesma tendência em nosso meio. Miranda, estudando grupos de várias religiões, verificou que o grupo dos evangélicos considerado como muito religioso, tinha menor nível de ansiedade ligada à morte do que os demais, pois a fé ajuda a superar a ansiedade. O grupo católico, mais heterogêneo, considerado de médio envolvimento religioso, apresentou um nível de ansiedade de mais elevado, tendo a incerteza contribuído para este fator. Em nossa

¹ Para conhecimento da versão definitiva da escala em português, a listagem dos itens por dimensão, e a forma de atribuição dos escores consultar a obra de Kovács, **M. J. Um estudo multidimensional sobre o medo da morte em estudantes das áreas de saúde, humanas** e exatas, São Paulo, Dissertação de Mestrado, 1985, Biblioteca do Instituto de Psicologia da USP.

pesquisa com universitários verificamos que os indivíduos que declararam maior envolvimento religioso apresentaram menores escores de medo da morte na EMMM, e os que declararam médio envolvimento religioso tiveram os escores mais altos, ficando os ateus com os escores intermediários.

Kastenbaum (1983) realizou uma pesquisa para verificar se havia diferenças significativas entre pessoas normais, neuróticos e psicóticos em relação ao medo da morte. Não foram encontradas diferenças significativas relacionadas à variável pesquisada. Como tendência, porém, foi verificado que os pacientes com problemas mentais tendiam a negar mais veementemente a morte, temendo, sobretudo, a morte violenta. Nos esquizofrênicos pôde-se observar que a sua expressão era de como se não estivessem vivos, como uma defesa contra o medo da morte.

Segundo Hoelter (1979) as variáveis intervenientes nesse medo são: a exposição à morte do outro, influência do 'tipo de morte que ocorreu (suicídio, homicídio, morte natural), o desenvolvimento emocional da pessoa, a duração de uma doença grave, a idade do moribundo ou da pessoa que se perdeu. O autor verificou que o contato direto com a morte tem influência sobre o medo consciente, o medo do processo de morrer e o medo da morte prematura.

Conte, Weiner e Plutchik (1982), verificaram em seus estudos que a idade não era uma variável relevante em relação ao medo da morte. As variáveis relevantes foram a experiência de vida e as características da personalidade. Foi encontrada uma correlação entre o medo da morte, a depressão, a ansiedade em geral, com excessivas preocupações somáticas.

Feifel e Nagy (1981) verificaram que as pessoas com mais medo da morte, em escalas padronizadas, foram aquelas que a perceberam com imagens mais negativas. Entre as imagens negativas, oferecidas pelos autores, estavam a morte como: um lar abandonado, um cavalo fugitivo, uma rua sem saída, um tigre devorador, uma neblina grossa, um espaço sem sonhos. Estes indivíduos estavam mais freqüentemente preocupados com a morte, eram menos religiosos e evitavam a participação em ritos funerários. Este estudo é importante porque levou em conta a avaliação do medo da morte no nível consciente e no nível imagético. É difícil considerar a subjetividade quando se trabalha somente com dados estatísticos.

Em nossa pesquisa (Kovács, 1985) usando a EMMM, verificamos que não houve correlação entre o medo da morte e a escolha profissional, baseadas nas duas hipóteses contrárias, a saber, que o sujeito com mais medo da morte não escolheria medicina, e a hipótese de que as pessoas com mais medo da morte poderiam escolher a medicina como forma de poder adquirir controle e domínio sobre ela. No estudo das oito dimensões do medo da morte, na área de saúde, verificou-se que a categoria medo da morte prematura obteve os escores mais altos e a categoria medo dos mortos, os escores mais baixos. Entre os cursos da área de saúde (medicina, psicologia e enfermagem), as alunas do curso de psicologia apresentaram escores significantemente mais altos de medo da morte. Aliás, estes dados foram coincidentes nas outras áreas consideradas, ou seja, nas áreas de humanas e de exatas. Em relação às dimensões específicas verificaram-se diferenças significantes nas que se seguem: medo dos mortos, medo da perda de pessoas significativas e medo da morte consciente, tendo as alunas de psicologia obtido os escores mais altos da área de saúde. Os alunos de medicina tiveram escores significantemente mais baixos nas dimensões: medo dos mortos e medo da morte consciente. Nossa hipótese é a de que os alunos de medicina já respondem de acordo com o que é esperado dos médicos, os que não temem a morte e estão aí como os heróis a desafiar. As alunas de psicologia já respondem também com o que é esperado dos psicólogos, ou seja, estar em contato com os sentimentos, tendo a autorização para manifestá-los.

Numa abordagem mais qualitativa, Ernest Becker (1976) faz uma análise interessante sobre o espaço da morte em nossa cultura, revendo alguns aspectos da teoria psicanalítica e da abordagem existencial. Começa dizendo que o medo da morte é universal na condição humana. Estabelece a infância como o início da manifestação desse medo. Não nascemos com o medo da morte, a criança entra em contato gradativamente com ela, em seu desenvolvimento, em parte através das experiências com seus pais.

No início o mundo da criança é o mundo da mãe que garante a sua sobrevivência. Gradativamente a criança tem de se libertar da mãe, usando seus impulsos agressivos. É neste momento que surge a ambivalência,

pois ao mesmo tempo que a mãe é fonte de satisfação e prazer, a criança necessita se libertar dela.

O temor da morte pode ser ampliado quando os pais negam e hostilizam os impulsos vitais infantis. Neste sentido o medo da morte é algo que a sociedade cria e utiliza contra a pessoa para mantê-la submissa. As crianças que tiveram experiências negativas, provavelmente, apresentarão mais angústia de morte.

Segundo Wahl (1959) o medo da morte está muitas vezes relacionado ao medo da castração. Antigamente se imaginou que a criança não tivesse medo da morte, por não conhecê-la. Entretanto, o medo da castração que surge após o período edipiano está relacionado com o medo da morte. Aparece ligado à culpa e aos desejos destrutivos, vinculados à raiva e à frustração, em relação aos pais, que não atendem a todos os seus desejos. O processo de socialização para todas as crianças tem aspectos dolorosos e frustradores, por isso elas têm, em alguns momentos, desejos de morte contra as pessoas que são responsáveis pela sua educação. Todos nós já sentimos esses desejos, mesmo que não estivéssemos conscientes deles. Ao mesmo tempo que a criança os manifesta, porém, sente culpa e medo de que tais desejos possam se realizar. Nestes períodos são freqüentes pesadelos, fobias, terrores noturnos e o medo da retaliação. A criança se crê em certas circunstâncias onipotente, com uma força que empresta dos pais. Essa invulnerabilidade é vivida também pelo adulto, quando acredita que a morte só acontece com os outros.

A criança tem medo da morte, mas acredita na sua reversibilidade e no seu poder de desfazê-la, e isto faz parte do desenvolvimento infantil normal. À medida que a criança compreende que a morte é irreversível, passa a temer ainda mais os seus impulsos destrutivos, principalmente em relação às pessoas mais próximas. Seus desejos de morte se tornam aterrorizantes, pois ao mesmo tempo que os expressa teme pela sua ocorrência. Pela Lei de Talião, imagina que o mesmo que deseja para o outro (normalmente, pais, irmãos, professores), possa acontecer com ela.

A morte do adulto é temida como abandono e, por isso, além de poder incitar a raiva e a frustração, causa um sério abalo na onipotência infantil. Se o adulto forte e poderoso não consegue evitá-la o que dirá a

criança que é e se sente mais frágil. Muitas vezes, ela sente culpa após a morte de uma pessoa, pois se acredita responsável por ela.

A criança bem amada e cuidada se vê forte e poderosa, com um sentimento de invulnerabilidade e apoio, que colaboram para o estabelecimento da individualidade. O medo da morte, portanto, depende da natureza e das vicissitudes próprias do processo de crescimento.

Como vimos, embora o medo da morte não seja inato ele é inerente ao processo de desenvolvimento e está presente em todos os seres humanos. É um medo básico, que influi em todos os outros e do qual ninguém fica imune, por mais que possa estar disfarçado. Becker cita Zilboorg, que afirma que a maioria das pessoas pensa que o medo da morte está ausente, porque ele raramente mostra a sua verdadeira fisionomia, mas sob as aparências pode-se notar o seu espectro. Ele cita alguns exemplos como, a sensação de insegurança diante do perigo, o medo básico por trás do sentimento de desencorajamento e depressão, o medo que sofre as mais complexas elaborações e se manifesta das mais variadas formas. O medo da morte pode estar ligado à morte concreta, à finitude, à extinção e também aos seus equivalentes, como o medo do abandono, da vingança e de outras forças destrutivas.

O medo da morte tem um lado vital e por isso precisa estar presente em certa medida. Ele é a expressão do instinto de autoconservação, uma forma de proteção à vida e uma possibilidade de superar os instintos destrutivos. A própria palavra autoconservação implica um esforço contra as forças de desintegração, um estímulo para o funcionamento biológico normal.

Uma das coisas que impulsiona o homem, a sua criação e frenética atividade é o terror diante da morte. O heroísmo pode refletir esse medo, uma forma de ação que funciona como se ele não existisse, o que Becker chama de "mentira vital". Se estivéssemos conscientes o tempo todo de nossa morte e do nosso terror seríamos incapazes de agir normalmente, ficaríamos paralisados. Agimos como se fôssemos imortais, acreditamos que nossas ações são perenes, pois este é o nosso desejo supremo, e temos ilusões de que deixaremos obras gar antindo nosso não-esquecimento. A repressão e a negação como mecanismos de defesa, são as grandes dádivas que nos protegem contra esse medo. Mas é

importante ressaltar que essas defesas têm um caráter transitório, não eliminam a morte, o homem não poderá deixar de encará-las em várias etapas de seu desenvolvimento. Não podemos olhar diretamente para a morte, o tempo todo, mas também não podemos ignorá-la, pois ela impõe a sua presença.

Há algo que caracteriza o ser humano como tal e o diferencia dos animais, é a consciência da sua morte e finitude. Ele tem um nome, uma história, tem o *status* de um pequeno deus em relação à natureza. Por outro lado, possui um corpo que sente dor, adoce, envelhece e morre. O homem está bipartido: ao mesmo tempo que sabe de sua originalidade e poder de criação, reconhece sua finitude de forma racional e consciente. Vive toda a sua existência com a morte presente em seus sonhos, fantasias. Durante toda a sua existência, o ser humano tenta driblar esse saber, essa consciência e age como se fosse imortal. Becker fala então do caráter como uma forma de proteção contra esse terror, uma aparência externa forte que esconde uma fragilidade interior. Mas o corpo não deixa que o esquecimento se torne perene. O homem pode se sentir pequeno diante da grandeza da criação, que expõe a sua pequenez e fragilidade. Segundo o autor, a grande dívida da repressão é tornar possível viver em um mundo miraculoso e incompreensível, um mundo de beleza e terror. O homem precisa dessas defesas contra a plena percepção do mundo externo. Assim, ao mesmo tempo, que temos acesso a toda a criação, e nos sentimos potencialmente capazes, somos como vermes, com um corpo que tem manifestações animais. Eis o grande paradoxo humano.

Na verdade, o ser humano possui dois grandes medos: o medo da vida e o medo da morte. O medo da vida se vincula ao medo da realização, da individualização e, portanto, está propenso à destruição. Por isso, o indivíduo se torna vulnerável a acidentes e deslizamentos.

Lowen (1980) estabelece uma relação entre o medo de viver e o de morrer. Se a vida é ser, por que temos tanto medo dela? No relato dos casos que menciona em seu livro, observamos um paradoxo, ou seja, quando o indivíduo está mais cheio de vida, fica mais consciente da morte e do desejo de morrer. Viver plenamente com as emoções é se arriscar. Para não sofrer, a pessoa pode se "amortecer", não sentir mais, mas também

não conseguirá viver. Segundo Lowen, toda tensão crônica no corpo decorre de um medo da vida, um medo de se soltar, um medo de ser.

Quando o sujeito vai recuperando a sua vitalidade no processo psicoterápico, abre o caminho para o estado de dor que havia suprimido. Ativa-se o caminho da sensação de morte, mas também se está a caminho da vida.

Por outro lado, o medo do sucesso, segundo Lowen, pode relacionar-se com o medo da castração, da destruição, suscitando a inveja. O poder conduz ao medo e não ao amor. Quanto mais alta a expectativa, maior a excitação, maior o perigo.

A excitação sexual também pode evocar o medo da morte. De certa forma, o orgasmo é experimentado como uma morte. A ansiedade relacionada ao orgasmo é a da dissolução do ego, vivido como morte.

A maior parte das doenças psicológicas está vinculada ao temor diante do conhecimento de si mesmo, das emoções, dos impulsos, das lembranças, das capacidades, das potencialidades ligadas ao próprio destino. Tememos quaisquer conhecimentos que denunciem nossa fragilidade, reprimimos funções corporais que expressem a nossa mortalidade. A tragédia do homem tem origem na percepção de sua finitude, no pavor diante da morte e da enormidade da vida, por isso ele cria uma couraça e, arrebatá-la, pode expor o indivíduo à loucura. O grande terror da psicose é o da perda de controle, consequência de uma ruptura interna do sujeito com a perda do eixo. O esquizofrênico não consegue se defender de doses extras de angústia, desamparo e culpa, acentuadas pela incapacidade de projetar uma parte desse terror para fora.

Uma outra forma de defesa contra a grandiosidade da vida e o terror diante da morte é a depressão; através da auto-recriminação, da auto-desvalorização e paralisação, a pessoa não vive, morre. em vida, embora seu corpo sobreviva. Muitas vezes, quando o sujeito sente que não tem controle sobre a sua vida, ocorre o desamparo, que evolui para a depressão, sintoma que está na gênese de vários quadros somáticos.

Buscam-se relações simbióticas como forma de adquirir segurança, aspecto presente no desenvolvimento normal de bebês, mas considerado patológico no caso de adultos. Podem-se desejar figuras de autoridade, representantes paternos que exigem, eliminando o livre-arbítrio, a ne-

cessidade de tomar decisões, ou fazer escolhas, que poderiam elevar o sentimento de culpa. Nesse caso, a culpa pelo seu caráter restritivo, acaba tendo um caráter punitivo, que protege também da possível retaliação.

O medo da vida e da morte podem estar presentes também em várias doenças. Muitos dos sintomas neuróticos servem para reduzir e estreitar a qualidade de vida, evitando situações de morte. A neurose, no seu processo de evitamento da morte, faz com que o indivíduo acabe se matando simbolicamente, diminuindo a sua ação, isolando-se das pessoas, vivendo como se estivesse morto. A abstenção das experiências vitais elimina o medo da morte e, consigo, a própria vida.

Para Becker o masoquismo, como um sofrimento permeado de certo prazer, pode ser considerado um meio de afastar a angústia de vida e de morte. Pode também ser a forma encontrada de pegar o terror da existência e congelá-lo numa pequena dose, o que seria um sacrifício menor, um castigo mais leve, um meio de apaziguamento.

Depois de todas estas colocações, podemos ver novamente o entrelaçamento entre vida e morte. O medo da morte tem um lado vital, que nos protege, permite que continuemos nossa obras, nos salva de riscos destrutivos e autodestrutivos. Esse mesmo medo pode ser mortal, na medida em que se torna tão potente e restritivo que, simplesmente, a pessoa deixa de viver para não morrer, mas, se observarmos mais atentamente teremos um morto diante de nós que se esqueceu de morrer. Todo ser humano é obrigado a se confrontar com esse dilema, como o viverá, porém, vai depender em parte de sua história de vida, das características de sua personalidade, mas também de seu esforço pessoal para enfrentar essas questões. Podemos concluir, portanto, que o homem é responsável pela sua vida e pela sua morte.

Referências Bibliográficas

- BECKER, E. - *A negação da morte*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976.
- COLLETT, L.; LESTER, B. - The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 1969, 72: 179-181.

- CONTE, H.; WEINER, M.; PLUTCHIK, R. - Measuring death anxiety. Concept, psychometric and factor analytic aspects. *Journal of Personal and Social Psychology*, 1982, 43(2): 775-785.
- FEIFEL, H.; NAGY, V. T. - Another look at fear of death. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 1981, 49 (2): 278-286.
- HOELTER, J. - Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47 (5): 996-999.
- KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. - *Psicologia da morte*. São Paulo, Pioneira, 1983.
- KOVACS, M. J. - *Um estudo multidimensional sobre o medo da morte em estudantes universitários das áreas de saúde, humanas e exatas*. São Paulo, Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da USP, 1985.
- LOWEN, A. - *Medo da vida*. São Paulo, Summus, 1980.
- MC MORDIE, W. - Religiosity and fear of death. *Psychological Reports*, 1981, 49: 921-922.
- MIRANDA, R. A. - *Crenças religiosas, ansiedade e avaliação de conceitos em universitários*. São Paulo, Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da USP, 1979.
- MURPHY, G. - Discussion. In: FEIFEL, H. - *The meaning of death*. New York, McGraw-Hill, 1959.
- SELIGMAN, M. - *Depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo, Hucitec/Edusp, 1977.
- TEMPLER, D. - The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of Genetic Psychology*, 1970, 82: 165-177.
- WAHL, C. - The fear of death. In: FEIFEL, H. - *The meaning of death*. New York, McGraw-Hill, 1959.

Capítulo 3

ATITUDES DIANTE DA MORTE VISÃO HISTÓRICA, SOCIAL E CULTURAL

Maria Júlia Kovács

"A arte de morrer é tão importante como a arte de viver, o futuro do ser depende talvez inteiramente de uma morte corretamente controlada." (*O livro dos mortos tibetano*, Prefácio à Segunda Edição)

A consciência da própria morte é uma importante conquista constitutiva do homem. O homem é determinado pela consciência objetiva de sua mortalidade e por uma subjetividade que busca a imortalidade.

Segundo Morin (1970) é nas atitudes e crenças diante da morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental. A sociedade funciona apesar da morte, contra ela, mas só existe, enquanto organizada pela morte, com a morte e na morte. Para a espécie humana, a morte está presente durante a vida toda e se faz acompanhar de ritos. Desde o homem de Neanderthal são dadas sepulturas aos mortos. A morte faz parte do cotidiano, é concreta e fundamental. Qualquer grupo, mesmo os mais primitivos, não abandonam os seus mortos. A crença na imortalidade sempre acompanhou o homem.

Segundo Meltzer (1984), a morte é o inimigo que os vivos passam suas vidas tentando superar e derrotar para sempre, sem idéia da conseqüência disso. Todas as culturas personificam a morte de forma diferente, e elaboram variadas magias contra a sua intrusão. Combatemos a morte com a nossa linguagem, com amuletos e talismãs, transcrevemos nossos sinais e símbolos em diversos materiais, juntamo-nos em cerimônias formais para romper as suas redes. Quando dançamos e cada parte de nosso corpo tem sua função no rito, nos escondemos sob máscaras e vestimentas de poder contra a morte, reunimos substâncias sagradas para criar

comunidade ao seu toque, oramos, jejuamos e nos retiramos em cavernas escuras e sombrias. Uma caligrafia persistente se mistura aos mistérios não previstos.

Morin faz uma interessante análise do lugar das crenças dos ritos e magias em relação à morte. O papel da religião é em parte o de socializar e dirigir os ritos de morte, como forma de lidar com o terror. Os ritos, práticas e crenças referentes a ela continuam a ser o setor mais primitivo de nossa civilização. O sacrifício favorece a ligação entre vida e morte, sendo a força da vida resultante dos aspectos fecundantes da morte. Quando se sacrifica um animal para beber o sangue, ou mesmo no canibalismo, existe a idéia de incorporação dos elementos vitais do morto. Nos ritos de iniciação, chega-se a uma vida nova passando pela morte e separação. Começa com isolamento, torturas, rituais traumatizantes, automutilação, sofrimento físico e psíquico, para depois ocorrer um "renascimento" e uma reintegração na sociedade.

Os ritos estão muito associados às representações de morte. Uma representação de morte muito presente em mitos, fábulas e folclore de várias épocas, é o da morte maternal o desejo de ter a figura materna quando diante do perigo da morte, não se separar da mãe, a idéia de regresso ao útero materno. Há elementos da natureza que simbolizam esta idéia, como a terra e o mar. Um exemplo disso é a pátria, muitas vezes relacionada à figura materna: a pátria-mãe, ou terra natal. Soldados que servem na guerra manifestam, freqüentemente, o desejo de voltar à família e à pátria.

Outros lugares muito associados à representação materna são as cavernas, como cavidades ventrais da terra, que são obscuras, continentais, isoladas e tranquilas, e que mantêm uma analogia com o útero. Muitos rituais de morte são realizados em grutas e cavernas. A casa também costuma estar sempre associada à mãe, o que explica o grande desejo do homem de morrer em casa. Na verdade, muitos rituais são realizados na casa materna, lugar familiar e de proteção.

Ainda ligada à representação materna da morte é a sua ligação com a água. A água simboliza o útero que recebe e contém, daí a ocorrência freqüente de suicídios por afogamento, representando o desejo de voltar ao útero materno. Além disso, existe a idéia de renascimento, pois a

água está ligada ao simbolismo do batismo, da purificação, de **um** novo nascimento.

Existem manobras criativas contra a morte, em favor da imortalidade: néctares, ambrosia, o completo menu dos deuses, cuja vida eterna nos int riga e que desafia os mortais. Competimos com nossa invenção de perfeição, queremos ser o que imaginamos, buscamos remédios e fórmulas raras, raízes e ervas extraordinárias, animais míticos, a Fonte da Juventude, o elixir vital, a Flor de Ouro, as aventuras intelectuais e espirituais que progrediram a partir da alquimia, a visão de Paracelso da cura, a matéria médica e as extraordinárias visões da genética e da microbiologia.

Por outro lado, os ritos destinados aos mortos sempre estiveram vinculados ao medo de que eles pudessem importunar e atemorizar os vivos. Existe também o medo do contágio, da decomposição e das doenças, por isso foram desenvolvidas técnicas de conservação dos corpos, como o embalsamamento ou a destruição dos elementos corporais, como na cremação. O luto é uma forma de purificar a impureza dos sobreviventes. Estes rituais destinam-se a proteger os vivos dos mortos e vice-versa. Os rituais de morte buscam favorecer essa grande viagem, as orações facilitam a superação dos obstáculos, bem como servem de orientação aos mortos em sua peregrinação. O temor dos mortos, que Morin chama de "duplos", personificados pelos espíritos, fantasmas, é associado àquelas pessoas que morreram mal, que estão privadas de sepultura e vagueiam, aterrorizando os vivos. Uma série de rituais constitui os elementos de proteção contra estes seres, como colocar sal, virar um espelho, acender velas. Por isso os mortos têm de ser cuidados, lisongeados, para que não se enfureçam. Eles podem ser muito mais temidos que a própria morte. Algumas culturas desenvolveram formas de comunicação com os mortos, como possibilidade de saber o que acontece no além.

A pertinência a um grupo inibe ou adormece a consciência de horror ligada à morte, enquanto que os rituais realizados em conjunto facilitam a sua elaboração. O medo da morte é menor em sociedades primitivas, ou altamente agregadas, porque o grupo dá continência às necessidades individuais. No entanto, algumas mortes podem ser impostas socialmente, por infração de normas. Durkheim refere-se a esta questão quando fala no suicídio altruista (ver capítulo 11).

Philippe Aries (1977), o grande historiador francês, escreveu duas obras fundamentais para quem deseja aprofundar-se na questão do homem e a morte: *A história da morte no ocidente* e *O homem diante da morte*. Foram quinze anos de pesquisa em que ele estudou a relação entre atitudes diante da morte, no que esta tem de mais geral e comum, e no que concerne ao nosso destino individual e coletivo. Analisou milhares de documentos, testamentos, iconografias, obras de arte, túmulos, cemitérios, entre outros documentos.

Segundo Vovelle (1985), as mentalidades integram o que ainda não está formulado, o que está encoberto no nível das motivações inconscientes, envolvendo o imaginário coletivo. A morte representa uma invariante essencial na experiência humana, mas também é relativa, tendo em vista que as relações do homem se alteraram pela maneira como ela os atinge. Assim, todas as representações de morte estão imersas num contexto cultural.

Baseados nas publicações de Aries, apresentaremos algumas das representações de morte que aparecem em sua obra e que caracterizam atitudes do homem diante dela. Os títulos constam de seus livros. Cabe ressaltar que as representações são mais típicas de uma certa época ou momento histórico, mas algumas dessas manifestações podem ocorrer em qualquer tempo.

A. A morte domada

A morte domada é a morte típica da época medieval. O homem sabe quando vai morrer, por certos avisos, signos naturais ou por uma convicção interna. Os homens daquela época eram observadores de signos e, antes de mais nada, de si mesmos. Eles morriam na guerra ou de doenças e, portanto, conheciam a trajetória de sua morte.

São os seguintes os atos dedicados ao cerimonial do moribundo:

1. O primeiro ato é o lamento da vida, a evocação triste, mas discreta do seres, das coisas amadas.
2. O segundo ato é o perdão dos companheiros que rodeiam o leito do moribundo.

3. O terceiro ato é a absolvição sacramental.

Da análise dos documentos dessa época, podem-se perceber algumas características típicas. A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, parentes, amigos, vizinhos e, inclusive, as crianças. Os rituais de morte eram cumpridos com manifestações de tristeza e dor, que eram aceitas pelos membros daquela comunidade. **O maior temor era morrer repentinamente, anonimamente, sem as homenagens cabidas.**

Foi assim durante séculos. Uma atitude familiar e próxima com a morte, por isso chamada de "morte domada". Mas apesar dessa familiaridade, os homens temiam a proximidade dos mortos e os mantinham à distância. Muitas das práticas rituais tinham como objetivo separar os vivos dos mortos, facilitar o percurso dos mortos até os céus e evitar a contaminação por eles, tanto física ligada à decomposição dos corpos, quanto psíquica, através da visita dos mortos como fantasmas, espíritos, almas penadas. Podemos perceber elementos oriundos desses rituais e dessa forma de encarar a questão até em nossos dias, mesmo nas grandes metrópoles.

O local da sepultura na Idade Média era nas igrejas, perto dos santos, o que se configurava como uma forma de proteção. Posteriormente, o enterro nas igrejas e basílicas foi destinado a pessoas de prestígio, sendo que o lugar mais valorizado ficava próximo aos altares. As pessoas mais pobres eram afastadas deles, deslocadas para os pátios das igrejas, os *churchyards*, nome original dos cemitérios. Normalmente as igrejas ficavam no centro da cidade, e o cemitério também, como ainda pode-se ver nas pequenas cidades.

Com o crescimento das cidades e da população e por razões de salubridade, os cemitérios passaram a ser deslocados para fora das cidades. Foram construídos em parques, tornando-se além de locais de enterro, também lugares de passeio, descanso e oração. Até hoje muitos cemitérios compõem parques muito bonitos. **Houve um reestabelecimento do convívio entre vivos e mortos.**

Nessa época não existia igualdade entre vivos e mortos, nem mesmo na hora da morte. Havia diferenças impressionantes entre os lugares nos cemitérios e na imponentia dos túmulos. Às pessoas mais simples cabiam túmulos menores, em lugares menos nobres. Aos indigentes, em

épocas de grande mortalidade por epidemias ou guerras, eram destinadas as valas coletivas.

B. A morte de si mesmo

Num dado momento, o homem passa a se preocupar com o que acontecerá depois de sua morte. Ocorre o medo do julgamento da alma, com a sua ida para o inferno ou o paraíso. A alma que está sendo pesada é a representação dessa espera inquietante sobre o seu destino. O medo fundamental do homem, nessa época, relacionava-se com o que viria após a morte, a condenação ao inferno, ao castigo eterno. Era o momento final, como mostram as "Ars Moriendi", tratados sobre a preparação e a arte de morrer e renascer na época medieval. A cena, tantas vezes retratada em obras de arte, mostra o moribundo no quarto, cercado pelos familiares, e um árbitro constata como o indivíduo passou os seus últimos momentos, como numa prova, ou no Juízo Final. As grandes tentações, então são o apego às coisas terrestres: família, objetos materiais. Esse apego é chamado de "Avaritia" e é condenado pela Igreja, pois leva a um afastamento de Deus. O homem buscava garantias para o além, através de ritos de absolvição como: orações aos mortos, donativos, missas, ex-votos e principalmente através dos testamentos.

Os testamentos antigos constavam de duas partes, uma com as fórmulas piedosas e a outra com a distribuição das fortunas. Testar era um dever de consciência. Os testamentos antigos constavam de uma profissão de fé, confissão dos pecados, recomendação da alma, escolha da sepultura, e transmissão dos desejos em relação aos sobreviventes. Na segunda parte, os testamentos regulamentavam a transmissão dos bens, deixavam em ordem as coisas temporais - nessa época era muito importante doar as riquezas à igreja e, portanto, garantir a salvação para a vida eterna, já que o reino dos céus era dos pobres e bem-aventurados de espírito. Os testamentos são fontes reveladoras da mentalidade dos séculos XIV/XV, pelos seus vários gêneros e modelos.

O corpo morto passa a ser escondido, pois é insuportável para os olhos. Os caixões são usados para esconder o corpo. O embalsamamento, ritual tão antigo continua a ser usado como forma de conservar viva a imagem do morto, sem dúvida uma forma de negar a morte.

Os rituais de luto sempre existiram, consistindo na manifestação mais aberta ou mais contida da tristeza. Há uma série de procedimentos e atitudes que se espera neste período.

Meltzer, em sua coletânea, faz uma interessante análise do uso da cor preta como simbolização do luto.

No Ocidente, usa-se preto num costume que data do paganismo. Na sua origem, não tinha nada a ver com piedade, ou forma de demonstrar tristeza, era uma maneira de expressar medo. Relacionava-se, não com o respeito e sim com o horror dos mortos. O preto era um disfarce, assim o fantasma do morto não reconheceria o vivente para caçá-lo. O uso de preto incluía o véu, pois acreditava-se ser uma forma de proteção contra a própria morte. Essa cor era designada para confundir o próprio demônio, que estava caçando outras vidas. Algumas raças usavam a pintura da face em branco ou preto, como uma forma de enganar o morto, que acreditava que os enlutados também eram fantasmas e não criaturas vivas, que poderiam ser invejadas por ele.

Não há diferença de intenção entre o uso de roupas pretas e outras práticas mais primitivas, como dilacerar a carne e rasgar as roupas.

O preto também contém o simbolismo da noite e a ausência de cor para expressar o abandono e a tristeza. Esta cor facilita a lembrança de que ocorreu uma perda. Também poderia sugerir às outras pessoas, que tivessem uma atitude especial em relação à pessoa enlutada e evitassem falar de coisas que poderiam magoá-la. A cor não só demonstrava a tristeza, mas também criava uma paz e serenidade interiores.

Entretanto, o preto não é a única cor de luto. Usa-se o branco, amarelo e o violeta. Em algumas partes da China a cor tradicional é o púrpura. Um fato irônico nos EUA, quando a cor da embalagem de chicletes passou a ser o roxo e a sua venda diminuiu entre os chineses, que acreditavam que a goma só deveria ser mascada em funerais.

Outras formas de buscar esta proteção para o *além*, eram as missas que encomendavam a alma do morto, as conhecidas missas de corpo presente. Os donativos também representavam uma possibilidade de perdão para os atos terrenos, e para o acúmulo de bens.

Os túmulos marcam o lugar onde fica o corpo do morto, e podem trazer recordações sobre a imagem física dele, que pode ser representada por uma escultura e, atualmente, através de fotos. Há vários tipos de túmulos: horizontais, verticais, com dois andares e com figuras jacentes ou em posição de oração. Esses elementos nos relembram a importância que os vivos sempre deram para a morte e principalmente para os mortos. Não deixam de ser uma forma de honraria, e também de temor da morte.

Os temas macabros eram muito freqüentes na Idade Média, como atestam as obras de arte e ilustrações da época. Aparecem as representações realistas do corpo humano decomposto, os esqueletos. A arte macabra mostra o que não se vê, por exemplo, o que acontece embaixo da terra, como a decomposição do corpo. Esta representação traz ilusão e temor.

C. Vida no cadáver, vida na morte

Este é o tema que configura a vida na morte. O cadáver tem os segredos da vida é da morte. Mantém uma certa sensibilidade, um resíduo de vida, pêlos e unhas crescem, há secreções. Segundo Meltzer, cadáveres providenciam matéria-prima para alguns remédios de forma muito efetiva. Por exemplo, o suor dos cadáveres pode ser bom para hemorróidas, tumores, e a mão de um cadáver que toque numa área doente pode curá-la. Isto explica por que anatomistas sempre têm mãos saudáveis. O crânio dissecado alivia epiléticos, e os ossos são ingeridos em forma de pó. Estes remédios são determinados pela aplicação do princípio da simpatia e antipatia, de que há um remanescente de vida em corpos mortos. Um homem ferido poderia ser curado se comesse a carne de um animal morto com a arma que o feriu. Os ossos têm o poder de prevenir doenças, recomendando-se, portanto, que sejam usados no pescoço, como amuletos. A morte também fertiliza a terra, acelerando o crescimento de plantas, sendo fonte de vida. Entre outros aspectos benéficos, está o lado afrodisíaco, através de uma poção feita com os ossos de recém-casados. Podem ser feitas poções com partes do corpo de pessoas que morreram repentinamente e oferecê-las para moribundos, como forma de transmitir vida.

Este é um argumento para a imortalidade da alma. A superstição popular indica que o corpo depois da morte ainda ouve e lembra. Fica difícil separar o natural do sobrenatural, o uso de amuletos feitos de ossos torna-se popular, sendo uma forma de proteção.

A morte aparente faz surgir o grande medo dos séculos XVII e XVIII, o medo de ser enterrado vivo. E a confusão entre vida e morte. O pânico passa a ser a possibilidade de despertar dentro do túmulo. Surgem vários ritos e cerimônias para atrasar os enterros, como os velórios, que inicialmente podiam durar 48 horas, de modo a garantir que a morte era definitiva. Portanto, ela só se mostrava real quando começava a decomposição. No entanto, alguns costumes contestam esta prática como por exemplo o ritual hassídico. Exceto nos sábados os mortos são enterrados logo após a sua morte. Não se esperam alguns dias para saber se está realmente morto. Coloca-se uma pena na narina do morto, e se não for observado nenhum movimento é porque o sujeito está realmente morto, então deve ser enterrado sem demora porque um corpo morto sem ser enterrado sofre muito. Se houve uma alimentação correta durante a vida, não é preciso temer a putrefação após a morte. Não se usa túmulo, deixa-se o morto em contato direto com a terra, voltando ao pó. O cadáver é protegido com algumas tábuas, para evitar que algum torrão de terra possa machucar um homem santo. Não se enterra o corpo com nenhum objeto material, nem com o manto de reza, que deve ser rasgado para evitar que alguém o use.

A alma do morto, no princípio, fica como paralisada, não se libera do corpo imediatamente. Nos primeiros sete dias após a morte ela fica alternadamente no túmulo e na casa onde a pessoa faleceu. Esta é a razão pela qual, nestes sete dias, dez homens vão à casa do morto e se juntam à reza feita pelos enlutados. A alma se regozija por ouvir as preces familiares. Uma lamparina é mantida acesa e perto dela fica um copo de água e uma toalha. A alma se lava com a água e se seca com a toalha. Depois de sete dias, a alma abandona a casa definitivamente. Durante o primeiro ano, ela se transporta do túmulo para o céu e vice-versa. Somente depois do primeiro ano, ela se estabelece definitivamente no céu. Há, entretanto, períodos de volta em festividades religiosas, com a lua nova ou quando amigos e conhecidos se reúnem para orar. O

objetivo da pedra tumular é o de ser um lugar de repouso para a alma. A pedra é branca para combinar com os ossos.

Ainda com relação à vida na morte, observa-se a ligação entre prazer/sexo e morte (Eros e Thánatos). As representações artísticas dos séculos XIV, XV e XVI nos trazem ilustrações das danças macabras onde se misturam prazer, sofrimento e morte. A necrofilia, ou seja a cópula com os mortos, traz à tona estes temas.

D. A morte do outro

A morte, no século XIX é a morte romântica. É considerada bela, sublime repouso, eternidade e possibilidade de uma reunião com o ser amado. A morte passa a ser desejada. A morte nesse período traz a possibilidade de evasão, liberação, fuga para o além, mas, também, a ruptura insuportável e a separação. Representa a possibilidade de reencontro no além de todos os que se amavam. Prevalencia então uma crença forte na vida futura.

O século XIX marca, também, o surgimento do espiritismo, ligado a essa expectativa de vida futura, como a possibilidade de urna intermediação entre vivos e mortos, a comunicação com os espíritos e o retorno do corpo. Na França os estudos começam com Allan Kardec e Flammarion, em 1854. Em 1882, surge no Estados Unidos "The Society for Physical Research", estimulando o estudo científico da questão da morte, e dos fenômenos sobrenaturais.

O medo predominante, neste período, relaciona-se com as almas do outro mundo, que vêm molestar os vivos, provocando todo o tipo de superstições, por isso são criados rituais para afastar esses seres. Entre esses rituais populares podem ser citados os seguintes: abrir uma janela ou porta logo depois da morte para facilitar a saída da alma, senão volta para incomodar, relógios são parados, cobrem-se os espelhos, os sinos são silenciados, joga-se sal, acendem-se velas.

Nessa época, a preocupação com a insalubridade dos cemitérios era grande, devido ao grande número de epidemias. Vários decretos foram criados para a realização das inumações, orientando quanto ao espaço e

à profundidade das covas. Tratava-se de uma tentativa nova de separar os vivos dos mortos.

E. A morte invertida

O século XX traz a morte que se esconde, a morte vergonhosa, como fora o sexo na era vitoriana. A morte não pertence mais à pessoa, tira-se a sua responsabilidade e depois a sua consciência. **A sociedade atual expulsou a morte para proteger a vida.** Não há mais sinais de que uma morte ocorreu. O grande valor do século atual é o de dar a impressão de que "nada mudou", a morte não deve ser percebida. A boa morte atual é a que era mais temida na Antiguidade, a morte repentina, não percebida. A morte "boa" é aquela em que não se sabe se o sujeito morreu ou não.

Uma ilustração típica das atitudes do século XX, encontra-se no conto de Leon Tolstói, *A morte de Ivan Illitch*. Este conto fala sobre um doente, e o que reina à sua volta é o silêncio, não se fala sobre a morte, ignora-se o seu fim próximo. Apresenta-se a medicalização da morte, onde reina a mentira e a solidão do doente.

A morte não é mais considerada um fenômeno natural, e sim fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada. O triunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio.

O conto de Tolstói nos apresenta também a morte suja e inconveniente. A decomposição que ocorria antigamente após a morte, passa a ocorrer antes dela, por causa das doenças longas, intermináveis e degenerativas.

O local da morte é transferido do lar para o hospital. Tudo isso torna difícil suportar a proximidade com a doença. No século XX a maioria das pessoas não vê os parentes morrerem. O hospital é conveniente pois esconde a repugnância e os aspectos sórdidos ligados à doença. A família também fica afastada para não incomodar o silêncio dos hospitais. Dessa forma, não atrapalha o trabalho dos médicos e não torna visível a presença da morte, através de lamentações, choros ou questionamentos.

Os pacientes terminais incomodam os vivos e principalmente os profissionais de saúde pelas suas atitudes, seja de revolta, de dor ou de exigências,

seja porque se "viram para a parede", dão as costas à vida, desistem de viver, ou melhor, de morrer aos poucos.

No século XX há uma supressão do luto, escondendo-se a manifestação ou até mesmo a vivência da dor. Há uma exigência de controle, pois a sociedade não suporta enfrentar os sinais da morte.

O tempo da morte se modifica, não é mais o momento de separação do corpo e da alma. Nos tempos atuais, esse tempo se prolonga indefinidamente. A morte foi dividida em cerebral, biológica e celular. São vários os aparelhos destinados a medir e prolongar a vida. **O momento da morte é muitas vezes um acordo feito entre a família e o médico.**

Outra instituição deste século no Ocidente, que ainda não chegou ao Brasil, mas que funciona plenamente nos EUA, são as "Funeral Homes", onde os mortos passam por um processo de preparação e embelezamento, para se criar a ilusão de que a morte não ocorreu. Os *funeral directors* são empresários que cuidam dos serviços funerários, encarregando-se de todo o cerimonial, afastando ainda mais a família e o indivíduo do processo de morte.

A sociedade ocidental insiste no caráter acidental da morte: acidentes, doenças, infecções, velhice adiantada. A morte fica despojada do caráter de necessidade em termos do processo vital. É sempre um assombro. O traumatismo provocado pela morte é sempre uma irrupção no real. No inconsciente estamos todos persuadidos da nossa imortalidade, sem registro da morte, como o animal cego.

Ziegler (1977) discute a tese acerca da igualdade ou não na morte, contestando a afirmação de que ao morrer todos os homens são iguais. Afirma que numa sociedade de classes não se permite que se estabeleça uma consciência igualitária da morte. Ela chega a todos os homens, de todas as classes e nações, mas ocorre em situações sociais específicas. Segundo o autor, as classes dominantes impõem sua forma de morrer. A indústria funerária e as pompas fúnebres impõem valores que ninguém pensa em questionar, são as práxis da cultura ocidental capitalista.



Literalmente falando, a sociedade ocidental não sabe o que fazer com os seus mortos, com esses estranhos corpos que deixaram de produzir. Esse acontecimento natural, torna-se clandestino e é empurrado para o fundo

da consciência, pois as pessoas morrem escondidas. A preocupação maior é com o valor dos terrenos, e a localização dos cemitérios. Especialistas são contratados para cuidarem dos mortos, empresas encarregam-se desses aspectos e a morte se torna um comércio, como já vimos. Verifica-se como é caro morrer, pois são cobradas taxas municipais, o caixão, o velório, o local no cemitério, o enterro, o que comprova que evidentemente não há igualdade na hora da morte.

Também não há igualdade se considerarmos que a morte se adianta ou se atrasa segundo relógios que se chamam condições sociais, econômicas e políticas. Operários e pessoas que vivem em condições insalubres têm menos tempo de vida, e em nosso país podemos relembrar os desnutridos. Ao mesmo tempo, tenta-se inutilmente prolongar a vida de certos pacientes moribundos, envolvendo gastos altíssimos, garantindo um aumento de sobrevivência para algo que não se sabe se é realmente vida. Ziegler recorre à imagem do moribundo arrancando os fios e os tubos num surdo grito, expressando que o estão privando da própria morte.

Procuramos determinar qual é o momento da morte somática, quando as funções de um ser vivo cessam e não há mais possibilidade de reverter o processo. O instante da morte é uma questão de fato, não de direito, e só o médico pode defini-lo, através do atestado de óbito. Portanto, só ao médico cabe confirmar o momento da morte, constatando como definitiva e irreversível, bem como, determinando a sua causa. Ou seja o próprio ser humano não pode ratificar a sua morte.

O autor afirma que certos parâmetros, como a não-reação a estímulos, ausência de movimentos respiratórios, ausência de reflexos e EEG plano, organizam a questão, mas também fazem surgir um novo imperialismo médico, pois é este profissional quem define a questão da vida e da morte.

Chamando o médico de tanatocrata, Ziegler diz que ele não só constata a morte, mas também a provoca, é o seu senhor. Não registra mais a hora final de uma vida, fixa-a segundo a sua escolha.

A sociedade mercantil cria um sistema de imortalidade das pessoas, negando qualquer *status* aos mortos, e carrega o momento da morte de todas as qualificações pejorativas que se possa imaginar, esvazia, oculta, nega a morte. É um sistema que aliena a quem morre, priv

própria morte. Mesmo com todo o poder na mão do médico e o paciente sem nenhum, ele continua sendo o sujeito epistêmico de sua morte.

Conclui-se que o moribundo não tem *status* social, e se não se amoldar à linguagem dominante do hospital é declarado patológico, os cuidados mudam de natureza e o paciente pode ser punido pelo seu comportamento.

Ziegler apresenta em seu livro depoimentos extremamente dramáticos de alguns pacientes. Muitas vezes a família não é admitida no hospital, alegando-se receio de contaminação e a necessidade de repouso do paciente. Sob o pretexto de respeitar a vida, prolongam-se os dias do moribundo ao preço de sofrimentos suplementares, sem esperanças de milagres e contra o desejo do interessado. Será melhor para ele passar os seus últimos momentos sozinho, ligado a tubos e máquinas? Se o repouso é a coisa mais importante para a cura, certamente não o é para o paciente hospitalizado, que é continuamente interrompido em função de todo tipo de intervenções.

O depoimento de uma enfermeira revela o seu medo diante de suas colegas. Ela afirma que a única coisa de que precisa é de alguém para segurar-lhe a mão. Diz: "Para vocês a morte faz parte da rotina, mas para mim, não."

O autor expõe a questão da eutanásia, o apressamento da morte e os transplantes, vinculando ao problema econômico. Como vemos, um dos grandes pontos de definição da duração da vida relaciona-se ao dinheiro. Prolongar a vida de pessoas ricas, envolve custos altos. Por outro lado, a venda de órgãos também rende economicamente. Vemos, assim, que o poder é transferido da Igreja para a Medicina, que acaba forçando a doação dos bens materiais em vida.

O doente tem direito de renunciar a certas terapêuticas, que lhe pareçam demasiado onerosas e que só sirvam para prolongar uma vida vegetativa privada de qualidades humanas. Para o religioso a vida terrestre não é tudo, e a morte é só uma passagem. O autor conclui que existem não-intervenções que podem ser consideradas homicidas, pois ainda se poderia fazer alguma coisa para salvar o paciente, mas, em outros casos, a intervenção é que pareceria homicida, dado o grau de sofrimento a que o

paciente fica submetido. A igreja católica apóia o encerramento da vida quando esta se torna insuportável.

Existem documentos que podem ser registrados em cartório sobre o desejo de não ser submetido a medidas heróicas. A decisão entre deixar de tomar certas medidas e matar um homem é bast ante complicada.

Alguns filmes têm procurado discutir essa questão, sobre a possibilidade de decidir entre a vida e a morte. O filme *De quem é a vida afinal?* trata desse tema, com tiradas de humor e com muita sensibilidade. Um escultor fica tetraplégico após um acidente e, paralisado até a cabeça, perde todas as possibilidades de realização como pessoa, como homem, como artista, mas não perde a lucidez e o raciocínio. A vida que lhe resta é a vida hospitalar, sendo alimentado na boca, tendo a sua privacidade corporal totalmente devassada. O filme trata o tempo todo de definir o que é a vida e a morte para cada um dos personagens, que, em alguns momentos, pensam de maneira muito parecida, quando se trata da própria pessoa e muito diferente, quando se trata de um médico e de um paciente. Alguns profissionais vão-se sensibilizando com a questão, sendo capazes de ouvir o paciente, outros permanecem insensíveis, muito aferrados ao seu juramento profissional. A grande questão discutida é de quem é a vida, afinal. Trata-se de um filme extremamente sensível na sua discussão sobre a eutanásia que, neste caso, não é o que chamamos de eutanásia ativa e sim o fato de deixar de tomar algumas medidas, o que certamente levará o paciente à morte. Os conflitos vinculados a esta situação são abordados no filme, sendo um retrato fiel de nosso tempo.



O hospital é um microcosmos, onde se resumem com muita clareza os conflitos constitutivos da sociedade mercantil.

Há uma identificação entre o médico e o paciente, junto ao leito do hospital. Na sociedade mercantil, muitas vezes o paciente não sabe como morrer e o médico é incapaz de lhe explicar o sentido da morte.

Sudnow (1971) explica como se desenvolve o-ocultamento da morte. Portanto, não deve ocorrer nenhum destaque relativo ao acontecimento. Os pacientes devem supor que nenhuma morte ocorre no hospital, as cortinas são encerradas, são feitos pacotes com os mortos, de modo que não se perceba o seu conteúdo. Parece que o morto vai para os exames de

rotina só que não volta. Preferencialmente as mortes são transferidas para a madrugada, quando o movimento e a visibilidade são menores.

Hoje 50% das pessoas morre no hospital, primeiro porque é mais eficaz e escondido do que em casa, além disto os seguros pagam as hospitalizações.

Ziegler levanta uma questão importante a ser considerada: a morte mais desejada é a morte repentina, como por exemplo a que resulta de um ataque cardíaco. Só que esta dificilmente ocorre num hospital, pois medidas de intervenção são rapidamente colocadas em prática para salvar o paciente.

O autor fala de uma outra tragédia, própria da sociedade mercantil, que ele chama de agonia das pessoas idosas, que são os asilos. Alguns idosos tentam se livrar da vida "esquecendo" algumas recomendações importantes, como: tomar os remédios corretamente, nem a mais nem a menos, evitar beber e fumar, alimentar-se adequadamente, evitar correntes de ar, não fazer coisas que sabe que não agüenta mais. Apresentam também um desleixo em relação ao próprio corpo.

Embora o homem seja o único ser consciente de sua mortalidade e finitude, a sociedade ocidental com toda a sua tecnologia está tornando o homem inconsciente e privado de sua própria morte.

Atualmente, em nosso ponto de vista, tem ocorrido um clamor no sentido de uma modificação destas atitudes, procurando resgatar a participação do paciente em seu processo de morte, cuja expoente máxima é Elizabeth Kubler-Ross. Falaremos mais sobre as suas propostas nos capítulos 13 e 14.

Numa visão diametralmente oposta, trazemos uma outra perspectiva da morte, presente na sociedade oriental. Para isso nos baseamos em alguns trechos de *O livro dos mortos tibetano*, conhecido como *Bardo Thödol*, organizado por Evans Wentz. Não pretendemos esgotar o assunto, mas somente fazer a contraposição de mentalidades tão diferentes.

Este tratado oferece orientação segura para o momento da morte e para o estado do pós morte através do qual todo o ser humano deve passar. A exploração do homem, o desconhecido de uma maneira verdadeiramente

científica e ióguica, como este livro sugere, são mais importantes do que a exploração exterior, tão enfatizada no Ocidente. As perguntas básicas são: "Quem ou que sou eu? Porque estou aqui encarnado? A que estou destinado? Por que há nascimento e por que há morte?" Há no Ocidente a falta de um correto conhecimento no que tange ao problema supremo da humanidade, o problema do nascimento e da morte.

Este tratado tibetano sobre a Ciência da Morte e do Renascimento, foi organizado por Evans Wentz para ser compreendido pelos ocidentais. Ele revela aos povos do Ocidente uma Ciência da Morte e do Renascimento, tal como era conhecida somente pelos povos orientais, até hoje. O Lama Govinda relata que, os antigos mistérios e os "*Upanishads*" declaram que os não-iluminados encontram uma morte após a outra incessantemente; apenas os iluminados recordam suas inúmeras mortes e nascimentos. Segundo os druidas da Europa é só atravessando os ciclos de mortes e de nascimentos que o homem atinge na esfera psíquica e espiritual, a perfeição a que está destinado, portanto, há um alerta para que não desperdiçemos com coisas triviais esta possibilidade de nascimento que nos foi oferecida. Cabe refletir profundamente sobre esta colocação.

Segundo ensina *O livro dos mortos tibetano* aquele que está para morrer deverá enfrentar a morte não só lúcida, calma e heroicamente, mas com o intelecto corretamente treinado e dirigido, transcendendo mentalmente, se for necessário, os sofrimentos e enfermidades do corpo, como se tivesse praticado eficientemente a arte de viver.

No Ocidente onde a Arte de Morrer é pouco conhecida e raramente praticada, pelo contrário, há uma relutância comum em morrer, a qual, conforme explica o ritual do *Bardo*, produz resultados desfavoráveis.

Da mesma forma que o resultado do processo de nascimento pode ser abortado, o mesmo pode ocorrer com o processo da morte. O *Bardo*, segundo os lamas tibetanos, é o estado intermediário entre a vida e a morte. *O livro dos mortos tibetano* ou *Bardo Thödol* significa "Libertação pela Audição no Plano do Pós Morte", e Cum método iogue de se chegar à Libertação Nirvânica, para além do Ciclo do Nascimento e da Morte. Tanto este livro, como *O livro dos mortos do Antigo Egito* incutem uma arte de morrer e sair para uma nova vida, porém de maneira simbólica e esotericamente mais profunda do que faziam os tratados da Europa me-

dieval cristã sobre a Arte de Morrer, entre os quais se encontra o *Ars Morriendi* ("Arte de morrer").

Segundo as declarações dos mestre iogues, quando a humanidade houver amadurecido e fortalecido espiritualmente, a morte será vivida extaticamente, num estado conhecido pelos orientais como "samadhi". Através da correta prática de uma fidedigna Arte de Morrer, a morte terá então perdido o seu estado negativo e redundará em vitória.

Tanto os budistas quanto os hindus acreditam que o derradeiro pensamento que ocorre no momento da morte determina o caráter da próxima encarnação. Assim como o *Bardo Thödol* ensina, da mesma forma os antigos sábios da Índia ensinaram que o processo de pensamento de uma pessoa moribunda deve ser corretamente orientado, de preferência por ela mesma, como se ela tivesse sido iniciada ou psiquicamente treinada para encontrar a morte, como se tivesse sido orientada por um guru, amigo ou parente na ciência da morte.

Os tibetanos dizem que não há nenhum ser humano que não tenha retornado da morte. De fato, todos nós morremos várias mortes antes de irmos para esta encarnação. Aquilo que chamamos de nascimento é apenas o lado inverso da morte. O *Bardo Thödol* que proporciona libertação do estado intermediário entre a vida e o renascimento, estado que o homem chama de "morte", foi descrito em linguagem simbólica, para que não possa ser mal interpretado pelos não iniciados. Segundo o Lama Anagarika Govinda o *Bardo Thödol* é uma chave para penetrar na região mais recôndita da mente e um guia para iniciados, e é usado no Tibete como um breviário lido ou recitado na ocasião da morte, e foi concebido para ser um guia não só para os mortos, mas também para os vivos. O conteúdo do livro só tem valor para aqueles que praticam e compreendem os seus ensinamentos durante a vida. Não é suficiente apenas ler ou recitar o *Bardo Thádol* na hora da morte para que a libertação se efetive. O ser humano tem de passar pela experiência da morte antes que ele possa nascer espiritualmente. Simbolicamente falando, deve morrer para o seu passado e ego, antes que possa tomar o lugar na nova vida espiritual. Durante a vida tem de cultivar pensamentos e ações, preparar-se mentalmente para que esse processo possa influenciar no momento da morte e pós-morte. Fenômenos de nascimento e morte ocorrem várias vezes, pois sempre há algo que nasce e morre dentro de nós. Segundo o

Lama, a escuta, a reflexão e a meditação são os três estágios do discípulo. O livro nos ensina a nos identificarmos com o Eterno, com o Dharma, com a Imperecível Luz do Estado de Buda, então, os temores da morte são dissipados como uma nuvem diante do sol nascente. Ele sabe que tudo quanto possa ver, ouvir ou sentir na hora de sua partida desta vida não é senão o reflexo de seu próprio conteúdo mental consciente e subconsciente.

Segundo a visão dos budistas a vida consiste numa série de estados sucessivos de consciência. O primeiro é a Consciência do Nascimento, o último é a consciência existente no momento da morte ou Consciência da Morte. Entre os dois estados de consciência, ocorre o "Bardo" ou estado intermediário dividido em três estágios chamados de "Chikhai", "Chonyd" e "Sidpa", são 49 dias de "Bardo", o quadrado do número 7 sagrado. Jung tece um comentário sobre esta obra, que será apresentado no capítulo 7.

A morte é, portanto, apenas uma iniciação numa outra forma de vida além daquela cujo fim representa.

O momento da morte deve ser vivido com um grau de consciência focalizada sendo usados procedimentos para facilitar isso. A natureza da Consciência da Morte determina o estado futuro do "complexo da alma", sendo a existência uma transformação contínua de um estado de consciência a outro.

As instruções, precisas e detalhadas, mostram como devem estar o recitante e o moribundo. E para cada estágio há recomendações claras e específicas, inclusive para cada dia após a morte. Há uma descrição do que o sujeito pode estar vendo, quais as tentações, temores e ilusões que poderão estar ocorrendo e que instruções devem então ser dadas para facilitar a transição.

Como podemos ver, as visões da morte no Ocidente e no Oriente são absolutamente diversas, com uma série de rituais que correspondem a essas diferentes formas de entender o nascimento e a morte. Se no Ocidente a morte é vista como fim, ruptura, fracasso, como interdita, oculta vergonhosa, os rituais corresponderão a esta forma de encarar a morte. São procedimentos de ocultamento, vergonha, raiva, temor. Na visão oriental, a morte surge fundamentalmente, como um estado de transição e principalmente de evolução, para o qual deve haver um preparo.

Pessoalmente embora tenha nascido no Ocidente e esteja banhada por este tecido cultural, sinto um profundo respeito e admiração pela forma de ver a morte dos orientais. Faz sentido compreendê-la como transição, como possibilidade de evolução. Sabe-se, entretanto, que a assimilação de valores de uma outra cultura não é fácil e nem pode ser realizada repentinamente. Um ocidental nunca será um oriental, sob o risco de ficar absolutamente sem identidade, pois abdica da sua e não consegue assimilar inteiramente a outra. Muitos relatos atestam que ocidentais enlouqueceram diante da imensidão e completa transformação de valores e idéias de uma outra cultura. Porém acredito que uma reflexão e uma compreensão desta mentalidade que norteia, por exemplo, as práticas budistas, podem ser extremamente válidas, para que possamos rever alguns dos nossos postulados em relação a morte, inclusive a possibilidade de aceitá-la como parte do desenvolvimento humano, e como forma de preparação para esse momento.

Referências Bibliográficas

- ARIES, P. - *A história da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
- EVANS WENTZ, W. Y. (Org.) - *BARDO THODOL. O livro tibetano dos mortos*. São Paulo, Pensamento, 1960.
- MELTZER, D. (ED) - *DEATH: An anthology of ancient texts, songs, prayers and stories*. San Francisco, North Point Press, 1984.
- MORIN, E. - *O homem e a morte*. Lisboa, Publicações Europa-América, 1970.
- SUDNOW, D. - *La organización social de la muerte*. Buenos Aires, Edit. Tiempo Contemporaneo, 1971.
- ZIEGLER, J. - *Os vivos e a morte*. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

Capítulo 4

MORTE NO PROCESSO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. A CRIANÇA E O ADOLESCENTE DIANTE DA MORTE

Maria Júlia Kovács

"Tenho medo de morrer", disse a folha a Daniel. "Não sei o que tem lá embaixo."

"Todos temos medo do que não conhecemos. Isso é natural", disse Daniel para animá-la. "Mas você não teve medo quando a primavera se transformou em verão. E também não teve medo quando o verão se transformou em outono. Eram mudanças naturais. Por que deveria estar com medo da morte?" (Leo Buscaglia, *História de uma folha*)

A questão da origem da vida e da morte está presente na criança, principalmente no que concerne à separação definitiva do corpo. Ela tem uma aguda capacidade de observação e quando o adulto tenta evitar falar sobre o tema da morte com ela, a sua reação pode ser a manifestação de sintomas. Ao não falar, o adulto crê estar protegendo a criança, como se essa proteção aliviasse a dor e mudasse magicamente a realidade. O que ocorre, é que a criança se sente confusa e desamparada sem ter com quem conversar.

A morte da mãe, do pai ou de um irmão provoca uma imensa dor, falar dessa morte não significa criar ou aumentar a dor, pelo contrário, pode aliviar a criança e facilitar a elaboração do luto.

O trabalho psicanalítico com crianças demonstra que elas percebem fatos que lhes são ocultados e, embora possam não expressá-los verbalmente, os seus conhecimentos aparecem em seus jogos, desenhos ou outras formas

de expressão. Entre os jogos infantis onde ocorre a simbolização da morte estão os jogos de esconde-esconde, mocinho e bandido.

Aberastury (1978) levanta três questões básicas a respeito da percepção da morte pela criança:

a. A criança tem uma representação de morte, como a expressa e que significado dá a ela?

b. Ela percebe o perigo da morte, quando está doente, com ou sem esperança de cura?

c. Percebe a morte dos seres queridos, mesmo quando este fato é omitido e negado?

A autora descreve casos em que ocorreu a morte de pessoas da família, e o episódio não foi comentado com as crianças. Durante o processo terapêutico, elas manifestaram conhecimento preciso dos fatos e datas em que ocorreram.

O ocultamento da verdade perturba o processo de luto da criança e a sua relação com o adulto. A criança também gostaria de negar a morte, mas quando os fatos contradizem o que lhe informam, fica completamente perturbada e frustrada. A primeira reação diante da perda de uma pessoa amada é a negação, e se o adulto reforça essa atitude, fica difícil passar para as outras fases do luto.

Segundo Raimbault (1979), para que o processo de luto possa ocorrer, é necessário realizar um trabalho de desidentificação e desinvestimento de energia, que permita a introjeção do objeto perdido na forma de lembranças, palavras e atos, e a possibilidade de investir a energia em outro objeto. Quando a criança não consegue se desidentificar, e quando ocorrem sentimentos de culpa por se sentir responsável pela morte do outro, como resultado de seus impulsos destrutivos, pode surgir o desejo ou a necessidade de se reunir com a pessoa perdida, como forma de reparar os seus erros ou como necessidade de punição. Nesse caso, podem se manifestar sintomas, como: perturbações fisiológicas, dificuldades de alimentação e sono, retorno ao auto-erotismo, distúrbios nos relacionamentos sociais. Algumas vezes, a criança não consegue realizar a separação e deseja reunir-se com a pessoa perdida, sendo este fato manifestado pelo

que Aberastury (1978) denominou como micro-suicídios, pequenos atos autodestrutivos, como acidentes, quedas, machucados, que podem passar despercebidos.

A perda de um irmão pode levar a uma ferida narcísica, trazer abalos à sua onipotência, e à percepção da impotência dos pais. Por outro lado, a criança pode se sentir obrigada a preencher o lugar deixado pelo irmão morto, deixando de lado as suas necessidades.

O processo de luto está finalizado quando existe a presença da pessoa perdida internamente em paz, e há um espaço disponível para outras relações. A criança pode simbolizar esta ausência/presença, através de jogos e brincadeiras.

Flores (1984) procurou estudar as reações emocionais diante da morte, tais como angústia com a separação e o sentimento de culpa, em crianças com doenças fatais.

Os temores diante da morte foram expressos como: cessação da vida, perda do movimento vital, experiência de uma sensação física ou moral desagradável, perda da existência, aniquilamento, desaparecimento, perda da individualidade, perda do brilho e do vigor, ser esquecido, desaparecimento da lembrança.

As crianças terminais, além do medo da morte, apresentam o medo do sofrimento e do tratamento, agravados pelo fato de terem de sofrer constantes separações das pessoas da família. Usando o procedimento "desenho-estória", de Walter Trinca (1976), foi possível verificar, que as angústias de dezessete crianças com câncer, estudadas, se relacionaram com rejeição e separação. Verificou-se também que várias crianças demonstraram clara percepção da morte, mesmo que ninguém lhes tivesse informado a respeito da gravidade de sua doença. Não se pode esquecer que as crianças têm um contato mais direto e íntimo com seu corpo, portanto, percebem a deterioração que a doença provoca. Por outro lado, muitas vezes em suas perguntas pedem um esclarecimento e confirmação de algo que já sabem. O escamoteamento da verdade provoca um sentimento de estar sendo enganado ou considerado ingênuo, o que causa um sentimento de profunda solidão.

Muitos adultos se negam a conversar com a criança sobre a morte, argumentando que as crianças nada sabem a respeito dela. Várias pesquisas foram feitas no sentido de apontar o desenvolvimento do conceito de morte na criança. Uma das pioneiras foi Nagy (*in* Torres, 1980), que estudou 378 crianças húngaras de 3 a 10 anos, utilizando desenhos e palavras, para verificar como as crianças lidam com o conceito de morte. Na primeira etapa, até os 5 anos, não há noção de morte como definitiva e esta é associada ao sono ou separação, a criança percebe a morte como temporária e gradual, podendo ser reversível. Na segunda etapa, entre os 5 e 9 anos, a autora observou que há uma tendência para personificar a morte, como alguém que vem buscar a pessoa. A morte já é percebida como irreversível, mas não como universal. Na terceira etapa, entre 9-10 anos, a morte é compreendida como cessação de atividades, que ocorre dentro do corpo, e realiza a sua característica de universalidade.

Koocher (1974) estudou 75 crianças fazendo quatro perguntas em relação à morte: "O que faz as coisas morrerem? Como fazer as coisas mortas voltarem à vida? Quando você morrerá? O que acontecerá depois?" Surgiu uma relação hipotética entre o desenvolvimento cognitivo e as atitudes diante da morte. O nível 1, ligado ao período pré-operacional, envolveu raciocínios fantasiosos e mágicos, ligados ao pensamento egocêntrico. No nível 2, voltado ao período das operações concretas, incluem-se formas de se infligir a morte. O nível 3 apresentou explicações mais abstratas, com idéias de deterioração física, nomeação de classes e causas, o reconhecimento da morte como fenômeno natural, presente no período de operações formais. Este autor verificou que as crianças que tiveram contato direto com a morte, apresentaram melhor elaboração do seu conceito.

Em nosso meio, podemos citar a pesquisa de Torres (1979), no Rio de Janeiro, com 183 crianças de 4 a 13 anos, que estudou a relação entre o desenvolvimento cognitivo e a evolução do conceito de morte. A autora abordou três dimensões do conceito de morte: extensão, duração e significado. Pesquisou os níveis do conceito de morte ligados aos períodos do desenvolvimento cognitivo segundo Piaget:

a. *Período pré-operacional* - As crianças não fazem distinção entre seres inanimados e animados e têm dificuldades para perceber uma categoria de elementos inorgânicos que, portanto, não vive e não morre. As crian-

ças não negam a morte, mas é difícil separá-la da vida, atribuem a fatores externos a impossibilidade de viver. Não percebem a morte como definitiva e irreversível.

b. Período das operações concretas - As crianças distinguem entre seres animados e inanimados, mas não dão respostas lógico-categoriais de causalidade da morte, buscam aspectos perceptivos como a imobilidade para defini-la, mas ela já é percebida como irreversível.

c. Período das operações formais - As crianças reconhecem a morte como um processo interno, implicando em parada de atividades do corpo. Percebem-na como universal, podendo dar explicações lógico-categoriais e de causalidade. A morte é definida como parte da vida. Esta relação entre os estágios de desenvolvimento cognitivo e o conceito de morte não foi observada com tanta clareza. Speece e Brent (1984) verificaram que as relações entre o desenvolvimento cognitivo e as conceptualizações de morte podem ser ambíguas. Entretanto, se não se considerar o desenvolvimento cognitivo como um todo, e sim algumas habilidades específicas, como a conservação e conceitos de tempo, esta relação parece mais clara. Em seus estudos, constatou que a maioria das crianças de 7 anos já havia assimilado os principais atributos ligados à morte como, irreversibilidade, não-funcionalidade e universalidade.

Estas pesquisas sobre a aquisição do conceito de morte em crianças são muito importantes, quando se considera a necessidade de falar com elas sobre a morte. Neste caso, podem-se usar palavras e experiências que sejam compreendidas pela criança. Não se trata de evitar o tema e sim, de trazê-lo para uma dimensão que possa ser assimilada pela criança, de acordo com o seu nível de desenvolvimento.

Pela carga emocional do tema, aspectos afetivos e emocionais podem interferir na elaboração cognitiva do conceito de morte. Tal aspecto foi demonstrado no estudo de Orbach e Glaubman (1979), que verificaram se a distorção apresentada no conceito de morte seria devida a limitações cognitivas ou à defesa contra a ansiedade, provocada pelo tema. Observaram que não houve relação significativa entre o desenvolvimento cognitivo e o conceito de morte. Crianças suicidas apresentavam maior distorção no seu conceito, do que crianças-controle da mesma faixa de idade e nível cognitivo, e não apresentavam as mesmas distorções no conceito de

vida. Estes dados fazem supor que uma das hipóteses para explicar o comportamento suicida em crianças, é a sua crença de que a morte é reversível. Estes autores verificaram uma ligação entre comportamento suicida e o conceito imaturo de morte. Uma forma de lidar defensivamente com ela é considerá-la reversível. A discussão sobre o significado da morte, das suas dimensões como a irreversibilidade, deveria ser parte importante do tratamento de crianças suicidas.

O adolescente tem a possibilidade cognitiva de perceber as características essenciais da morte, como a sua irreversibilidade, universalidade e pode dar respostas lógicas formais. Levanta hipóteses e discute esse tema tão complexo. Porém, emocionalmente, pode estar muito distante da morte, como discutiremos a seguir.

A adolescência sempre foi considerada um período do desenvolvimento com grandes transformações. Algumas muito evidentes, como as mudanças corporais que são iniciadas na puberdade. Segundo Aberastury e Knobel (1973), as manifestações que ocorrem na adolescência e, portanto, normais neste período, seriam consideradas patológicas em qualquer outra etapa do desenvolvimento. Entre estas manifestações ocorrem intensas expressões de sentimentos, labilidade emocional e uma exagerada necessidade de auto-afirmação.

A adolescência é uma fase de transição como qualquer fase do desenvolvimento. É um período de lutos, segundo os autores acima mencionados, pois o adolescente tem de realizar a perda do seu corpo infantil, da sua identidade como criança e precisa elaborar a perda dos pais infantis. A grande tarefa da adolescência é a aquisição da identidade, segundo Erikson (1972), quando o indivíduo se define como pessoa. Para realizar esta definição, o adolescente tem de romper limites e desafiar o mundo. É um período de grandes aquisições, desde um corpo novo e altamente potente, até uma capacidade cognitiva que lhe permite conquistar a ciência, descobrir e inventar coisas novas, participar da conversa dos adultos com idéias e com a possibilidade de discordância, agora pautada em conhecimentos e capacidade de elaboração.

O adolescente tem sonhos e ilusões, mas bem diferentes dos da infância, os quais são considerados infantis e bobos. Agora tem sonhos e ideais e vai atrás deles. Em muitas sociedades, como aponta Erikson, o adoles

cente tem de aprender e pôr em prática as atividades para subsistência da comunidade. São importantes os ritos iniciáticos da adolescência, onde o jovem precisa abandonar as suas atividades e objetos infantis, separar-se do lar materno e iniciar-se nas atividades dos adultos. Estes ritos são acompanhados de medo e solidão. Entretanto, em sociedades primitivas observa-se uma nítida divisão entre o período infantil, com suas características, e a responsabilidade que é inculcada ao adolescente, quando deve entrar na fase adulta.

Na sociedade ocidental e capitalista, estes ritos de adolescência não são mais tão definidos, ficando caracterizado o início da fase com as mudanças da puberdade, entretanto o final da adolescência e a entrada no mundo adulto estão cada vez mais diluídos, o que torna muito difícil a confirmação da identidade como pessoa e a definição do seu lugar na sociedade.

Temos observado que em países do Terceiro Mundo há uma questão que demanda análise cuidadosa. O adolescente não tem a possibilidade de "adolescer", ou seja, desenvolver todo o período de experimentação de seu novo corpo e da sua nova mente. Da infância, pula logo para a fase adulta, tendo de assumir responsabilidades e cuidar de sua subsistência, com conseqüências graves.

Segundo Jung, a adolescência é um período em que o sujeito está com toda a libido voltada para a construção do mundo e, portanto, há pouco lugar para pensar na morte. É uma preparação para a sua vida útil na sociedade, os estudos para o desenvolvimento profissional, o desenvolvimento afetivo e emocional, que demanda a busca de um companheiro, a vivência da relação amorosa. É também o período dos grandes empreendimentos. A energia vital está voltada para estes aspectos, não existindo espaço para imaginar a própria morte. O adolescente personifica em parte o herói, aquele que é imortal. Esta suposição da imortalidade, que está presente em todos os seres humanos, tem o seu auge na adolescência. É normal neste período porque, para a aquisição da identidade, é necessária a vivência do poder e da força. Segundo Jung, o jovem que teme a morte e o futuro, provavelmente terá este mesmo temor posteriormente. O indivíduo que tem medo da vida não vive, como vimos. No caso do adolescente esta situação é ainda mais forte, porque é causa de todo o investimento energético para a construção de sua identidade e realidade.

O adolescente está caminhando para o auge da vida, tem todas as potencialidades corporais e psíquicas, como vimos, e a morte está disto ante como possibilidade pessoal. Como se explica, então, que o período em que o indivíduo está no auge da vida seja também um período de alto risco para que ocorram mortes inesperadas. Para se ter uma idéia disso, é na adolescência que ocorre o maior número de suicídios, só superado, atualmente, entre os idosos.

Uma tentativa de explicação é que no processo de aquisição da identidade o adolescente testa e acaba por extrapolar muito os seus limites. O herói não conhece o medo nem a derrota, e se sente medo este é escondido, mas não é admitido publicamente. O adolescente tem de se manter corajoso diante de todos. Ao fazer estas colocações, estamos traçando uma caricatura, que de alguma forma traz as características peculiares deste período.

É comum na adolescência a busca de atividades que desenvolvem o limite físico como as atividades esportivas. Entretanto, muitos esportes trazem em si o perigo da morte. O grande prazer encontra-se efetivamente em desafiá-la, senão não tem graça. Por outro lado, certas atividades como guiar carros, motos ou outros meios de transporte, também são exercidas no seu limite, vivendo o adolescente situações de altíssimo risco, algumas, resultando em morte. É que o adolescente, por excelência, acredita que a morte só ocorre com o outro. Mesmo quando ocorre com um companheiro próximo, sobra a dúvida se na verdade não se tratou de incompetência.

Por outro lado, na busca da vida, do auge, do pico, surge a necessidade de elementos facilitadores desta vivência. Um deles é o uso de drogas que, muitas vezes, inicia-se neste período. Deve ficar claro que o que se está buscando é uma vida com intensidade e colorido mais acentuados, é o desafio da morte. Entretanto, nesta busca de *uma vida* mais intensa pode ocorrer a morte por exagero da dose, por descuido, acidente ou assassinato. É na adolescência que o paradoxo vida/morte fica mais evidente, como vimos.

O adolescente também descobre o amor e ama intensamente. Quer ser correspondido no seu amor, e quando não o é, não resta muitas vezes outras alternativas. Como veremos, as tentativas de suicídio são muito

freqüentes nesta idade, provavelmente relacionadas com a busca de uma qualidade de relação e realização amorosa que não são encontradas na vida. Este tema será melhor desenvolvido no capítulo sobre o suicídio.

A adolescência é um período do desenvolvimento em que a vida e a morte encontram o seu auge. A vida pela sua possibilidade de desenvolvimento pleno e a morte como uma continuação desta plenitude, embora o adolescente dê o tempo todo a impressão de que, para ele, ela não existe. A passagem para a assim chamada vida adulta demanda um assentamento de toda a impulsividade desta fase, e a construção da profissão, de seu lugar na comunidade, a constituição da família e a criação dos filhos. É neste momento, que Jung denominou de metanóia, que a morte aparece pela primeira vez como uma possibilidade pessoal.

Referências Bibliográficas

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M.- *La adolescencia normal*. Buenos Aires, Paidós, 1973.
- ABERASTURY, A. - *La percepción de la muerte en los niños y otros escritos*. Buenos Aires, Kargieman, 1978.
- FLORES, R. - *Utilidade do procedimento desenho-estória na aprendizagem de conteúdos emocionais de crianças terminais hospitalizadas*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 1984.
- JUNG, C. G. - The soul and death. *Vol. 8 Collected Works*, Routledge and Keagan Paul, 1960.
- ERIKSON, E.- *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro, Zahar, 1963.
- KOOCHEER, G. - Talking with children about death. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1974, 4 (3).
- ORBACH, I.; GLAUBMAN, H. - Children's perception of death as a defensive process. *Journal of Abnormal Psychology*, 1979 88: 671-674.
- RAIMBAULT, G.- *A criança e a morte*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1979.

SPEECE, M. W. e BRENT, S. B. S. - Children's understanding of death. A review of three components of a death concept. *Child Development*, 1984, 55 (5) : 1671-1686.

TORRES, W. C. - O conceito de morte na criança. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Out/dez 1979, 31(4) : 9-34.

TORRES, W. C. - O tema da morte na psicologia infantil: uma revisão de literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, abr/jun 1988, 32(2) : 59-71.

Capítulo 5

ENVELHECIMENTO E MORTE

Rachel Léa Rosenberg (*IN MEMORIAM*)

Este capítulo representa a aula que foi dada pela Dra. Rachel Léa Rosenberg, e como tal será mantida para que se tenha a íntegra da sua forma de ser.

RACHEL ROSENBERG: UMA VIDA DE CRIAÇÃO E PAIXÃO DE SER E PERTENCER

Por Henriette Tognetti Penha Morato

Um pedido foi feito: escrever um breve texto como apresentação de Rachel Léa Rosenberg, cuja aula/texto que segue representa o presente capítulo. Juntamente com o pedido uma indagação. Apresentar significa trazer à presença, tornar presente. Etimologicamente, vem do latim *praesentare* (*prae* ou *pre* = antes + *essere* = ser), ou seja, o que abre a possibilidade para ser, para ser visto. Como apresentar Rachel: a professora, a especialista, a colega, a companheira, a psicóloga, a cientista, mas, principalmente, a amiga?

De qualquer forma, a situação colocada requer um compromisso e uma responsabilidade que, se a princípio apresenta-se simples, a um olhar mais atento, a um coração mais escondido revela-se profundamente intrincada, porquanto carregada de muita emoção, sentimentos e afetos agora rememorados. Compromisso e responsabilidade do coração, de quem ama e sente falta, para tornar público um sentimento e um conhecimento significativo privados. Apresentar alguém é comunicar significados que marcaram sua presença nos projetos de vida de muitas pessoas, organiza-

ções, instituições, grupos, eventos, lutas; é a evocação de memória e afetos partilhados na convivência e que geraram transformações profissionais profundas.

Não tive outro jeito. Fui buscar em mim mesma, no privado de minha própria experiência, uma forma de apresentar a pessoa que suavemente me introduziu na significação do contato com o si-mesmo, na congruência com a experiência interior. E aí encontrei a falta da pessoa e a dor de sua ausência ainda presente. Mas esse contato, embora doloroso possibilitou encontrar um caminho: sua presença no meu privado permite aceitar o pedido e o resgate, na intenção de uma apresentação: criar condições para a permanência de uma pessoa, para uma existência que não pode ter o privilégio de permanecer concretamente ao longo do tempo, como o tem uma obra de arte. Condição de se ser humano, pessoa e não obra.

Uma forma de permanência pública de uma pessoa séria, através de sua produção concreta, como os seus escritos. É nesse sentido que o texto tem uma significação. Ele expressa a possibilidade de concretude dos pensamentos e sentimentos de quem o produziu. Principalmente quando se trata de uma pessoa, que não se preocupou em registrar graficamente suas experiências. Rachel preferia fazer as coisas, expressar por gestos a transmissão das crenças e valores pelos quais norteava suas ações, tanto públicas, quanto privadas. Absolutamente coerente com a filosofia que partilhava: a psicologia humanista. É na ação que os projetos de vida de uma pessoa a conduzem adiante em seu desenvolvimento.

E nesse ponto, novamente a indagação: como apresentar um texto e principalmente a pessoa que o criou, sem um contexto? Um contexto envolve muito mais do que a mera contextualização de um texto, ou a apresentação de uma especialista e seus caminhos profissionais e obras.

Apresentar Rachel e seu texto não poderia ser somente uma formalidade a fim de introduzir o leitor no universo de seu pensamento, através de sua biografia ou de seu *curriculum*. Além de ser absolutamente monocromática, tal forma não poderia jamais expressar verdadeiramente a pessoa Rachel, o que ela representou para seus amigos e companheiros, para a psicologia no Brasil, para o campo do aconselhamento psicológico, para a clarificação da abordagem centrada na pessoa, mas principalmente não

representaria o que para ela significava viver, ser e a significância que atribuía à experiência humana.

Finalmente, encontrei um significado por ter sido procurada com a solicitação para uma apresentação de Rachel Rosenberg - significava introduzir a pessoa com seus coloridos, a inventora de várias invenções, como textos, livros, serviços, projetos, grupos e principalmente introduzir a sua própria apresentação na forma de transcrição de uma aula gravada. Porque nada melhor do que participar com ela e assim conhecê-la, do que acompanhá-la da maneira como ela se oferece para ser conhecida, através de sua espontaneidade, sensibilidade, intelectualidade, especialidade competente. Enfim, acompanhar sua sabedoria de vida para apresentar-se e apresentar seu texto através de seu próprio jeito de ser. No que se segue como texto após esta introdução, há muito mais do que só idéias. Há uma pessoa apresentando-se e dando-se a conhecer, enquanto apresenta e discute um tema. Qualquer coisa que dela se possa dizer está muito aquém daquilo que ela própria revela de si, do tema, de cada um de nós. Esta era outra de suas habilidades - como uma romancista moderna conseguia falar de tudo e de todos ao falar de suas próprias experiências. Eis a Rachel fenomenologicamente artista, que transitava na intersubjetividade. Expressando-se, ela comunicava, suavemente a arte de genuinamente ser, cultivada com cuidado por ela e buscada por todos nós. Sua própria apresentação revela muito mais. Revela a pessoa constantemente curiosa, preocupada, atormentada, mas sempre apaixonada pela investigação dos mistérios da existência humana e seu significado para quem vive essa experiência.

Sua experiência permite o descortinamento de alguém que se arriscava a comunicar o seu mundo privado e oferecê-lo como matéria-prima pública para novas criações de experiências no outro, ou outros que se dispusessem a ouvi-la. Rachel era naturalmente uma facilitadora de aprendizagens significativas, além de professora e pesquisadora. Vai construindo o tema pela experiência pessoal e profissional, revelando uma atitude clínica fenomenológica. Propicia o despertar do interesse no aluno, e cria condições para a expressão pessoal dos participantes, tanto em conteúdos específicos quanto em questionamentos teórico-práticos, e experiências vividas, com sua forma de ser admiravelmente natural e brilhante intelectualmente. Ela não seleciona nem recorta elementos. 'Pelo contrá-

rio, estabelece a possibilidade de ampliação do tema com a simplicidade e sabedoria de articular e oferecer todos os recursos possíveis para poder transmitir, sem arrogância, um conhecimento e criar um clima para aprendizagem significativa. Artesã primorosa.

Por muito ter convivido com ela e conhecê-la, temi que somente a leitura do texto pudesse não ser suficientemente expressiva e significativa para quem não teve o privilégio de ouvir Rachel. Dessa forma, optei por introduzir-me ao texto transcrito e não ouvir as fitas. Buscava perceber se poderia sentir e reconhecer a Rachel que conheci naquilo que lia. E com satisfação constatei ser possível encontrá-la em sua fala. Confirmou-se o poder da inventora e não da invenção. O que li era muito mais que um texto. A pessoa transparece com seu poder pessoal. Ainda que não fosse totalmente possível para mim não "ouvi-la" em sua entonação característica, dado nosso grande contato, percebi a vantagem da leitura da transcrição de uma fala e não a leitura de um texto diretamente escrito. O que a princípio poderia ser uma desvantagem (não poder ouvir a gravação original) aparecia agora como uma vantagem sobre um texto corrido. Uma transcrição de diálogo como uma aula, desde que mantida a fidedignidade e a íntegra da apresentação sem cortes, oferecia uma possibilidade de sonorização ao texto. Além disso, representaria muito mais o contexto de vida de Rachel - o encontro e diálogo entre pessoas e com ela. Dessa forma, descobri ser o texto "sonoro", a ponto de poder ser apreendida a tonalidade da voz de Rachel, sua forma de ir articulando sentimentos e idéias, as quebras de pensamento e desvios revelando seu processo criativo tão especial e sua marca registrada. A autenticidade de sua fala é tão pungente que pode ser ouvida por quem a lê.

O mais surpreendente é como ela se deixava conduzir por um fio de sintonia que a leva adiante, bem como, aos seus ouvintes, leitores, sem contudo dirigi-los ou moldá-los a uma perspectiva única. Esplendorosa competência e respeito à liberdade e compromisso responsável para com a competência do "outro" respeitável. Nesse sentido, Rachel surge como uma pessoa com valores bem definidos e determinados.

Lendo ou ouvindo Rachel, torna-se fortemente evidente sua sensibilidade e capacidade comunicativa envolvente, tanto ao ouvinte presente, quanto ao leitor participante. Ela está sempre oferecendo sua narração recordativa para aprendizagens recreativas. Se, como aponta Ecléa Bosi (1979), a

memória revive um trabalho realizado com paixão, a memória-trabalho de Rachel revela a fusão de sua atitude diante da vida com aquilo que faz, ao mesmo tempo que, recordando, "deseja repetir o gesto e ensinar a arte" (Bosi, 1979, p. 399) do que para ela representa o atendimento em aconselhamento psicológico ou em psicoterapia, seja em instituições ou em consultório, segundo o enfoque centrado na pessoa e na psicologia humanista. Nesse sentido, seus gestos públicos e suas ações sempre estiveram voltados ao desenvolvimento das pessoas e à criação de situações facilitadoras para a sua ocorrência. O consultório, a Universidade, os grupos de trabalho, os encontros de comunidade, as reuniões sociais, tudo o que lhe fosse apresentado era motivo para indagações, questionamentos. Profissional clínica, sua pessoa humana era uma pesquisadora incansável que explorava a vida e suas circunstâncias como um laboratório para expandir sua curiosidade sempre em desenvolvimento. Era uma aprendiz por excelência.

Ocorre-me, agora, que talvez realmente o narrador tenha um papel cultural importante, pois é através dele que se viabiliza a possibilidade de permanência de pessoas, valores, atitudes, memória e tradições, de gestos públicos, de existências e culturas. A realidade do narrador, segundo Benjamin (1985) e Régis (1988) é a daquele ser "investido com o poder de uma voz que a comunidade lhe dá para relatar a evolução de sua aprendizagem" (Régis, 1988, p. 5). Seu papel é "registrar as vivências dos seus contemporâneos para que não caiam no esquecimento, apoiá-los nas suas necessidades de mudança, falar pelos que estão emudecidos" (Régis, 1988, p. 5), transmitindo a atualidade dos fatos e a dimensão do vivido e viva da história.

Neste momento, permito-me resgatar como uma narradora lapidando suas experiências, para registrar o público e algum privado de uma existência emudecida, mas presente na memória e por isso recriada. Desejo partilhar um pouco do privado da Rachel, que é meu particular, e de seus gestos públicos que através da minha memória-interação, pois fruto de um trabalho conjunto, podem contribuir e revelar um jeito de permanência para essa existência. Afinal é na memória - interação com ouvintes/narradores - que a lembrança dos velhos se revela e revive o colorido de seus projetos de vida (Bosi, 1979), resgatando o lugar e a pertença de seu ser. O trabalho de memória-integração descortina um pacto de en-

contro de histórias pessoais e de histórias de trabalho, partilhado por anos, onde experiências se mesclam, mas conduzem adiante para novos caminhos de desenvolvimento, quando as pessoas partilham valores e atitudes que possibilitam a realização de projetos e atividades, como o Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP e o desenvolvimento da Abordagem Centrada na Pessoa no Brasil, experiências profissionais, com profundo cunho pessoal, que compartilhei com Rachel. Impossível perceber, neste momento e diferenciar o quanto são minhas ou dela as nossas aprendizagens e crescimento. Quem, de fato, pertence à memória dos fatos a serem relatados. Numa sinfônica sintonia de experiências de anos de amizade e trabalho, onde pessoal e profissional se imbricam, onde valores são partilhados, como diferenciar a autoria de pensamentos e sentimentos de significativas presenças ausentes, que possibilitaram a substância de nossas vidas? É auxiliada pelo significado de memória-interação que prossigo o relato. São fatos coletivos, recordados por um indivíduo, conforme impressos em sua subjetividade, que sofre transformações pessoais e outros, resultantes da interação com pessoas ou grupos.

Rachel sempre mostrou ser uma imbatível pessoa de risco, aberta a toda e qualquer experiência. Pessoa de risco porque jamais desistiu de nortear sua vida pessoal e profissional pelos valores e crenças em que confiava, como significantes para sua existência e presentes na existência de todo ser humano. Essa vitalidade e disposição se faziam sentir nos mais variados momentos vividos por ela, em sua vida pessoal ou profissional. Ela era, se é possível dizer, a pessoa plenamente funcionante como Rogers (1983) apresentava a pessoa vista pela Psicologia Humanista e pela Abordagem Centrada na Pessoa. Ao mesmo tempo, criança-adolescente-adulta, insistia em resgatar em cada experiência vivida o prazer da descoberta, da novidade e revelava, assim, a sabedoria anciã de crescer e aprender enquanto envelhecia. Os inúmeros projetos em que se envolveu ou ajudou a criar expressam a abrangência de seus interesses: o grupo de psicologia humanista, a abordagem centrada na pessoa, o Serviço de Aconselhamento Psicológico, o grupo de executivos do Centro Empresarial de São Paulo, os grupos nas escolas Lourenço Castanho e Vera Cruz, a vinda de Rogers e seu grupo em 1977 ao Brasil em Arcozelo - Rio de Janeiro e em São Paulo, a Televisão Cultura de São Paulo, os grupos de encontro, *workshops* e grupos de comunidade, o Centro de Desenvolvimento da

Pessoa no Sedes, os superdotados, os cursos de especialização em Aconselhamento Psicológico, pioneiros no IPUSP e em outras instituições universitárias, os grupos de espera (sua tese de doutorado), o plantão psicológico, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, os cursos avançados de formação de terapeutas na Abordagem Centrada na Pessoa, o Centro de Psicologia da Pessoa no Rio de Janeiro, o Centro de Gerontologia do Sedes Sapientiae, os I e II Encontros da Abordagem Centrada na Pessoa, o livro *A pessoa como centro* com Rogers, o Encontro com Rogers, em Brasília, o *Workshop* com Rogers na Hungria, os I, II, e III Encontros Latino-Americanos na Abordagem Centrada na Pessoa, no Rio, Buenos Aires e São Paulo, os I e II Fóruns Internacionais na Abordagem Centrada na Pessoa, no México e na Inglaterra, os grupos de comunidade no Instituto de Psicologia da USP, a Psicologia Transpessoal e Holística, o Simpósio: Vivência Acadêmica no IPUSP, os Grupos de Família, o Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa, que resultou num livro de uma equipe de trabalho, o consultório e os clientes.

Nesta vastidão de atividades empreendidas, contudo, jamais Rachel deixou de pautar-se nos valores mais significativos para ela: a crença e o profundo respeito pelo ser humano e seu potencial de desenvolvimento. Sua existência foi rigorosamente ética, nesse sentido, e fiel à sua filosofia de vida. Paixão e estética a moviam em direção às pessoas, ao mundo e à vida. Onde pudesse aprender e descobrir ainda mais sobre o fenômeno humano, Rachel deixava-se fascinar e punha seu ser em risco, em movimento. Principalmente, em momentos íntimos de relação.

Pude viver essa experiência intensamente em nosso contato, num grande grupo de comunidade de aprendizagem. Ainda indecisa quanto a certas elaborações pessoais, foi a presença significativamente acolhedora e compreensiva de Rachel, que me ajudou a conquistar uma das transformações mais importantes de minha vida, tanto no plano pessoal quanto profissional. Numa analogia muito carinhosa, posso dizer que Rachel participou facilitadoramente para um renascimento. E dolorosamente bom poder, neste momento, reconhecer o grande privilégio que tive por ela estar por perto e eu dispor-me a ouvi-la como nunca antes havia feito, apesar da longa convivência. E como ela partilhou comigo também incertezas, fantasias e inquietações. Uma surpreendendo a outra sem

constrangimentos, numa relação de ajuda mútua e comunicação verdadeira. Foi um momento decisivo e transformador inesquecível.

É assim que, hoje posso relembrar momentos pessoais meus e movimentos pessoais de Rachel, deliciosamente por nós partilhados e agora ouvidos com um novo significado. Como aquele dia magnífico de julho, em Pirassununga, um sol brilhante, mas intenso e frio, quando ela sorridente e feliz como uma criança marota, comentou comigo quão fascinante era a experiência da água escorrendo pelo corpo frio, num banho demorado, que parecia estar lavando até a alma e aquecendo-a. Desde então, quando me sinto extenuada e busco um banho confortável, fico atentando e descobrindo as alegrias da água quente a escorrer pelo corpo frio. É realmente fascinante e apaixonante.

Naquele dia, quando voltava de sua viagem ao Egito, Israel e Grécia, num momento antes da reunião com a equipe de trabalho, Rachel comentava as belezas de Luxor e seus templos, das pirâmides, do Oceanográfico Israelense. Era uma criança deslumbrada, olhos brilhantes, como que revivendo a história dos faraós, nos barcos, através do Nilo. E eu a imaginar no compasso do seu relato, escravos arrastando, dóceis e exaustos, pedras para uma construção interminável e de significado inatingível, mas absolutamente felizes por se saberem participantes no trabalho de uma obra bonita. Eu imaginava, revivendo extasiada a fantasia de 20.000 léguas submarinas e das profundezas aquáticas do Mar Morto com a descrição de Rachel.

Mas, sobretudo, resgatando a impressão da amiga e companheira Maria Luísa Schmidt, que também partilhou desse delicioso relato de Rachel, o ponto alto da viagem para Rachel fora o seu passeio pelas ilhas gregas, seu encontro e risos com uma amiga brasileira que encontrara por acaso, tão longe. Em especial, foi a indescritível transmissão de um momento de prazer, paz, beleza, paixão e liberdade, quando ela, Rachel, solitária estava sentada no terraço de um bar, que ficava no alto de uma escarpa e que acabava no mar Egeu, tomando uma cerveja; e então, olhando o azul das águas onde brilhava um sol magnífico, quis perpetuar a possibilidade daquele cenário deslumbrante e perguntou-se "É preciso voltar? Não poderia ficar aqui? O que de fato me impede de ficar?" Foi uma sensação única de liberdade, nesse instante, que ela experimentou como num vôo

rasante. E como essa emoção evocada tão pura se descortinou que fez eco em todos nós, ouvintes co-participantes do seu relato!

Essas memórias resgatam os valores priorizados por Rachel - beleza, paixão, despreendimento, liberdade para emoções e experiências consigo própria e com a natureza, a cultura e a história. Esses mesmos valores nortearam sua conduta política. Rachel era uma pessoa engajada e compromissada com questões de justiça e processo social, por ideais de poder pessoal e ação responsável no mundo. Era uma revolucionária e batalhadora por modificações mais justas para o ser humano Rachel lutava contra situações opressoras às liberdades do indivíduo e da sociedade.

Envolvida como era em sua vida pessoal com valores como paixão, beleza, liberdade, era com esses mesmos valores que envolvia sua relação profissional-pessoal conosco, no Serviço de Aconselhamento Psicológico. Éramos um grupo de trabalho com o qual ela mantinha essa mesma relação com que vivia a sua vida, baseada em confiança, respeito e amor com envolvimento, como num pacto familiar

Nossa equipe não é simplesmente um grupo de trabalho descaracterizado em identidade e mantido enquanto grupo somente por necessidades funcionais. E nessa condição há muito da pessoa Rachel. Suas atitudes autênticas, aceitadoras e compreensivas foram pontuando nosso crescimento como pessoas, separadas e distintas, ao mesmo tempo em que ia nos ajudando a formar a nossa própria identidade, enquanto membros pertencentes a um grupo - a equipe do Serviço de Aconselhamento Psicológico - distinto dos demais grupos de trabalho do IPUSP. Rachel transmitia sua crença e amor a esse nosso espaço/lugar partilhado com tanta energia e isso nos ajudava com uma experiência única de aprendizagem: nosso próprio crescimento e desenvolvimento enquanto pessoas e enquanto um grupo com atividades comuns e individuais, pactuando um conjunto de valores. Ela, simplesmente, oferecia-se e, com isso, trocas significativas tanto pessoais quanto profissionais, iam ocorrendo, transformando-nos e expandindo nosso empenho e projetos, além de modificar nossa forma de comunicação. Foi e vem sendo um processo de anos de mudança, com fusões e desmembramentos, com rupturas e encontros, desencontros e re-encontros. Enfim, um processo de aprendizagem e de vida que Rachel e nossa equipe empreendiam. E dessa convivência e experiência nasceu um livro a seis cabeças e doze mãos. Eis Rachel facili-

tadora de processos de criação, pois ao ser, expressava o quanto pertencia e permitia a ocorrência desse mesmo processo nos que se dispunham a estar com ela e ouvi-la.

Infelizmente, nem todos no Instituto de Psicologia da USP dispuseram-se a participar com ela e crescer nos oferecimentos que ela propiciava nas atividades de aprendizagem em comunidade. "Apesar de tudo, ainda se encontram algumas flores tênues por esta avenida", diria Rachel em momento de desapontamento esperançoso. Indubitavelmente correto, já que individualmente muitos se privilegiaram de contatos com ela e sempre se recordam dela com respeito, admiração, carinho e gratidão, marcados significativamente que foram pelos momentos de encontro. Rachel, a dama inglesa, como alguns a representavam pelo porte, postura, austeridade e *finesse*. Mas, na realidade, a *lady* belga que cedo emigrou e como tradutora iniciou seus primeiros passos profissionais, depois de ter tentado ser vendedora de uma renomada firma de jóias para estrangeiros. Rachel brilhava e buscava preciosidades. Sem dúvida, uma dama.

Com tudo isso e por tudo isso não julgo ser esta a apresentação de Rachel. Não posso torná-la mais presente do que a mim ela se apresenta. Assim, só posso introduzi-la. Isto se considerar que introduzi-la significa partir de dentro de minha própria experiência no contato com ela, a fim de conduzir para diante o que se segue - sua própria apresentação em presença.

Ironicamente, o tema abordado no texto inclui a morte. Capítulo presente apresentando uma de suas últimas aulas. Rachel morreria alguns meses depois. Não seria mais uma presença concreta inevitável a presentear (outro significado para *praesentare*) as salas e os corredores do IPUSP (e as casas dos amigos), como foi colocado no fim da apresentação. Contudo, permanece como inevitável a presença ausente em cada um de nós que tivemos o privilégio de conhecê-la ou conviver com sua cativante pessoa. "Falando em categoria, honrados nos sentimos nós", disseram a ela os alunos ao término da aula, após seu agradecimento por ter sido convidada para o curso com tantos conferencistas de categoria. E nesta situação, diante do pedido para escrever um texto como apresentação de Rachel Rosenberg, só me resta parafrasear os alunos - honrada sinto-me eu por ter tido a oportunidade de introduzi-la a vocês.

E peço licença para um momento de poesia neste processo de lembrança tão significativa. Diz o poeta maior, Carlos Drummond de Andrade, em seu livro *A falta que ama*:

Qualquer tempo é tempo
A hora mesmo da morte
E hora de nascer.

Nenhum tempo é tempo
bastante para a ciência
de ver, rever

Tempo, contratempo
anulam-se mas o sonho
resta, de viver.

Escrever este texto possibilitou introduzir

Rachel, o ser sem tempo.

Em qualquer tempo é tempo
de ver o contratempo da morte.

Então, nenhum tempo da ciência

E bastante para rever

o sonho de viver.

O Ser e o Tempo

de pertencer.

Mas agora é tempo de ouvir o fenômeno: a apresentação de Rachel Léa Rosenberg, por Rachel Léa Rosenberg.

ENVELHECIMENTO E MORTE

Dra. Rachel Léa Rosenberg¹

Em relação ao envelhecimento e morte, como eu andei pensando nisso um pouco, gostaria de partilhar com vocês algumas colocações que eu faria sobre esse tema, envelhecimento e morte para depois a gente discutir o que seria psicoterapia na terceira idade ou principalmente na velhice. E verdade que quando eu fui estudante daqui, há muito tempo, era muito claro (e ainda é acreditado por muitos psicoterapeutas hoje) que, a partir de uma certa idade, é melhor você nem fazer psicoterapia. A psicoterapia pode simplesmente atrapalhar a sua cabeça. E a coisa era tão variável que esse "a partir de uma certa idade", começava assim; desde que você fosse casado, (eu me lembro que eu era casada quando fazia o curso) então eu tinha colegas que me diziam: "Não, é melhor você não fazer análise, porque vai atrapalhar o seu casamento, você vai destruir toda a sua vida, não vale à pena." Então, desde que você fosse casada não era para fazer análise Mas, mesmo quando não era uma coisa tão extrema, havia uma idéia de que as pessoas se enrijeciam, se cristalizavam, se tornavam incapazes de mudanças a partir do que a gente chamaria de meia-idade, 40, 50 anos e pessoas com essas idades não eram aceitas em processos de psicoterapia que, na época, se concentravam muito no processo psicanalítico. Então, a gente tem bastante coisa para falar de novidade, nesse sentido, nos últimos 20 ou 30 anos.

Mas como o meu tema era de morte e envelhecimento, que vocês têm ouvido falar nas últimas semanas, eu sei que trago uma visão peculiar que é a da Abordagem Centrada na Pessoa e que tem a ver com a psicologia humanista, existencial, e uma abordagem fenomenológica. Eu estou colocando isso para vocês, não porque eu vou soltar um palavreado difícil, mas um pouco para contextualizar de onde é que eu estou falando, qual é o meu ponto de referência. Porque eu vou fazer algumas colocações que não são, evidentemente, verdades absolutas; existem outras colocações igualmente válidas, que fazem parte de uma mesma realidade.

¹ Palestra oferecida aos alunos do curso Psicologia da Morte, 1986.

Eu colocaria o seguinte, para começar, que vida e morte, para mim, não são duas coisas separadas; elas fazem parte do mesmo processo. A gente começa a morrer no instante em que nasce. Falando algumas coisas que vocês já devem ter ouvido. As células envelhecem e morrem, o tempo todo, e o processo de pequenas mortes também acontece o tempo todo, na medida em que a gente vai perdendo coisas através da vida. Então, por que a gente fala com tanta angústia do fenômeno da morte? Por que a gente pinta a morte como aquela caveira, de modo a assustar mesmo as criancinhas? Por que as criancinhas se assustam com aquela visão que associamos à morte? Eu acho que uma das colocações que a gente poderia fazer e que faz parte do próprio conceito de vida é refutar a morte. Quer dizer, é inevitável que se você está vivo, você vai enfrentar a morte, embora sejam partes do mesmo processo.

Quando eu estava falando dessa vida como uma parte do processo que refuta a morte, que faz parte do mesmo processo, eu nem estava falando de uma elaboração consciente. Eu estava falando de uma coisa mais cósmica, muito mais primitiva, que você vai encontrar na própria célula que para se afirmar viva, precisa refutar a morte, seria mais ou menos por aí. E esse conceito de morte poderia ser retomado no seguinte nível, quando você como indivíduo morre, isso não significa necessariamente morte dentro do cosmos, dentro do universo. Você se transforma, assim como a célula se transforma, e mesmo assim você continua vivo; o fato de você se transformar não significa morte no nível da natureza, significa morte no nível da sua individualidade. Então, nesse sentido é que, embora a morte seja inevitável, nós não caminhamos para ela calmamente, porque isso significaria negar a vida. Então é quase uma impossibilidade, você realmente aceitar a morte tranquilamente, a não ser através de uma elaboração.

O que acontece com o envelhecimento? A gente tem uma expectativa de que as pessoas quanto mais velhas, mais medo vão ter da morte. A minha experiência e das outras pessoas mostram que não é assim. Nosso medo da morte não caminha linearmente com a nossa idade. A probabilidade da morte, sim, é muito mais provável se você tem 70 anos e morrer do que se você tem 20; a probabilidade estatística da morte aumenta; mas não o medo da morte. Pessoas com 20 anos podem ter muito mais medo da morte do que pessoas de 70. E pessoas individualmente, em momen-

tos individuais da sua vida, têm um grau diferente de medo da morte. A gente também tem uma idéia de quanto mais velho a gente é, mais infeliz é, porque a gente vai perdendo muita coisa com o envelhecimento. Não tem dúvida, que a gente perde; a gente perde uma série de capacidades físicas, oportunidades sociais, possibilidades de realização de projetos. Então a nossa lógica cartesiana diz: "Puxa, então os velhos devem ser muito infelizes." ² Eu estive relendo um capítulo, para a aula de hoje, escrito pelo Carl Rogers (que é a pessoa dentro da psicologia, cujo trabalho eu sigo mais de perto, pessoalmente) e que num livro chamado *Um jeito de ser*, publica um trabalho que ele escreveu aqui no Brasil, em 1977, e que se chama "Crescer ou Envelhecer", fazendo um trocadilho com a língua inglesa, porque em inglês seria "Growing Older" (tornar-se mais velho) e que ele põe "Older Growing" (mais velho crescendo) ² E nesse capítulo onde se refere à experiência dele, ele escreve quando tem 75 anos e fala da última década de sua vida dos 65 aos 75 anos, como é que tem sido a vida dele. E ele conta em vários aspectos como tem sido a vida afetiva, a vida de produção intelectual, a vida de trabalho, de amizades e conclui dizendo que esta foi a década mais feliz da vida dele, dos 65 aos 75. E tem uma -semelhança com a terceira década da vida dele, quando estava na Universidade de Chicago, onde eles fizeram uma série de trabalhos muito interessantes, mas onde ele vivia também muito angustiado e sentia que essa época tinha sido não só muito produtiva, em termos do que ele põe para fora, mas muito rica em termos de aprendizagem e crescimento, que é justamente o que ele descreve. E ele mesmo coloca que ele é uma pessoa privilegiada, não pode generalizar essa experiência dele dizendo que todas as pessoas, nessa década, têm o seu momento mais feliz da vida. Ele se sente muito privilegiado por isso. Mas quando ele termina o capítulo, eu me lembro que (e eu conheço muitas pessoas com 75, 85 que poderiam dizer uma coisa semelhante) é muito diferente do que nós geralmente pensamos da velhice, e que também é muito diferente, do que, em geral, nós vemos da velhice. A maior parte dos nossos velhos estão relegados a um segundo plano, dentro da sociedade que os persegue, os discrimina.

Vocês já experimentaram ver o que acontece com alguém com 50 anos, que quer procurar um emprego? Vocês sabem que na USP não se pode

² O título atual é **Crescer envelhecendo ou envelhecer crescendo.**

entrar com mais de 55 anos? Vocês acreditam que uma pessoa com 55 anos produz mais intelectualmente? Ou academicamente? Então, realmente é uma camada da sociedade que está saindo por aí, agora, com movimentos pró-idosos, leis, sociedades de gerontologia, etc., para defender seus direitos, porque tem sido muito relegada.

Mas mesmo que em nível estatal, ou social, essas pessoas mais velhas possam ser mais bem aceitas, a verdade é que a maioria delas é vista como muito diminuída na sua capacidade ou no seu potencial. E o que acaba acontecendo é que o próprio velho acaba se vendo assim. Eu queria perguntar algo para vocês. Pensem um pouquinho se vocês têm na família, ou se vocês conhecem alguém com, entre 65 e 75 anos, e que tem um comportamento inadequado para a sua idade. Quantos de vocês conhecem pessoas que reclamam porque a mãe mais velha, ou um tio, tia ou avô, está se comportando de uma maneira ridícula, querendo namorar, querendo sair para dançar, querendo se vestir de determinada maneira, querendo participar da conversa dos jovens. Nenhum de vocês têm essa experiência de conhecer alguém assim? Vocês nunca viram isso? De que não fica bem para uma pessoa, a partir de uma certa idade apresentar determinados comportamentos. Como se não ficasse bem para a pessoa, não propriamente o comportamento, que não ficasse bem o desejo que ela tem de participar de determinado tipo de atividade. Bem, esse tipo de discriminação é o que eu chamo de uma das pequenas mortes do velho, na medida em que ele é enterrado vivo, nesse sentido recusam-lhe essa possibilidade.

Você acaba achando adequado ou inadequado aquilo que é determinado pela cultura, como, por exemplo, um casamento entre uma pessoa com 40 anos e uma de 20, na nossa sociedade, ainda é aceito, se o homem é de 40 e a mulher de 20, mas se a mulher é de 40 e o homem de 20, então é inadequado. Isso não tem razão nenhuma, então quando você diz que é adequado, culturalmente, eu coloco que isso é uma imposição e uma restrição na liberdade do ser humano. Dele, por exemplo, se ligar numa outra pessoa que pode se ligar a ele, sem receber a sanção do que é adequado ou não. Acho que uma segunda coisa que eu teria para colocar aí é o seguinte. Uma cliente minha de 63 anos, cujo marido morreu há alguns anos e ela é uma senhora adequada, toda certinha, num sentido bem convencional, usa umas roupas certinhas. Ela reencontrou um ami-

go de infância que também está viúvo, e com quem ela está namorando. A família fica irritadíssima, vocês querem coisa mais convencional do que ela reencontrar um amigo de infância, que tem a idade dela e está viúvo também! Vocês conhecem alguma coisa mais certinha?! A família está implicando, acha ridículo ela estar saindo para jantar fora com ele, quando ela diz que não quer casar, quer ver se dá certo, se combina, a família acha que ela não está na idade de fazer esse papel. Estou mostrando como esses preconceitos estão arraigados em nós. Como a gente acaba achando certas essas coisas, porque elas nos foram ensinadas dessa maneira. Existe um livro da Simone de Beauvoir chamado *A velhice*, se a gente tiver uma tendência suicida ela ajuda, não dá vontade de virar velho. Ela mostra com a luz mais crua, o que pode ser o estado de idade avançada dentro de nossa sociedade; que isso não é biológico, não é necessariamente assim.

Eu poderia argumentar mostrando como é que tem sido, pelo menos até recentemente, o tratamento de velhos nas sociedades orientais, ou nas sociedades primitivas. Vocês viram *A Balada de Narayama*? Neste filme se aponta que coisa cruel é mandar os velhos irem embora para morrerem. Mas existe todo um respeito, toda uma forma de terminar que é considerada natural; é uma volta à natureza, existe todo um respeito pelo conhecimento, pela sabedoria, pela capacidade daquele velho. E em sociedades primitivas é assim também. Então, isso mostra que não foi sempre assim; o que houve foi uma mudança muito grande dentro de nossa sociedade. Estou falando mais da velhice do que da morte. O que percebo é que existem determinantes sócio-econômicos fortíssimos para mudar a nossa visão filosófica, política e humana das pessoas. Até o fim do século passado, até a Revolução Industrial, pelo menos, e até hoje, em lugares como o interior do Brasil, o poder econômico era detido e mantido pelo mais velho da família no sistema patriarcal, quer dizer, a pessoa era dona daquela terra, era dona do poder econômico da família e os filhos trabalhavam para ou com o seu pai, e a partir da morte deste é que eles adquiriam este *status*. Então o pai tinha de ser muito respeitado. Também os políticos só alcançavam algum poder dentro do governo a partir de uma certa idade. Vocês olham para aquelas figuras de senadores e de ministros do século passado; eram todos homens de 50, 60 para cima, que na época eram inclusive mais velhos do que hoje.

A nossa média de idade subiu, enquanto que temos hoje toda uma civilização quase só de jovens, existe o culto à juventude. Um exemplo, que eu repito sempre (quem já ouviu que me perdoe, mas eu acho característico). Vocês já viram algum anúncio com um velhinho sentado numa cadeira de balanço fumando o seu cigarrinho? E há quem fume o seu cigarrinho com mais prazer do que o velhinho, depois do café? Vocês já viram um anúncio deste? Não!! Quem é que fuma Marlboro, gente? E aliás se você fuma Marlboro fica igualzinho. Quem é que usa roupas, quem é que tem poder econômico maior no mundo inteiro? São as pessoas de 40, 50 anos, mas a moda é feita para os de 20 anos.

Bem, como é que isso entra dentro da idéia de morte? Por que é que o velho não se preocupa muito com a morte? Porque sabemos, estatisticamente, que a probabilidade de morte é maior quanto mais velho se fica. E você tem que ver quando é que o velho se considera velho. Quantos anos têm as pessoas velhas? Com que idade vem a velhice para vocês? Se você perguntar para um grupo de 50 anos, eles vão dizer com 60, mas se você perguntar para um grupo de 60 anos, o resultado vai ser diferente, vai ser de 70 anos. Ou seja velho é alguém que tem 10 anos a mais (risos). Para a maioria aqui 40 já não está velho? Eu quando tinha 20 anos, achava que aos 40 ia me suicidar, porque eu não ia querer viver, devia ser horrível ter 40, nunca mais mudar nada, estar com tudo certo já na vida, profissão, família, etc. Não queria continuar a viver depois dos 40. Quando cheguei aos 40: "Nossa, eu estou superjovem, quando eu tiver 50 vai ser um desastre." Bom, aos 50 fiz a maior festa de aniversário da minha vida. Fiquei eufórica de descobrir que ter 50 anos poderia ser superlegal. Mas 60, gente, eu ainda não cheguei lá, mas estou achando que 60 vai ser meio fogo, vou estar bem mais, vai ser um horror! (risos). Então eu acredito nesta coisa, e ao mesmo tempo eu me percebo a cada dia, muito mais velha do que um ano atrás, quer dizer do que ficou para trás. Há um ano acho que era muito mais jovem, há três anos podia fazer muitas outras coisas que hoje eu não posso fazer, já não me sinto bem fazendo.

Então a velhice não é essencialmente um conceito cronológico. Você pode dizer que a partir dos 60 anos, as pessoas estão velhas. Você pode dizer que fisicamente uma pessoa decai aos 60, mas eu conheço pessoas de 80 anos que têm uma vitalidade, uma saúde, quer dizer, uma saúde muito melhor do que a maioria das pessoas de 50 que conheço. Então

esse conceito físico também é discutível. O conceito de velhice muda de acordo com uma série de condições.

Então, a relação com a morte também muda segundo uma série de fatores. O que resumiria as coisas, que eu percebo atualmente, seria uma frase mais ou menos assim: quanto melhor você vive, menos você teme a morte. Isso para o velho fica mais claro ainda. Quanto mais satisfatória a sua vida, menos você se preocupa com a sua morte; menos você teme a morte. Quanto mais insatisfatória é a sua vida, mais você se agarra a essa vida. O que é um conceito paradoxal, porque você esperaria encontrar, ou você ouve as pessoas falarem de sua depressão. Falar da depressão dos velhos, porque estão insatisfeitos. Mas na verdade, se for olhar o que acontece com essas pessoas, por exemplo, quando estão doentes, ou quando têm uma vida horrível e a gente se pergunta: "Meu Deus, o que é que mantém essas pessoas vivas? O que faz com que elas lutem de uma maneira tão encarniçada para conservarem esse restinho de vida, tão sem perspectiva, sem gratificação, sem amor?" A gente vê duas coisas: Uma delas é que quanto mais a pessoa está ligada à sua vida, menos está ligada à sua morte. Rogers estava descrevendo no livro citado como ele continua agora que são 10 anos a mais, ele vai dizer provavelmente que essa década foi melhor que a anterior; e pelo que eu tenho observado, é mesmo. Então quanto mais as pessoas estão com ele, com Maslow e outros que conhecemos, e entre parênteses não precisam ser intelectuais ou de classe média alta, eu conheço gente com esse "pique" que tem condições de vida sócio-econômicas, culturais e familiares muito mais reduzidas e tem essa mesma disponibilidade para a vida. Conheço pessoas que têm mais condições objetivas e que têm muito menos disponibilidade. Mas quanto mais a pessoa está ligada à vida, menos ela se importa com o que vai acontecer depois; mais ela vive no presente, mais ela vive intensamente.

O outro fator é o fator espiritual. Nós, na psicologia, temos nos ocupado muito da saúde psicológica do ser humano. Nas últimas décadas, temos dado mais atenção ao ser humano como um todo, incluindo o orgânico, recusando um pouco mais essa dicotomia artificial do que é psicológico, do que é biológico, quer dizer juntamos essas duas coisas como partes de um mesmo processo. E mais recentemente, dentro da psicologia humanista, a partir da psicologia existencial, e mais recentemente da psicologia transpessoal, nós temos nos dado conta de que as dimensões humanas

precisam incluir a dimensão espiritual. Não necessariamente uma dimensão religiosa, vejam bem, ou partidária, mas uma explicação para o ser humano, a que ele veio: o que está fazendo aqui neste Universo? Quer dizer uma necessidade de se perceber pertencente a algo mais amplo do que o simples cotidiano. Quanto mais satisfatória for a resposta que o indivíduo tem a essa busca espiritual que ele vai desenvolvendo, mais tranqüilamente ele enfrenta a morte. Nós sabemos, evidentemente, que quem acredita numa vida depois da morte, aceita essa morte mais facilmente, mas que também não é necessariamente esta a saída. Não é verdade que todas as pessoas que acreditam numa vida após a morte, aceitam a morte facilmente, embora tendam a aceitar mais facilmente. Também não é verdade que só as pessoas que acreditam numa vida após a morte, aceitem bem o fenômeno da morte.

Deixa eu voltar um pouquinho para trás. Cada um de nós tem tarefas de desenvolvimento. É um conceito muito conhecido dentro da psicologia, um conceito da década de 40 e 50, de que qualquer que seja a cultura a que pertença o indivíduo, qualquer que seja o sistema de valores, ou de idiosincrasias, ou de traços individuais, cada um de nós tem de passar por uma seqüência de tarefas de desenvolvimento. Não é uma tarefa dos 15 anos ter filhos, mas é dos 20 ou 30, um pouco antes ou depois. É uma tarefa do desenvolvimento você procriar, como é uma tarefa do desenvolvimento entre 1 e 2 anos, ou adquirir habilidades sociais entre os 5 e 6 anos. Mesmo que as faixas cronológicas sejam amplas, e exista uma mediana, existe uma época mais comum. Essas são as tarefas que um indivíduo bem ajustado ao social deve executar. Se você não cumprir essas tarefas, por exemplo não aprender uma linguagem comum ao grupo no qual você vive, você vai ter problemas. Não é uma tarefa do desenvolvimento, aos 60 anos, você pensar em encontrar um companheiro e ter filhos, ou mesmo criar uma família (não estou nem falando da coisa biológica). Não é comum você esperar, aos 60 anos, que uma pessoa se junte pela primeira vez, arranje um parceiro e adote uma porção de filhinhos. Mas é comum que se faça entre os 20, 30 ou 40 anos. O que estamos percebendo hoje é que a psicologia não está cumprindo uma das suas tarefas de desenvolvimento, que é cuidar da dimensão espiritual. A psicologia tem dito: "Olha, tudo o que é espiritual, não tem a ver com psicologia; são valores filosóficos, teosóficos, religiosos e a psicologia não se mete com isto." Percebemos que é bobagem porque é uma dimensão humana como outra qualquer. É uma necessidade

do ser humano reconhecer-se dentro do universo, encontrar uma explicação para a sua própria existência.

Vocês têm ouvido falar de um sistema de terapia, chamado de logoterapia, de Vitor Frankl. É um psiquiatra austríaco que desenvolveu um sistema de psicoterapia na década de 40 ou 50. Ele já era um psiquiatra existencial famoso, mas a logoterapia foi algo que ele desenvolveu depois da Segunda Guerra Mundial, propondo que a busca do Homem é a busca de um sentido para a sua vida. Em vez de falar de neuroses, de subconsciente, de patologia, Frankl diz que todas as neuroses podem ser vistas como decorrentes de uma falta de percepção de um sentido, de um significado para a vida do indivíduo. E é muito interessante verificar que todos esses cientistas, Freud inclusive, desenvolveram suas teorias, não em cima de uma mesa com lápis e papel, mas a partir de sua própria vivência, a partir das buscas que eles próprios empreenderam dentro da sua existência. E Frankl não é exceção. Ele desenvolveu essa teoria, a partir das suas próprias experiências num campo de concentração, onde ele sobreviveu, embora tenha perdido a sua família, ele procurou como médico ajudar aos pares dentro do campo de concentração. Ele ficou muito impressionado tentando descobrir porque é que algumas pessoas sobreviviam e outras não. Porque algumas pessoas se abandonavam inteiramente dentro daquelas circunstâncias extremas de desesperança, digamos, do que é vida humana, e outras pessoas conseguiam encontrar uma força dentro de si mesmas, embora também absolutamente esquecidas do resto do mundo, sem nome, só com um número e sem nenhuma razão aparente para viver e conseguiam se manter. E ele percebeu que todas as pessoas que se mantinham, acreditavam em alguma coisa além de si mesmas, acreditavam que a sua vida tinha sentido, mesmo que ninguém mais soubesse que elas estavam vivas. E a partir desses estudos ele desenvolveu a Logoterapia, ela foi um marco nessa neutralidade do psicólogo em relação ao valor espiritual da vida, onde a gente aprendia que não temos nada a ver com isso e quando o paciente que nós atendíamos se preocupava: "Afim qual é o sentido da vida?", o psicólogo dizia: "Isso você não trata aqui, você vai procurar um padre, um filósofo, mas isto não é um assunto para cá." Era esta proposta da psicologia que Frankl reverteu.

Esta busca de um sentido para a vida é uma busca que se torna privilegiada a partir de uma determinada fase da vida, que é essa que a gente

chama hoje de terceira idade. A terceira fase de vida, mais ou menos, situada na época em que o adulto já cumpriu aquelas tarefas básicas de desenvolvimento, já desenvolveu uma carreira, já tem uma posição social, de trabalho, de família, mais ou menos estabelecida. Quando os filhos começam a crescer, os filhos daquela mulher que fica em casa, que cuida da família e da casa. Quando os filhos crescem e saem de casa, quando o marido vai chegando perto da aposentadoria, esta é a terceira fase da vida, em que não há grandes mudanças no *status* econômico. Quer dizer, em termos previstos, não há mais grande perspectiva de mudanças de vida. Nesta terceira fase da vida, supostamente, o indivíduo fica mais livre para escolher. Uma mulher de 30 anos, com duas ou três crianças, tem poucos graus de liberdade; ela está absolutamente presa àquelas crianças e não percebe o quanto está presa. Não dá para ter uma conversa inteligente com uma mulher que tem uma criança de dois anos! Ou não dá para manter mais do que 5 minutos (risos). Pode haver exceções, eu posso estar exagerando, mas um pouco para mostrar como a vida fica restrita, é como se a vida nos fosse encaminhando, desde e infância, onde as coisas são amorfas, são mais soltas, onde elas ficam sem nenhum parâmetro. A vida vai dando parâmetros para a gente, onde é claro, do momento em que você se torna mãe, você fechou a possibilidade de ser não-mãe, mesmo que o seu filho morra. No momento em que você casa, nunca mais você vai ser uma pessoa não casada; você pode ser descasada, mas não casada é impossível. São experiências que não têm volta, que marcam a pessoa para sempre. É que de uma certa maneira afunilam, obrigam você a seguir um determinado trilha, ou a romper violentamente com essas amarras. Quando você chega no que eu chamo de terceira idade, essas amarras começam a se romper de novo. Teoricamente, uma mulher de 50 anos que é avó, viúva, separada, digamos, ela pode se ela tiver dinheiro e disposição para isso, pode se mandar daqui para a África e fazer o que ela quiser com a vida dela. Ela não é mais diretamente responsável por ninguém. Já cumpriu a tarefa dela e pode fazer o que quiser. Nesse sentido, as pessoas que vivem num mundo melhor do que o nosso, e isto acontece de fato com as pessoas que vivem na Escandinávia, quando chegam aos 45, 50 e 60 anos, elas podem finalmente desenvolver todos os projetos que antes estavam impedidas de levar adiante.

Estive na Iugoslávia, há dois anos, e achei interessantíssimo. Cheguei a uma ilha, num barco que ia para uma ilha, daquelas ilhas lindas de rochas

e de repente me dei conta de que estava numa colônia de nudistas. Eu nunca tinha visto uma colônia de nudistas, muito comum naquela região. E o que me chamou a atenção é que havia, é claro que a idéia é chocante para nós que temos todos os tabus, pode parecer até meio ridículo, então tinha umas senhoras de 60, 70 anos, batendo papo em grupinhos, na maior pose, você jurava que estavam num jantar de família, fumando os seus cigarros, com óculos, de lá para cá. Era uma sensação muito estranha para mim, a naturalidade era muito grande. Então eu fiquei pensando, sabe é o tipo da coisa que se eu quiser fazer hoje, eu posso ficar morando na Iugoslávia, vou arranjar um trabalho de intérprete, porque falo várias línguas, posso ir de repente para uma praia de nudistas, por que não? A não ser pelos meus próprios tabus. A gente tem possibilidade de desenvolver qualquer projeto; eu posso começar a estudar piano ou russo, eu posso fazer o que eu quiser sem que isso prejudique os outros, mas principalmente sabendo que já tenho a capacidade e a segurança de viver por minha conta. Eu já não dependo, como aos 20 ou 30, de um contexto estreito. Eu já não preciso tanto dos outros. Essa é a época em que o ser humano poderia ficar mais livre dos papéis que desempenha. Ele não precisa ser tão vinculado ao esquema da produção social, poderia viver mais plenamente a sua vida. Acontece que, secretamente, muitos velhos fazem isso, mesmo que sejam daqueles velhos que se queixam e reclamam, sempre com ar de coitados, muitos deles secretamente estão curtindo a vida deles, estão fazendo o que querem. Às vezes eles não têm a capacidade ou oportunidade para aproveitar o que existe à sua volta, também isso é verdade.

Proponho a vocês que tentem participar disso: o SESC tem um programa para velhos que é o melhor da América Latina, até onde eu sei, se não for da América em geral. E o SESC reuniu, no ano passado os velhos do Brasil inteiro que fazem parte dos programas de terceira idade. Participei desse encontro e que durou vários dias, isto foi antes das eleições, a minha participação era numa mesa. Não me recordo qual era o meu tema, mas eu estava com mais um psiquiatra e a Marta Suplicy, e nós três tínhamos que falar com os velhos. Numa outra sala estavam o Florestan Fernandes e o Fernando Henrique Cardoso, também falando para eles. Na véspera houve um coquetel e eu fui para ver o que estava acontecendo. Fiquei impressionadíssima, por que os garçons estavam passando, eles tinham feito de propósito, com copos grandes com batida. Passavam as bandejas e lanchinhos

e tinha uma orquestra tocando músicas das décadas de 40, 50, e gente dançando. Estava apinhado de gente dançando. Eu era a mais caçulinha, a não ser o pessoal do SESC que é jovem mesmo. O pessoal tinha mais de 70, animadíssimo, dançando. No dia seguinte o papo da Marta Suplicy foi sobre sexo, com essas pessoas. Estou contando isso para mostrar como todos nós, e eu me incluo aí, temos uma percepção de velhos, que nos foi passada, do velho como muito diferente da gente. Como se a gente, de repente, mudasse muito; como se o velho não tivesse desejo, malícia, não tivesse medo de rejeição, insegurança, só porque envelheceu. Então no Brasil essas pessoas pertencem a classe média e média baixa, não tinha muita gente de classe média alta e alta. O SESC é mais freqüentado pelos comerciários e pelas suas famílias. Pessoas animadíssimas e cheias de projetos de vida, muito interessadas. Esse papo começou e foi parar numa coisa muito mais espiritual. É aí que eu vejo a possibilidade dos psicólogos mudarem em relação ao atendimento aos idosos.

Maslow foi um dos fundadores da terceira força em psicologia, que reuniu um grupo de psicólogos que achavam que a psicologia não era de um lado a psicanálise e do outro lado, o behaviorismo, que traziam de volta a concepção do homem como um ser livre e responsável. A psicologia podia parar de se dirigir para as instituições, para adequar o homem ao seu social, ela poderia parar de se preocupar com a produção do aluno ou do operário, e voltar-se mais para aquilo que o próprio homem sente ou quer. Maslow tem alguns livros traduzidos para o português que são muito interessantes. Aó morrer, com 80 anos, fez um pronunciamento de que, até o último momento da vida dele, estava aprendendo. É a minha experiência que me diz isso. Que todos nós somos capazes de mudar e aprender enquanto estamos vivos. Não só isso, mas também que temos uma tendência, em nós, para buscar essa mundança.

Eu gosto muito de atender pessoas de idade, e meu interesse de pesquisa é grande. Porque a gente como psicoterapeuta tem muitos questionamentos do tipo: "Bom, as pessoas estão mudando, mas será que as pessoas não mudariam fora da psicoterapia, também?"

Eu tinha um professor que costumava contar que uma adolescente insistia em vir ao consultório dele e ele não via nenhum progresso nela, mas a mãe dizia que ela vinha sempre tão motivada. Até que ele descobriu que era o único jeito dela se encontrar com o namorado, era quando ela vinha na

psicoterapia. A mãe não deixava ela sair sozinha a não ser para a psicoterapia. Então, eu sempre tive essa curiosidade de saber o que realmente a psicoterapia faz. E atender pessoas de mais idade é "barra", nesse sentido, é uma situação de laboratório, porque não acontece nada na vida dessas pessoas a não ser na psicoterapia. Você atende pessoas que levam aquela vida de rotina, que estão com tudo parado, que estão profundamente deprimidas, angustiadas, desinteressadas da vida. E é impressionante, pelo fato de elas terem uma única pessoa no mundo que possa ouvi-las como pessoas capazes de crescer, de pensar, de querer alguma coisa. Pode trazer uma possibilidade de mudança. A possibilidade de reassumirem o poder sobre si, a coragem de enfrentar. E fica muito claro que, na terapia, essas pessoas começam falando muito na morte, na aproximação da morte, começam freqüentemente dizendo que não vale à pena, que o negócio é esperar a morte mesmo, porque a velhice é a sala de espera da morte. Muito medo, não da morte, mas de doenças muito prolongadas, com muito sofrimento. Embora eu tenha dito que essas pessoas se agarram muito à vida, agora estou falando do discurso delas. O discurso é: "É isso mesmo, eu estou aqui para morrer", mas não faz muito para morrer. "Eu vou me suicidar", mas não se suicida, ou o faz, sem querer, como forma de chamar a atenção, e acaba morrendo. O suicídio do velho, algumas pesquisas mostram, é uma tentativa de não ser bem-sucedido, é um grito de desespero muito grande. E na terapia o que se verifica é que as pessoas têm menos medo da morte, à medida que vão retomando a sua própria vida.

Na literatura se vai encontrar uma série de propostas de trabalho com idosos. Cada idoso é uma pessoa. Quando você fala de pessoas mais velhas, pode estar falando de pessoas de 55 ou 60 anos, que estão em profunda depressão, porque não sabem o que fazer com a sua aposentadoria que tanto desejaram, e agora estão aí, sem projeto de vida. Ou você pode estar falando de uma pessoa de 85 anos, que já está com arteriosclerose ou tem uma dificuldade física muito grande. São dois casos completamente diferentes. Existem fórmulas específicas de terapia para pessoas que perderam certas capacidades. São terapias que trabalham especificamente com o fazer lembrar, com a recuperação ou manutenção de certas capacidades. Mas estou falando de terapia existencial, no sentido de que a própria pessoa está se sentindo infeliz por alguma razão. Muitas vezes, o que se trabalha é o seguinte: o velho não é preparado para envelhecer, e envelhece dentro de uma sociedade que não lhe dá a menor condição. Por isso que o

trabalho do SESC é tão importante, trabalha com o preparo do envelhecer. Muitas vezes, a pessoa não sabe o que fazer com ela mesma, não basta dar a informação. Não basta você dizer: "Olha, tem tanta coisa que você pode fazer, ou que gostaria de fazer." Você pode fazer uma orientação vocacional, mas não só com a informação, não adianta dizer a uma pessoa que está profundamente angustiada, isolada do contato com o mundo, que há programas interessantes no SESC, teatro, curso de redação, marcenaria, assim por diante. Ela não tem ânimo de se dirigir ao SESC. Ela diz: "Deus me livre, fazer coisas com velhos, não gosto de velhos." Esta é a primeira grande objeção. Então você trabalha isto, a pessoa está perdida, sem saber o que fazer com esta liberdade, com a aposentadoria forçada. Uma mulher que só aprendeu na vida a cuidar da casa, dos filhos, quando eles saem de casa, não sabe o que fazer com a vida dela. E se esta mulher é casada com um homem que ela acostumou a ver só no jantar ou no café da manhã, no sábado e no domingo. De repente, ele fica em casa o dia inteiro, eles não estão preparados para conviver 24 horas por dia, eles têm de fazer um nova aliança, ou então, passar o tempo tão incomodados com essa nova coisa. Mudanças são difíceis, mesmo as que são para melhor. Quando se tem alguém que passou a vida inteira com uma pedra no sapato, quando você tira essa pedra, ele não sabe como andar. Quando você tem alguém que passou a vida inteira se preparando para lidar com dificuldades econômicas, isto é muito comum; um casal que lutou muito para criar os filhos, nunca teve nenhum conforto e agora os filhos estão criados, foram para a faculdade. Estes são bem-sucedidos e dão aos pais uma possibilidade de vida econômica, que eles nunca tiveram antes. Os pais não sabem aproveitar, e não gostam que os filhos os sustentem, não sabem como gastar dinheiro, acham que é pecado. Não gostam de ter uma empregada, porque não sabem o que fazer do seu dia. São pessoas que teriam de se adaptar à nova realidade, e não existe nada dentro do social que as ajude nessa adaptação. Deveria haver aconselhamento, orientação ou programas para as pessoas poderem se adaptar a uma nova realidade. Isso não é necessariamente um atendimento psicoterápico. Porque não é uma coisa errada da pessoa, ela realmente não recebeu condições para isto, precisa de ajuda. Uma ajuda do próprio Estado, da sociedade, que oferecesse uma compreensão maior de que não é verdade que quando a pessoa vai parar de trabalhar, será necessariamente feliz. Ouve-se: "Mas o que mais você quer, mãe. Eu te dei uma máquina de lavar louça, uma empregada e um motorista. Por que não vai ao cinema, ou visitar suas amigas?" Mas ela nunca fez

isso, não sabe. Está se sentindo inútil. E quem é que vai trabalhar com esse sentimento de inutilidade? A pessoa precisa de psicoterapia, porque a sua vida não está satisfatória. Em geral, as pessoas que vêm para a psicoterapia trazem coisas muito antigas, que não foram resolvidas até agora, que foram trazendo, capengando pela vida afora, porque tinham mesmo de cuidar das crianças ou tinham de trabalhar. E naquele tempo, a gente tinha amigos e esperança de que as coisas iam mudar, agora está um desastre.

Antes de vir para cá atendi uma pessoa que está perto dos 60 anos, com um casamento que sempre foi ruim, com dificuldades muito grandes com os filhos, embora sempre tivesse cuidado deles. Nunca teve profissão, não sabe trabalhar, não sabe o que fazer. Quer um romance, quer amigos, uma ocupação, dinheiro. E não é que não tenha estas coisas, mas não está nem um pouco satisfeita com a vida atual. Então eu trabalho com essa pessoa, como trabalharia com qualquer pessoa em qualquer idade. E uma série de coisas, que eu tenho o prazer de dizer a vocês, que ela já conseguiu um emprego, está trabalhando, melhorando um pouco a relação com o marido; porque ela está perdendo a idealização, porque criou um romance com esse marido, mas o romance não existe. Essa é uma forma de trabalhar, não é diferente do que se trabalha com uma cliente de 30 anos. O que é diferente é o mundo com o qual essa cliente se depara; as escolhas que tem para fazer pertencem a um universo diferente. As pessoas desta faixa de idade, em geral, têm um péssimo relacionamento com os próprios pais. Têm dificuldade muito grande, não de enfrentar a própria morte, mas a morte dos pais. Têm uma dificuldade muito grande de enfrentar o envelhecimento com a morte, como um fenômeno em si. Não estou falando da pessoa de 85 anos que está morrendo, e sim da pessoa de 60 ou 65 anos, que se relaciona mal com a morte da pessoa de 85. Quer dizer, a coisa em si não é tão ruim quanto a sensação de morte da outra pessoa.

Dentro da área da gerontologia a gente trabalha com os jovens hoje, mas muito mais tentando fazê-los pensar nos velhos, melhorando a relação com eles. Esta seria uma forma de se preparar para a própria velhice. Não digo pegar um grupo como esse aqui e trabalhar a velhice de vocês porque é uma coisa tão distante. Então em termos de trabalho em relação à terceira idade, são trabalhos que se fazem com pessoas a partir dos 35, 40 anos, mais ou menos. Como é que é ter 35 anos e seus filhos

começarem a ficar adultos, independentes. Como é você chegar aos 40 e descobrir que realmente não vai ser promovido a presidente da companhia, e que o máximo que você vai conseguir é um cargo de supervisor. Como é que é ter medo de como vai estar na aposentadoria, ganhando pouco. Então cada vez você vai trabalhando com uma faixa. Uma coisa interessante que se nota quando se trabalha com a psicologia existencial, o contato de pessoas jovens com pessoas idosas, é melhor do que o contato de pessoas de meia-idade com velhos. O que é difícil, é o contato com a geração seguinte, os pais com os filhos. O contato entre avós e netos é ótimo. Os netos não são ameaçados pela velhice. Por isso a gente não trabalha com jovens, a velhice. A gente pode trabalhar a relação entre esses jovens e os mais velhos, para ir mudando essa situação social, o preconceito. Numa civilização onde você põe um degrau muito alto, está negando ao velho a possibilidade dele se locomover, porque não consegue subir no ônibus.

Existe outro estereótipo de velho, o velho sábio, o velho que não tem mais desejos, que está pronto para a morte, ele aceita tudo muito bem. Este é outro mito não confirmado.

As pessoas vêm à psicoterapia espontaneamente ou levadas. É mais raro uma pessoa velha vir sozinha, principalmente no Brasil. É mais freqüente ver americanos, ou europeus mais velhos que procuram aconselhamento. No caso do brasileiro é uma filha, amiga ou alguém que propõe. Esta pessoa que falei há pouco veio sozinha, mas a filha sugeriu. Porque o próprio velho encampa esta imagem de que não adianta mais para ele, quer dizer, acredita que não adianta mais, não que não tenha motivação. É quase universal que na primeira entrevista surja a questão: "Você acha que adianta alguma coisa eu vir aqui? Você acha que em alguma coisa eu posso mudar? Será que não vai me atrapalhar, eu ficar só caraminhando, ficar falando com você, porque já chorei tanto hoje, e pensei tantas coisas, será que não vai fazer mal?" Quer dizer, há a dúvida de que possa mudar. O que respondo é algo assim: "Olha, acredito que possa mudar, não posso garantir. Eu proponho que a gente possa fazer uma experiência. Você acha que foi bom conversar hoje? Se você achou que foi bom, a gente experimenta mais uma vez e você vai ver se a coisa aqui funciona, se lhe faz bem; se for, a gente continua." Eu coloco isto porque acredito que a pessoa pode realmente mudar.

Outras situações são tão concretas que não dá para mudar. Se uma pessoa diz: "A minha aposentadoria é de 400 cruzados por mês e eu não tenho onde morar e não conheço ninguém, não posso caminhar porque tenho a doença tal." E se ela me disser: "Será que a gente conversando eu vou ganhar mais, ou andar?" Eu vou dizer: "Acredito que não, mas pode ser que a gente conversando, você descubra algo novo para você."

Talvez por causa de minha linha de trabalho, com minha experiência com pessoas de idade, é um espanto a vastidão de recursos que as pessoas têm para melhorar a vida delas. Há pessoas que eu recebo, que me pergunto: "Mas o que esta pessoa vai poder fazer por si mesma, o que vai poder mudar nesta situação?" Eu sempre fico espantada quanto as pessoas são capazes de mudar a situação, não só com velhos, mas muito com eles, porque se pensa que não são capazes de mudar. Muito recentemente atendi um caso muito bonitinho, um homem de 55 anos, mas que parecia ter 75, embora fisicamente estivesse bem conservado, sem cabelos brancos. Era uma pessoa que nunca tinha casado, muito problemático. Já tinha feito várias terapias e parou. Morava com uma irmã, também solteira, e a única coisa que ele fazia era ir para a igreja. Era funcionário público, que ia para o seu trabalho e não tinha nenhuma esperança, nenhuma expectativa na vida. E ele vinha muito desesperado como uma última tentativa e aí a gente conversou uma vez por semana durante três meses. Ele trocou o apartamento por um menor, onde mora sozinho e alugou um pedaço da casa do irmão em Ubatuba, onde passa os fins de semana. Conheceu umas pessoas lá do serviço dele, com quem está saindo. Tem uma senhora com que está saindo. Eu fico olhando e não acredito, ele não parece mais ter 75, parece uns 63, ainda não 55, mas melhorou muito.

Não estou querendo dizer de jeito nenhum que sou uma terapeuta maravilhosa. Tem casos onde a coisa não vai para frente. Muito recentemente atendi o caso de uma mulher que me interessou muito. É viúva, tem filhos ótimos que gostam muito dela, é muito culta, viajou muito pelo mundo, tem família, amigos. Está numa depressão profunda, desde a viuvez e cada vez pior, achando que a vida não tinha nenhum atrativo para ela. Dizia ela: "Para que viver? Tá, os filhos são muito bons, mas não tenho vontade de levantar de manhã, não tenho vontade de fazer nada." Atendi-a em novembro do ano passado quando estava indo para os EUA e sabia que o marido dela tinha morado lá. Ela tinha mil livros. Foi a única coisa que a animou,

pois me mostrei interessada em que ela trouxesse este material para mim, mas aí ela esqueceu de trazer. Tivemos três ou quatro sessões, aí ela ligou dizendo que não podia ir na ou tra sessão, que não tinha condições de sair de casa, que estava em tratamento psiquiátrico. E não voltou mais. Depois de alguns meses telefonou que tinha gostado de mim e do papo. Então não dá certo com todo mundo. Quer dizer que para cada caso maravilhoso, eu tenho um péssimo, e uma porção de casos razoáveis.

O velho pode mudar muito mais do que o jovem, por que vocês têm amigos, pessoas com quem podem contar, têm esperança, encontram gente pela vida. A gente tem um tipo de vida onde existem muitos fatores terapêuticos na própria vida. Na vida dessas pessoas mais velhas, que vêm procurar o psicólogo, não estou dizendo todas, mas em algumas existe uma aridez tão grande, um afastamento tão grande. A gente não se aproxima fisicamente do velho, você abraça e beija gente jovem, pega na mão. No velho você encosta no máximo, se for da família você dá beijinhos. Então a pessoa mais velha tem uma história atual de muito pouco contato com outro. Um terapeuta que seja caloroso, ofereça um pouco de calor, de interesse, torna-se uma presença tão diferente na vida desta pessoa, que sacode tudo. Alguém que nunca tomou remédio, se tomar um Lorax, bumba, fica achatado! Alguém que toma soníferos todo dia, vai tomar um Lorax, não faz diferença. E a gente entra como se fosse um Lorax na vida destas pessoas.

Se você vir uma manchete no jornal de que estrangulei alguém, é que me chamaram de tia. A primeira vez que chamam a gente de senhor é porque se mudou de faixa. Você pode criar em qualquer idade, desde que possa aproveitar, que você esteja criando novas coisas. Você não fica zanzando num passado imóvel. Se houver condições para todo mundo envelhecer, desde que as pessoas soubessem o que poderiam fazer. Quer dizer, a menina de doze anos sabe que daqui a alguns anos ela vai poder namorar, dançar. Poucos falam que daqui algumas décadas ela vai poder fazer cursos, vai poder se aposentar aos poucos, vai poder escolher o que realmente quer para ela. Porque quando a gente descobre aquilo que a gente realmente gostaria de fazer, já está preso em uma série de arapucas. Quando você descobre o que gostaria de ter feito com 18 anos, já está com 30. E com 30 você descobre o que gostaria de estar fazendo e já

está comprometido com uma série de contratos com a vida, e que você não pode fazer isto, enquanto não terminar aqueles contratos.

Voltando à questão do medo da morte, quero esclarecer um pouco mais, tem pessoas que eu atendo em terapia que estão vivendo muito mal, e se sentindo muito mal; estas são as pessoas que mais freqüentemente têm sonhos com a morte, sensação de sufoco, fantasias de ficar preso num túnel, de perder a respiração, de entrar em pânico, ou de serem enterradas vivas. São pessoas que têm este tipo de medo, e quanto mais elas vão se aproximando delas mesmas, quanto mais são capazes de viver a vida delas de uma maneira íntegra, mais estas fantasias desaparecem. E neste sentido que eu estava falando de preocupação, fobia e medo da morte. Quer dizer, então amo a vida, não quero morrer, mas não fico desesperado, não fico passando a noite me preocupando com o medo da morte. E isto traz a coisa paradoxal: quanto melhor a pessoa vive, mais ela vai ser capaz de enfrentar o envelhecimento, mais vai ser capaz de enfrentar a morte.

Agora se vocês tomarem os existencialistas como Tillich, por exemplo, ele fala dessa angústia existencial da morte. Ele diz que a única angústia que existe é o sentimento de culpa em relação a você mesmo. Esta culpa em relação a você mesmo surge se você não se atualizar, se não realizar o próprio potencial. Quando você tem potencial para crescer, para aprender, para viver intensamente, desde que você nasce até que você morra, existe possibilidade. Quando você não obedece a este potencial, quando esmaga isto dentro de si, quando permite que atrofie dentro de você mesmo, tem um sentimento de culpa muito grande em relação a você mesmo e em relação à vida dentro de você. E este sentimento de culpa se transforma em angústia, e esta angústia é a angústia de morte. Quando você está cumprindo todos os seus papéis, vivendo intensamente, você pode até morrer. Vocês se lembram da *Função do orgasmo*, de W. Reich, isto é muito semelhante, a sensação do orgasmo e da morte estão muito associadas. Quer dizer, a expressão do orgasmo, é uma expressão de morte. Quando você alcança plenitude, você pode até terminar. É neste sentido que, quanto mais plen for a vida, não que você deseje a morte, mas aceita, porque não está sen roubado de nada.

Existe uma teoria de que o envelhecimento mais ajustado e adequado seria conseguido por pessoas que estão bem, seria um envelhecimento onde houve um desligamento progressivo, do trabalho, você acaba se en-

volvendo menos, embora vá todos os dias, até o dia que não se importa com o que tem lá. Então isto aconteceria com todos os aspectos da vida. Vocês percebem que existem velhos que parecem ser meio indiferentes aos bisnetos, uma avó é muito ligada aos netos, mas a bisavó não, mesmo que ela tenha capacidade física para isto. Esta é uma teoria, não é que todos concordam com isto. A teoria de que haveria um esfriamento preparatório da morte, que seria este desligamento progressivo, desengajamento, não seria um desligamento. Então à medida que a pessoa envelhece, ela vai se preparando para a morte desta maneira, de modo a não sentir tanto a perda dos objetos de afeto, do trabalho, das pessoas, das viagens, de comer, ou qualquer outra coisa. Então ela vai gradativamente perdendo o interesse, e que isto seria uma medida sábia da natureza para fazer com que ela possa aceitar a morte dela. Mas isto é muito discutível, é uma teoria da década de 60, e na década de 70 apareceram uma série de outros estudos, mostrando que, aparentemente, estas pessoas que se desligavam, raramente faziam isto de uma maneira saudável. A maneira saudável, voltando para a questão espiritual, é quando você vai transformando aquele seu mundinho estreito (meus filhos, minha casa, etc.) para uma visão mais ampla de mundo e a sua independência destes fatores. Você vai se relacionando cada vez mais com o mundo como um todo. Você vê o Rogers, está menos preocupado com psicoterapia, do que com a guerra nuclear. Os seus interesses vão se tornando cada vez mais amplos, à medida que você precisa cuidar menos, tem menos investimento próximo. A idéia do desengajamento seria essa, você iria se preparando para a morte, assumindo interesses cada vez mais amplos. A prática não mostra muito isso, mostra que as pessoas vão crescendo espiritualmente e, com isso, é claro, elas vão se desligando um pouquinho mais. E muitas vezes esse desligamento tem a ver com pessoas que vão realmente se tornando apáticas, mas se estivessem sendo mais bem atendidas, esse desligamento simplesmente não ocorreria.

Existe uma série de estudos sobre o envelhecimento e a morte, dentro daquela idéia do que acontece quando o velho deixa de ser produtivo, como é que a cultura lida com isso. Em certas culturas, o velho é muito bem tratado, só paparicado e cuidado pelos outros. Em outras culturas, como na história da *Balada de Narayama*, o velho é afastado; entre os esquimós, por exemplo, é o filho mais velho que leva a mãe ou o pai até à beira da floresta. E isto é feito com todo um ritual, um cerimonial. Mas o

nosso velho tem alguma coisa disso. Os velhos que eu conheço dizem: "Deus me livre de eu depender dos meus filhos!" Eu não sei o que isto tem de tão terrível. Eu não acho esquisito depender dos meus filhos, eles dependeram de mim um tempo, se eu tiver de depender um dia, não me parece terrível. Pode ser que no dia que isso ficar mais próximo da realidade, também seja terrível para mim. Então eu fico pensando nesse mesmo traço, o velho não quer ser um peso, carga, então ele aceita bem a coisa de ir para a floresta. Você percebe que isto é uma coisa absolutamente cultural, tem filhos que dependem financeiramente dos pais e não se sentem nem um pouco dependentes: tem filhos que não dependem financeiramente dos pais, mas que se sentem inteiramente dependentes. A mesma coisa poderia ser com a velhice, poderia, mas não é assim.

Agradecimentos e Despedidas

Júlia: Você colocou completamente, discutiu e complementou o que tínhamos discutido na última aula. Levantou as questões, preocupações desta fase, trouxe sua experiência e o seu trabalho. Muito bom, a Rachel está sempre aqui, ela é professora daqui.

Rachel: Inevitável

Júlia: Inevitável. Acho que a gente pode ter sempre contato com ela, qualquer coisa que precisemos.

Rachel: Eu gosto muita da idéia deste curso, e estou gostando de ver. Eu vi alguns dos conferencistas aí, parecem bárbaros, eu me senti honrada de estar no meio deles. Primeiro é bom ver quem são os outros. Quer dizer, o convite era honroso em si, mas quando vi a categoria...

Aluno: Em relação à categoria, honrados ficamos nós.

Rachel: Chave de ouro.

Júlia: Obrigada.

Capítulo 6

REFLEXÕES SOBRE A PSICANÁLISE E A MORTE

Roosevelt Moisés Smeke Cassorla

"Não existe meio de verificar qual a boa decisão, pois não existe termo de comparação. Tudo é vivido pela primeira vez e sem preparação. Como se um ator entrasse em cena sem nunca ter ensaiado. Mas o que pode valer a vida, se o primeiro ensaio da vida já é a própria vida? É isso que faz com que a vida sempre pareça um esboço. No entanto, mesmo "esboço" não é uma palavra certa porque um esboço é sempre o projeto de alguma coisa, a preparação de um quadro, ao passo que o esboço que é nossa vida não é o esboço de nada, é um esboço sem quadro.

Tomás repete para si mesmo o provérbio alemão: *einmal ist keinmal*, uma vez não conta, uma vez é nunca. Não poder viver senão uma vida é como não viver nunca."

(Milan Kundera, em *A insustentável leveza do ser*)

Proponho-me, neste trabalho, efetuar algumas reflexões sobre a psicanálise e suas abordagens e teorizações sobre a morte, de uma forma que possa ser compreensível, mesmo pelos leitores não familiarizados com aquela área do conhecimento. No final do capítulo, indicarei leituras complementares para aqueles que queiram aprofundar-se no tema.

Antes peço ao leitor que me acompanhe num passeio. Observemos os seres humanos, as sociedades, e tentemos classificar o que vemos em sua passagem pelo mundo. Proponho que, nesta classificação, coloquemos como extremos de uma faixa, como num espectro de cores, a VIDA e a MORTE. Entre esses dois extremos teremos várias "cores",

diluindo-se e transformando-se em outras, quase que imperceptivelmente. Próximo ao extremo da VIDA, teremos: o amor, a solidariedade, o vigor, a dignidade, a construção de si mesmo e do mundo, a criatividade, a preocupação com o bem de si e dos outros, o aproveitar e tornar a vida o mais rica possível para todos. No extremo oposto teremos também fenômenos humanos: o ódio, a destrutividade, a inveja, a competição ambiciosa, o desrespeito, a indignidade, a corrupção, a desumanidade, a guerra. Todas são formas de atacar a vida - estão do lado da morte.

No ser humano encontramos, dentro desse espectro imaginário, todos esses elementos, articulados entre si, opondo-se e, paradoxalmente, comumente coexistindo. Amor e ódio, solidariedade e inveja, doação e espoliação, humildade, orgulho e arrogância, criatividade e destrutividade, são exemplos, por vezes, de aparentes antíteses, que convivem em todos nós, de maneiras peculiares.

Num mundo idealizado, o amor, a vida deveriam derrotar o mal e tudo aquilo mais próximo da destrutividade e da morte. Esse mundo não existe. No mundo real, temos de conviver com todos esses aspectos: são humanos. Isto nos leva já a um primeiro problema: o "moralismo". Aparentemente estamos dividindo o ser humano em um lado bom e outro mau. Esta é uma boa crítica que se faz a certas leituras da psicanálise. Mas, o psicanalista não deve ver as coisas desse modo - trata-se de fenômenos humanos: os juízos de valor dependerão da cultura, do momento, do indivíduo. Espera-se que o psicanalista os abandone em sua lide diária, e isso deve ser trabalhado em sítio análise pessoal, para que possa aceitar o ser humano como ele é.

Agora nos defrontamos com um segundo problema: isso não nos dá a impressão de um certo cinismo comodista? Do tipo: "Eu não julgo, sou neutro, não tenho nada com isso; eu faço o meu trabalho e dane-se o mundo..." Penso que existe uma certa verdade nisso, mas uma verdade incompleta já é uma mentira. O psicanalista pode e deve lutar pela vida, como ser humano e como profissional. Mas a própria psicanálise descobriu que a melhor forma de lutar contra a morte, fortalecendo o lado da vida, é evitar juízos de valores, aconselhar, condicionar, educar, ou qualquer outra atitude que não seja fazer o indivíduo (e a sociedade, em colaboração com outras disciplinas), tomar consciência daquilo que

lhe é inconsciente - e que, recalçado, pode sabotar, impedir ou dificultar sua vida, sua criatividade, sua felicidade, seja lá o que for felicidade, para cada um .¹

O Terror diante do "Não-saber"

A psicanálise descobriu que existe uma sobredeterminação em nossas vidas, derivada de instâncias inconscientes. Isso provocou uma ferida narcísica na humanidade, que, de repente, viu-se não mais senhora de seus atos e comportamento, ferida essa ainda não cicatrizada que leva muitas pessoas a não aceitarem essa área do conhecimento.

Por outro lado, a tomada de consciência da morte, da finitude do ser humano, constitui-se em outra ferida, esta ainda mais aterrorizante. Se, com a psicanálise, consegue-se compreender algo acerca da dinâmica do inconsciente, em relação à morte nada sabemos. E, o *não saber* é uma das coisas mais apavorantes para o ser humano. Perde-se a capacidade de controle, fica-se submisso a algo desconhecido, e isso é desesperante. Daí vem a necessidade de criar "verdades", para que esse terror se esvaia. Essas verdades podem fazer parte do domínio da fé. Aqui pouco podemos acrescentar, a não ser aceitar que é outro fenômeno humano e, como tal, deve ser respeitado e compreendido. Mas, novamente, o raciocínio não é tão simples, porque desde que a fé não exige comprovação, poderemos nos ver diante de situações estranhas: por exemplo, a minha fé está correta e devemos destruir todos aqueles que não comungam com ela. Esses outros podem ser os hereges, os judeus, os comunistas, os imperialistas, os protestantes, os ciganos, os homossexuais, as mulheres, os nordestinos, os negros ou os brancos.

Pior ainda é tornar a fé "ciência". Dessa forma, ela deixa de ser fé e torna seus dogmas "respeitáveis". Desde a "ciência" inquisitorial para identificar os inimigos do catolicismo, até a "ciência" que prevê o futuro da luta de classes, passando pela "ciência" que prova a superioridade racial de al-

¹ Aqui já se assoma outro problema: há quem se sinta feliz ao ver a destruição dos outros e, às vezes, até de si mesmo. A psicanálise desvela, quando lhe é possível, as motivações inconscientes disso e, se tem sorte, pode ajudar o indivíduo a sentir-se mais feliz, de outra forma. No entanto, isso nem sempre é possível, pois a própria relação analítica poderá ser destuída, se isso ameaçar ocorrer. Adiante, o leitor encontrará hipóteses que tentam explicar esse fato.

guns, devendo-se eliminar os outros, até a chamada "ciência cristã" dos fundamentalistas americanos e a "ciência" de alguns grupos espíritas. Em nível menor, todos nós criamos teorias sobre fatos que fogem ao nosso controle - às vezes podem estar até corretas, pois a intuição existe (esta é outra teoria que, para alguns, poderá ser considerada delirante... - veja o leitor onde fui me meter!), mas comumente são objetos internos que projetamos em outros.

Atualmente passamos por uma fase ainda mais incrível: a própria ciência tornando-se uma espécie de religião, o cientista (e o leigo) acreditando que aquilo que se comprovou cientificamente estará sempre correto. E sabemos que a ciência não é neutra: que por mais rígidas que sejam as técnicas utilizadas pelos cientistas, ocorrerão transformações na leitura e interpretação dos resultados. Tanto é que teorias que duraram dezenas de anos, são substituídas por outras, se o cientista se permitir duvidar de si e da ciência. Mas, muitas decisões são tomadas por pessoas e por governantes, baseadas em teorias ditas científicas - curiosamente, as teorias que infirmam aquelas adotadas são ignoradas. Na verdade, isso é fácil de explicar. A ciência, *Deus ex machina*, está sendo utilizada, mesmo que o cientista não tenha consciência disso, de forma delirante ou mal-intencionada.

Aqui não podemos deixar de incluir a própria psicanálise, que comumente se transforma em produto de fé e não de reflexão. Temos desde uma IPA (International Psychoanalytical Association), fundada por Freud, que tenta preservar a "pureza" científica da psicanálise (o que não quer dizer que isso não seja necessário, mas perceba o leitor o perigo que se corre: queimar os hereges...), até as seitas que se autodenominam donas da verdade, queimando seus próprios hereges e maldizendo as outras correntes psicanalíticas.

Até aqui, percebo, tentar alertar o leitor para aspectos ligados à morte. Mas não posso deixar de mostrar o lado de vida: os epistemólogos tentam indicar as limitações das ciências, os psicanalistas mostram o que existe de invariante nas várias abordagens escolásticas, os religiosos pregam a tolerância com as outras religiões e o ecumenismo, etc. Como sempre, o conflito vida x morte se faz presente.

A psicanálise pode ajudar-nos a compreender muitos mecanismos que usamos para lidar com esse terror e desespero do desconhecido. Voltando ao nosso tema, o *não saber* sobre a morte, tentamos preencher esse *não saber* com teorias, intelectualizando. Tem de existir algo após a morte, senão a vida não teria razão de ser. Como nada existe que comprove isso, poderíamos dizer que se trata de defesas maníacas. As idéias de outra vida, de paraíso, de reencarnação, não são sustentadas pelos nossos conhecimentos atuais. Voltamos aqui para o terreno da fé, com suas vantagens e perigos, como já assinalei.

As Fantasias Inconscientes sobre a Morte

No trabalho psicanalítico verificamos que as fantasias inconscientes sobre o que seria a morte não são muito abrangentes: 1) o reencontro com pessoas queridas mortas (e não é por outro motivo que crianças tentam matar-se para encontrar o papai ou o vovô que morreu, no céu); ou que, agora apelando para mecanismos mais profundos, a chance de alguém morrer após a morte de pessoas queridas é maior que na população em geral - evidentemente, aqui poderemos usar teorizações sobre o luto patológico, que verenios adiante; 2) o encontro com outras figuras idealizadas, como Deus ou algo similar, que seria um complemento da fantasia anterior; 3) a ida para um mundo paradisíaco, regulado pelo princípio do prazer e onde não existe sofrimento. Esta fantasia se articula com a seguinte; 4) a volta ao útero materno, numa espécie de parto ao contrário, onde não existem desejos e necessidades. Provavelmente desta fantasia, entre outras, provém a idéia da "mãe-terra", onde o morto será sepultado.

Mas, ao lado dessas fantasias prazerosas, e existem as terroríficas, entre as quais as relacionadas ao inferno ou *locus* similares têm predominância. São fantasias persecutórias que têm a ver com sentimentos de culpa e remorso. As identificações projetivas em figuras diabólicas, na morte como um ser aterrorizante, com face de caveira e seu cajado, se interligam a pavores de aniquilamento, desintegração, dissolução. Essas fantasias se confundem com a loucura, a psicose, e, por vezes não poder suportá-las pode levar ao suicídio.

Evidentemente, esta cisão corresponde a mecanismos da posição esquizo-paranóide, seguindo-se o referencial kleiniano.

Como pode verificar-se, estas fantasias inconscientes e algumas conscientes, correspondem a revivências de outras mais primitivas. E, quase sempre, fazem parte do que se considera "normal" no ser humano.

No entanto, uma das questões controvertidas em psicanálise é se, em nosso inconsciente, poderia existir algum tipo de representação da morte. Para Freud, isso não existiria, por ser uma experiência que nunca teria sido vivida. Mas ele considerava como equivalentes os terrores da castração, da perda do amor, do objeto. Para os kleinianos, já existiria o medo da morte: seria equivalente ao pavor do aniquilamento, uma ansiedade extremamente primitiva, que teria a ver com o domínio da pulsão de morte.

Pulsão de Vida x Pulsão de Morte

E aqui entramos em outro assunto controvertido: existe ou não uma pulsão de morte, que se contrapõe e ao mesmo tempo se funde com Eros, a pulsão de vida. Em *Além do princípio do prazer*, Freud introduz este conceito, como uma especulação, utilizando inclusive modelos biológicos. Com esse conceito, reformula todo o edifício da psicanálise, construído até então. Melanie Klein e seus continuadores levam essa especulação às últimas conseqüências, passando a utilizá-la de forma produtiva na clínica e em suas formulações teóricas. No entanto, outros autores e escolas acham desnecessária a utilização desse referencial, acreditando que a teorização baseada em pulsões agressivas ligadas às sexuais é suficiente.

Em meu trabalho clínico tenho me valido do conceito de pulsão de morte e creio que ele tem me enriquecido na melhor percepção dos fenômenos humanos. Basicamente o que é postulado por Freud e grande parte de seus seguidores é que vivemos constantemente num estado de conflito entre Eros e Tanatos, pulsões de vida e pulsões de morte. As primeiras levam ao crescimento, desenvolvimento, integração, reprodução, manutenção da vida; as segundas fazem o movimento inverso, de desintegração, tentando levar o indivíduo para um estado inorgânico, a morte. Esses dois grupos de pulsões estão "fundidos", funcionando sempre juntos, complementando-se e opondo-se, num processo dialético. Da pulsão de morte, fertilizada pela de vida, deriva a agressividade normal, que protege o indivíduo dos agravos e faz com que ele possa lutar para conquistar

mais espaço vital. A falta dessa agressividade normal, que prefiro chamar de vigor, impede inclusive a capacidade de reprodução da espécie.

7—Quando ocorre a "desfusão" das pulsões, e a de morte se encontra livre, predominante, nos defrontamos com situações de sofrimento, que podem manifestar-se nas áreas somática, mental e social, em todas elas. Essa predominância em seu auge pode levar à morte emocional (na loucura) e à morte do corpo, através de somatizações graves ou atos suicidas, ou mesmo mortes "naturais" precoces.

Mas, por maior que seja a libido (que seria o resultado das pulsões de vida), Tanatos sempre acaba triunfando, com o tempo: todos acabamos morrendo. Mas isso no nível individual - em termos de espécie nossos genes continuam em nossos descendentes: aqui Eros vence.

Evidentemente esta teorização atrai muitas resistências. Neste momento de minha vida penso que elas se devem ao terror que inspiram, caso estejam corretas. Esse terror evidentemente se liga à tomada de consciência da fragilidade e pouca importância que nós, como seres humanos, temos, dentro da complexidade do Universo. Passamos por ele, no estado em que nos encontramos, vivos (nesta vida: não sei se existem outras), em frações infinitesimais de tempo, se levamos em conta o tempo universal. E a natureza não nos dá a menor importância - é como se fôssemos simples instrumentos de perpetuação da espécie.

Pior ainda, essa espécie, a espécie humana, ninguém pode garantir que se perpetuará. Muito pelo contrário, milhares de espécies viveram milhões de anos e desapareceram. Por que conosco seria diferente? A diferença crucial é que os seres humanos provavelmente se constituíram na única (ou quem sabe a primeira) espécie que tem consciência de sua finitude individual. Digo provavelmente, porque o raciocínio antropocêntrico pode, em algum momento, ser desfeito, até nesta área...

Mais ainda: talvez seja a única (ou a primeira) espécie que pode se exterminar por si mesma, conscientemente. Já temos um arsenal atômico suficiente para exterminarmos a humanidade dezenas de vezes...

Se o leitor ainda não está aterrorizado, gostaria de lembrá-lo que tudo indica que o planeta Terra, o Sistema Solar e o próprio Universo podem terminar. Estrelas, planetas, sistemas planetários também nascem,

Penso que agora não há mais necessidade de justificar porque esta teoria é tão malvista. Alguns autores, mais otimistas, procuram explicar esse pessimismo freudiano e psicanalítico pelo fato de o pai da psicanálise ter vivido o horror da Primeira Guerra Mundial e ter acompanhado todo o conturbado período entre as duas guerras, prevendo, de certa forma, o horror que foi a Segunda Guerra Mundial. Talvez ele tenha morrido logo que ela começou porque já era demais...

Paradoxalmente, com todo esse pessimismo, penso que tudo isso pode e deve ajudar-nos a compreender cada vez melhor o funcionamento das pulsões de morte e de vida, e dessa forma poderemos lutar ao lado destas, contra aquelas. Obviamente sabendo de nossas limitações. Aliás, o problema reside justamente aqui: tomaremos consciência de nossas potencialidades e de nossas limitações para que possamos viver melhor a vida, aqui e agora. E sobre este tema que gostaria de me deter.

Impotência x Onipotência

Ante a percepção de nossa impotência, por vezes "percepção" inconsciente, nos defendemos através da onipotência. A certeza de uma vida pós-morte pode ser resultado desse segundo mecanismo. Embora possamos saber se ela existe ou não, o que se observa é que essa certeza decorre da necessidade de enfrentar a impotência, incluindo a impotência do *não saber*.

De minha experiência clínica, e confirmando outras investigações, verifica-se, com frequência, que profissionais de saúde escolheram sua área para lutar contra a morte. E aqui encontraremos um espectro interessante e variado: desde aqueles que conseguem fazer isso criativamente, conhecendo seus limites, até os que sofrem horrorosamente ao se sentirem "derrotados" pela morte, quando perdem um paciente. A vida desses profissionais se torna um inferno - culpam-se, tornam-se iatrogênicos -, intervindo, por vezes, desesperadamente e sem necessidade, abandonam seus pacientes quando se perde a esperança de "vencer" a morte, etc. Estamos no terreno da onipotência. O leitor já deve ter percebido como isso não só faz o profissional de saúde sofrer, como impede que ele ajude seu paciente a viver melhor o tempo que antecede sua morte, e mais ainda,

que tenha uma boa morte. Em outros capítulos deste livro salienta-se a importância disso para o ser humano.

O problema da onipotência x impotência ocorre constantemente em nossas vidas, em todas as áreas. E está ligado ao que escrevi acima: a sabedoria de viver consiste em sabermos usar nosso vigor, nossa potência, conscientes de nossas potencialidades e limitações. Nesse momento poderemos gozar a vida, não um gozar hedonista, mas o famoso *carpe diem*: aproveitar cada minuto da vida, podendo "curtir" ao máximo o que ela nos oferece, não maniacamente, mas com a calma que a felicidade verdadeira pode trazer.

Diz-se comumente que existem os sofrimentos necessários, aqueles que fazem parte da vida, e os desnecessários, aqueles que nós criamos constantemente. E observe o leitor a criatividade com que os criamos!

As Sabotagens Internas

Penso que esta criatividade que todos nós temos para sabotar nossa felicidade (podendo ampliar-se o raciocínio para grupos, sociedades e a espécie humana) pode ser razoavelmente compreendida, usando as teorias sobre a pulsão de morte, descritas acima. Para o leitor que quiser aprofundar-se neste tema, os conceitos psicanalíticos de masoquismo e de narcisismo são importantes. Principalmente os conceitos pós-kleinianos de narcisismo destrutivo.

Voltando à prática, procure o leitor lembrar-se das complicações desnecessárias em que, consciente ou inconscientemente, andou se metendo nos últimos dias. As coisas que deixou de fazer, as que fez de maneira errada, as brigas inúteis, os estragos desgastantes, sem qualquer objetivo, as fantasias persecutórias, os lapsos autocondenatórios, os sentimentos de culpa absurdos, os ataques invejosos e destrutivos contra si mesmo e contra os outros. Repare também que comumente essas "crises" ocorrem quando tudo tende a correr bem: os mitos e a própria cultura nos ensinam que devemos tomar cuidado com o "olho gordo" - a *inveja* (*invidia*) dos deuses, que são projeções de aspectos invejosos internos em seres sobrenaturais ou em rivais reais ou imaginários.

A teoria da inveja, tão criativamente elaborada por Melanie Klein, e cuja antítese seria a gratidão, é de grande utilidade na compreensão destas características humanas.

A ampliação destes conceitos para grupos maiores, pode ajudar-nos a compreender um pouco mais acerca das guerras, dos morticínios, dos esquadrões da morte, das torturas, da indignidade, dos sacrifícios que seres humanos impõem a seus semelhantes (e a si mesmos), passando pela fome, miséria, desumanização, etc.

No Brasil, em particular, vivemos isto de uma forma extremamente intensa. O filicídio, um conceito psicanalítico extremamente rico, nos ajuda a compreender vários desses aspectos, incluindo o massacre de crianças e de "infantes" (a infantaria), que são a primeira linha de ataque (e de bucha de canhão) em guerras e revoluções. São sempre as crianças e os jovens as principais vítimas, devido a sua fragilidade diante das atitudes mortíferas dos adultos - desde os agravos na gestação e nascimento, a desnutrição, a falta de condições dignas de vida, de escolaridade, de saúde, a exploração no campo de trabalho, o envolvimento com a criminalidade, as drogas, a violência, etc., onde sempre existem adultos responsáveis que se omitem ou estimulam estas práticas.

E ainda, em nosso meio, consideremos os velhos, que com a "aposentadoria" que recebem (ou não recebem) são condenados a mortes precoces ou mortes em vida. Não seria esta uma maneira de eliminar populações inteiras, que não são mais "produtivas"? Será isto um mecanismo apenas inconsciente? Tenho minhas dúvidas.

Morte Física e Outras Mortes

Espero estar conseguindo passar ao leitor a idéia de que a morte está sempre presente em nossas vidas, e das mais variadas maneiras. A morte física será a última, mas teremos mortes parciais ou totais nas áreas somática, mental e social, lembrando que essa divisão é apenas didática, pois todas se interpenetram.

Além das situações descritas acima, muitas fazendo parte do que se poderia chamar de "micromortes da vida cotidiana", parafraseando o famoso artigo de Freud, nós nos defrontaremos com situações que trazem

tanto sofrimento, que não podemos deixar de chamá-las de patológicas, se usarmos aquele conceito para definir o que será patologia. Sobre as "patologias" sociais, felizmente, já temos consciência de sua importância e inclusive têm sido estudadas interdisciplinarmente. O mesmo tem ocorrido com as grupais e individuais, mas é aqui que a psicanálise se mostra mais vigorosa, pois pode servir não só como instrumento de compreensão, mas também como terapêutica.

Na área mental teremos infinitas maneiras de os conflitos se manifestarem, podendo culminar na psicose que, para os psicanalistas kleinianos decorre de ataques destrutivos (derivados da pulsão de morte) à própria mente, à capacidade de pensar, de simbolizar, desagregando e desintegrando o indivíduo. O suicídio poderá ser uma forma de levar isso para a área física.

Quando os conflitos são mais primitivos, podem manifestar-se na área física, pela impossibilidade de simbolização. Assim teremos doenças dos mais variados tipos, que, em grau mais amplo (e aqui alguns autores falam em somatização psicótica), poderão também levar à morte.

Tudo isso se reflete evidentemente, na área social. Mas, às vezes, a predominância das manifestações conflitivas ocorre nesta área, como já vimos. Atualmente o que mais preocupa é a violência contra si mesmo, contra o outro, contra a sociedade e contra a própria natureza, podendo levar-nos à destruição de ecossistemas e até da própria humanidade.

Tentando Combater a Morte

Embora a morte física seja inevitável, ela pode ser adiada cada vez mais, e as demais podem ser combatidas. A humanidade tem demonstrado que possui recursos para isso. Penso que a própria descoberta da psicanálise comprova esse fato.

Nunca saberemos como terminará a luta constante entre vida e morte. A despeito do pessimismo a longuíssimo prazo (bilhões de anos), e com o grau de conhecimento que temos agora, e existe a possibilidade de que estejamos errados. Afinal, quem imaginaria, no início do século passado, que a escravidão e o preconceito racial se constituiriam em crime em quase todos os países? Que guerras devem obedecer à Convenção de Genebra, os pri-

sioneiros não podendo mais ser escravizados ou mortos e podendo até ser trocados? (É verdade que isso nem sempre ocorre, que existem outros tipos de escravidão "assalariada", etc., mas, isto vem sendo denunciado e não se pode negar que, a despeito de tudo o que ainda há por se fazer, a luta pela dignidade tem dado alguns resultados.) Que tortura é crime? Que já se considera o direito à vida, à saúde, à educação e felicidade como algo inalienável a todo ser humano, independentemente de sexo, raça, religião ou idéias políticas? Que a igreja católica já aceita, há tempos, que os índios têm alma? E que vem lutando, contrariando seu passado, pela vida deles? Que cada vez mais grupos da população se organizam, reivindicando seus direitos - que grupos internacionais influem e debilitam ditaduras, como o faz a Anistia Internacional, por exemplo; que lutam pelo equilíbrio ecológico e denunciam a desumanidade e a corrupção?

É claro que ninguém garante que tudo isso não possa cair por terra. Atualmente volta o racismo na Europa, ao mesmo tempo que inimigos figadais se unem numa Europa unida. Guerras genocidas ocorrem contra minorias étnicas e nacionalismos reacendem, irmãos matando irmãos. Mas, na África do Sul o *apartheid* vai declinando. No Brasil quase ninguém mais agüenta o "levar vantagem em tudo", antes orgulho nacional! Infelizmente o tempo é muito curto para efetuarmos especulações sobre a evolução de tudo isso, mas tendo a ser otimista. Penso que os recursos mentais da humanidade estão cada vez mais disponíveis, e, a despeito de vitórias eventuais do aspecto morte, a força de vida ressurgirá, teimosa.

Se tivermos ainda a sorte de conhecermos os mecanismos inconscientes envolvidos, ela ressurgirá com mais vigor. Mas, não podemos ficar passivos diante de Tanatos: devemos estar sempre alertas, denunciando seus mecanismos, comumente sutis, de insinuarem-se, tanto no nível individual como social. E para isso não precisamos ser psicanalistas: temos de ser cidadãos, exercendo nossos direitos, conquistados a tanto custo, em lutas memoráveis que se estenderam por gerações.

O Processo de Luto

Uma das grandes contribuições da psicanálise tem sido uma melhor compreensão do processo de luto. Em *Luto e melancolia*, Freud lançou as primeiras hipóteses, que se constituem na origem e base de alguns desenvolvimentos posteriores. Sempre seguindo a linha de tentar transpor con-

ceitos nem sempre fáceis para o leitor, observa-se, no trabalho clínico, que o objeto morto (e objeto é um conceito amplo, que implica também, mas não só, em pessoas inteiras) instala-se no ego do enlutado, funcionando como objeto ao mesmo tempo protetor e perseguidor. E isto se deve à ambivalência dos seres humanos, à dualidade de suas fantasias inconscientes, derivadas de aspectos relativos à vida e morte.

Durante o trabalho de luto, o ser humano deve recolher sua libido, suas fantasias destrutivas (e aqui propositalmente estou misturando conceitos freudianos e kleinianos, que, na verdade, se constituem num contíguo), que estavam dirigidas ao objeto, agora perdido. Na concepção freudiana essa "energia" se volta para o próprio ego, para a figura morta agora introjetada. Na kleiniana, as fantasias inconscientes decorrentes dessa perda reativam fantasias anteriores, e o objeto introjetado passa a funcionar num padrão decorrente daquelas fantasias somadas à situação particular com esse ou outros objetos perdidos no passado. Não é muito diferente da concepção freudiana: apenas se valorizam mais as fantasias primitivas em vez das pulsões.

O que nos interessa, do ponto de vista clínico, é a possibilidade de um luto mal-elaborado, em que predominam os objetos introjetados persecutórios. Isto leva a lutos patológicos ou quadros melancólicos, em que a depressão é persecutória, carregada de culpa. Não raro, esses indivíduos, agora identificados com esse objeto morto, inconscientemente, passam a viver como "mortos" - a melancolia seria o exemplo típico. As fantasias suicidas, ou o suicídio exitoso, são formas de eliminar esse objeto aterrozante: mas, para eliminá-lo, o ser humano tem de eliminar-se como um todo. Outras vezes, como já vimos, coexistem fantasias de reencontro com objetos perdidos, sentidos como bons, mas que na realidade, ambivalentemente, levam à autodestruição, utilizando mecanismos maníacos e liberando aspectos tanáticos. Uma comprovação da importância disso, em termos epidemiológicos, é que a chance de morte "natural", após a morte do parceiro(a), é maior no primeiro ano após essa perda, entre viúvos(as). Outro dado que nos revela a frequência desses lutos mal-elaborados, é a verdadeira epidemia de quadros melancólicos (ou depressivos, segundo a classificação psiquiátrica) que assolam os serviços de saúde. Comumente esses sintomas não se manifestam na área mental, mas principalmente na somática, constituindo-se o que os clínicos e psiquia-

tras chamam de "equivalentes depressivos". Na verdade, nada mais são que manifestações de somatizações psicóticas, devido à dificuldade de simbolização, como já vimos. Se bem que os progressos da neuroendocrinologia e neurofisiologia vêm estudando, com algum sucesso, as misteriosas conexões entre mente e corpo - o que vem complementando o que a psicanálise já descobrira.

Como elaborar melhor os lutos? Isto vai depender dos mais variados fatores que têm a ver com as "séries complementares", descritas por Freud. Mas, não tenho dúvida de que alguns fatores sócio-culturais têm dificultado essa elaboração. A negação da morte, o terror que ela inspira, a falta de rituais que auxiliem na sua elaboração, e que têm a ver com momentos históricos, como o leitor encontrará em outros capítulos deste livro, são motivos importantes. A falta de auxílio individual, que poderia ser efetuado por profissionais de saúde treinados psicanaliticamente, é importantíssima. Comumente, e eu próprio tenho alguma experiência nisso, é de grande valia ouvir o paciente, desde que este não tenha conflitos muito sérios. Médicos, assistentes sociais e outros profissionais, não necessariamente psicanalistas, mas com uma visão da importância das fantasias inconscientes, podem ser de grande ajuda.

Já no caso de conflitos mais sérios, é indispensável que terapias psicanalíticas ou a própria psicanálise sejam utilizadas. Não raro, o processo de luto reativa situações extremamente primitivas, que devem ser trabalhadas em profundidade.

Enfim, nos encontramos diante de um processo individual, com repercussões sociais intensas, pois o melancólico, mesmo que aparentemente "equilibrado", passará seu estado para os filhos e estes para di ante, o objeto persecutório pairando por gerações, culpógeno e impedindo o viver. Postulo, portanto, que o luto mal-elaborado é "contagioso", principalmente para as crianças, que terão de identificar-se com objetos (pais, por exemplo) cujas fantasias mortíferas e moribundas se transmitem verbal e/ou extraverbalmente.

Reações de Aniversário

Uma forma peculiar de manifestação do processo de luto mal-elaborado, se constitui nas chamadas "reações de aniversário". Trata-se de fenôme-

nos que, eliciados por uma data, fazem o indivíduo passar por processos variados de manifestação de conflitos: ansiedade, tristeza, surtos psicóticos, idéias ou tentativas de suicídio, somatizações (enfartes do miocárdio, gastrites, crises ulcerosas digestivas, sintomas vagos, sintomas de vários órgãos com ou sem alteração anatômica), atuações na área social, ou ainda na relação analítica, sonhos, etc...

Descrevem-se várias situações de "reações de aniversário": 1) o indivíduo passa pelos processos descritos acima no aniversário de morte ou de algum fato que se associa à morte ou perda de um objeto ambivalentemente amado e odiado; 2) Pode ocorrer quando atinge a idade da pessoa morta, às vezes, o processo descrito leva à morte física, por identificação; 3) Foram descritas situações em que a "reação de aniversário" ocorre quando os filhos do paciente atingem a idade que ele tinha quando seu pai ou mãe morreram, ou foram perdidos; 4) na data de abortos ou na data em que deveria nascer uma criança abortada. Existem situações ainda mais complexas, mas, na investigação psicanalítica percebe-se que ocorreu uma identificação com o objeto perdido. Em outros trabalhos postulei que essa identificação fica, de certa forma, encistada, até que, eliciada pelo tempo, ela ressurge, *inconsciente*, propiciando uma revivescência desse luto mal-elaborado, e os conflitos se manifestam nas áreas descritas. Não raro, uma vez passada a data, se não ocorrerem complicações, tudo volta ao "normal", podendo haver recaídas em outros anos. Mas, em situações graves, teremos desde quadros psicóticos até doenças mortais.

Penso que este fenômeno, curioso, é extremamente comum, e adiante indico bibliografia onde o leitor poderá encontrar situações clínicas e de eventos similares, descritos na biografia de personagens históricos. Constituem uma prova de que as teorias psicanalíticas descritas acima têm uma utilidade prática imensa, pois a tomada de consciência desses mecanismos, permite sua elaboração e a não-repetição. O mesmo ocorre com o luto.

Conclusões

Se a morte faz parte da vida, deve ser incluída nela, o que não tem ocorrido. O trabalho psicanalítico, ao desvendar as fantasias inconscientes em relação à morte nos auxilia a compreender o fenômeno. O que, evidentemente, deve ser complementado pela investigação em outras áreas do conhecimento principalmente a história, a antropologia e a sociologia.

A partir do trabalho psicanalítico, surgiram teorias vigorosas que podem auxiliar os seres humanos a lidarem com a morte, a morte física e as mortes parciais do dia-a-dia, de uma forma produtiva, fazendo com que a vida possa ser vivida criativamente e a morte possa ser aceita como um fato da vida.

É o que observamos em moribundos que tiveram a sorte de se realizarem em suas vidas - a morte é vivida como algo natural, sem os terrores daqueles para quem a vida foi um fardo. Realizar-se como ser humano, em vida, será portanto, um dos escopos de todo tipo de ação, de profissionais de saúde, e da sociedade como um todo, numa luta pela dignidade e oportunidade de cada pessoa de alcançar a felicidade *em vida*. O psicanalista terá sua função, evidentemente, mas não poderá onipotentemente lidar com tudo o que implica na luta EROS X TANATOS, sem a contribuição de todos os seres humanos, cada um em sua área, e todos juntos como cidadãos.

Efetuar psicanálise com pessoas em idade avançada, com pacientes de doenças graves, que levarão à morte em pouco tempo, tem sido uma experiência riquíssima para clientes e profissionais. Observo que, comumente, os pacientes, quando podem aproveitar a análise, integram melhor seus objetos internos, podem conhecê-los, lidar com eles, entrando com mais frequência no que os kleinianos chamam de posição depressiva. O rever a própria vida, reconhecendo e aceitando seus limites, seus "fracassos" e sua criatividade, fazem com que os indivíduos vivam realmente, intensamente, o restante de suas vidas, e morram em paz. Lembro-me em particular de um rapaz que passou toda sua vida numa promiscuidade maníaca e que se tornou dependente de drogas. Dessa forma adquiriu o vírus da *aids*. O seu tempo restante de vida, em análise, foi o melhor - e passou a agradecer a Deus o fato de ter adquirido *aids*: só por isso, se dispôs a efetuar a análise pessoal e descobriu que "vivera" como morto até então. Ao lidar com essas pessoas o analista se vê também extremamente mobilizado, e aprende muito acerca da sabedoria de viver.

Se iniciei este capítulo com Milan Kundera, que nos mostra que vivemos apenas uma vez cada minuto, e por isso ele deve ser aproveitado, aceitando-se que não podemos vivê-lo de novo, quero encerrar o texto com a letra de uma música de Chico Buarque de Holanda: "O velho":

"O velho sem conselhos, de joelhos, de partida
carrega com certeza todo o peso desta vida.
Então eu lhe pergunto pelo amor:
A vida inteira diz que se guardou, do carnaval,
da brincadeira que ele não brincou.
Me diga agora o que é que eu digo ao povo,
o que tem de novo para deixar?
Nada, só a caminhada, longa, prá nenhum lugar.

O velho de partida deixa a vida sem saudade
Sem dívida, sem saldo, sem rival ou amizade
Então eu lhe pergunto pelo amor:
Ele me diz que sempre se escondeu, nunca se
comprometeu e nunca se entregou
Me diga agora o que é que eu digo ao povo
O que é que tem de novo prá deixar?
Nada e eu vejo a triste estrada, onde um dia vou parar.

O velho vai-se agora, vai embora sem bagagem
Não sabe prá que veio, foi passeio, foi passagem
Então eu lhe pergunto pelo amor
Ele me é franco, mostra um verso manco, num caderno
•branco que já se fechou.
Me diga agora o que é que eu digo ao povo
O que é que tem de novo prá de ixar?
Não, foi tudo escrito em vão, eu lhe peço perdão,
mas vou lastimar
Não, não vou lastimar.

Deixo a cargo do leitor as associações que possa efetuar. Eu apenas queria concluir que, como profissional e ser humano lastimaria muito e que provavelmente este "velho" (que não necessita ter idade avançada) se encontraria aterrorizado diante da morte, pois não pôde viver a vida. Mas, como liberdade poética, que lança uma mensagem, identifico-me com Chico: não lastimaria e aproveitaria ao máximo o poema exemplar.

Sugestões para Leitura

Evidentemente o leitor deve iniciar por Freud. Se não tem noções de psicanálise lhe aconselharia a ler primeiro as "Conferências introdutórias à psicanálise" (1916), no volume 15 da Ed. Standard das *Obras Completas*

de Freud (Ed. Imago). Existem traduções acessíveis para o espanhol e francês. Obviamente o original é alemão e a Ed. Standard foi efetuada na Inglaterra.

O conceito de narcisismo aparece pela primeira vez em "Sobre o narcisismo: uma introdução", no vol 14. Mas, o narcisismo destrutivo é desenvolvido pelos kleinianos: aqui recomendo o trabalho de Hebert Rosenfeld: "Uma abordagem clínica para a teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo", que pode ser encontrado traduzido no livro *Melanie Klein Hoje*, vol 1, editado por Elizabeth B. Spillius, da coleção Nova Biblioteca de Psicanálise, coordenada por Elias Mallet da Rocha Barros, Editora Imago, 1990.

Voltando a Freud não pode deixar de ser lido "Luto e Melancolia" (1917), no vol. 14 das *Obras Completas*. Mas o conceito de pulsão de vida e de morte só aparecerá em 1920, no trabalho "Além do princípio do prazer", vol. 18. Em 1923, em "O ego e o id" estabelece-se com clareza a função do superego (vol 19). Em "O problema econômico do masoquismo" esse aspecto é dissecado (1924, vol 19).

Poderia indicar mais de uma dezena de trabalhos de Freud. Se quisermos, é fácil verificar que toda a psicanálise, mesmo antes do conceito de pulsão de morte estar desenvolvido, leva em conta, mesmo sem saber, essa noção. Artigos mais diretamente ligados ao nosso tema, no entanto, são: "Totem e tabu" (1912, vol. 12), principalmente o item relativo ao contato (tabu) com os mortos, "Pensamentos para os tempos de guerra e morte" (1915, vol. 14), onde mostra como devemos aceitar e lidar com a agressividade como fenômeno humano; "O mal-estar da civilização" (1930, vol. 21), em que relaciona a civilização com as barreiras contra as pulsões, agora após a publicação de sua teoria de pulsão de morte; "Inibições, sintomas e angústia" (1926, vol. 20), onde surge com mais clareza sua teoria da angústia; "Por que a guerra?" (1933, vol. 22), onde consta a clássica troca de correspondência entre Einstein e Freud, que já previam a próxima guerra mundial.

Karl Menninger utiliza com maestria os conceitos freudianos em *Eros x Tanatos: O Homem Contra si Próprio*, também um clássico, cuja primeira edição é de 1938, revista em 1965 e editado no Brasil em 1970 pela Ibrasa. Infelizmente, não me consta ter sido reeditado. O título original é

Man Against Himself. Outro clássico é *Sadismo x Masoquismo em la Conducta Humana*, do psicanalista pioneiro radicado na Argentina, Angel Garma, cuja terceira edição aumentada é de 1952, Ed. Nova, mas que continua sendo reeditado.

A escola kleiniana leva o conceito de pulsão de morte à origem da ansiedade e das fantasias inconscientes destrutivas e defensivas contra ela. Não é fácil introduzir-se em seus conceitos, a não ser vivenciando-os concomitantemente através da análise pessoal (o que, aliás, também vale para os conceitos freudianos, mas, estes são mais compreensíveis, na medida em que, de certa forma - correta ou deformada - foram incorporados à nossa cultura ocidental). Pode-se tomar um primeiro contato com ele através do conhecido livro de Hanna Segal: *Introdução à Obra de Melanie Klein*, da Imago, em várias edições, tradução da segunda edição inglesa, de 1973, da Hogarth Press. Nesse livro, à medida que a autora introduz o leitor nos conceitos, indica a bibliografia original, que assim se torna mais compreensível.

Para os leitores que já conhecem Melanie Klein, recomendo a releitura do trabalho de 1940: "O luto e sua relação com os estados maniaco-depressivos", que consta de *Contribuições à psicanálise* da Ed. Mestre Jou. Este trabalho logo deverá sair pela Imago, nas *Obras Completas*, editadas por R. Money-Kyrle, na Inglaterra. Quando acabei de escrever este texto só havia sido editado o vol. 3 onde constam: "Notas sobre alguns mecanismos esquizóides" (1946), "Sobre a teoria da ansiedade e da culpa" (1948), "Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê" (1952), "Inveja e gratidão" (1957) e "Sobre o sentimento de solidão" (1963). Nos últimos trabalhos, a autora faz uma revisão dos conceitos anteriores. Este terceiro volume das *Obras Completas* é intitulado *Inveja e gratidão e outros trabalhos - 1946-1963*, Imago, 1991.

Os desenvolvimentos posteriores da escola kleiniana podem ser encontrados em *Melanie Klein Hoje*. vol.1 e vol 2, da Imago, 1991 e 1990, respectivamente. Ali se encontrarão os indispensáveis "Diferenciação entre a personalidade psicótica e não-psicótica", e "Ataques ao elo de ligação", de Wilfred R. Bion, onde se descrevem as vicissitudes do funcionamento da parte psicótica da personalidade, o artigo de Rosenfeld sobre o narcisismo citado acima, a chamada organização patológica descrita por B. Joseph como "O vício pela quase-morte" (vol.1) e "Morte e crise da meia-

idade", de Elliot Jacques (vol.2), além de muitos outros trabalhos que mostram o vigor da escola.

Impasse e interpretação, de Herbert Rosenfeld é indispensável para quem quiser aprofundar os conceitos técnicos fertilizados principalmente pelas idéias de narcisismo destrutivo (Imago, 1988). Numa abordagem peculiar, André Green, influenciado pelos ingleses e também pelos franceses, nos brinda com um trabalho criativo em *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*, Ed. Escuta, 1988.

Quem quiser conhecer melhor Bion, poderá iniciar com o livro de Leon Grinberg e cols.: *Introdução às idéias de Bion*, também da Ed. Imago.

O conceito de filicídio foi criado por Arnaldo Rascovsky e é desenvolvido em *O assassinato dos filhos (filicídio)*.

Ed. Documentário, 1983, onde existem trabalhos de outros autores sobre o mesmo tema. Podemos encontrar Rascovsky e vários autores criativos, escrevendo sobre psicanálise e guerra, no livro organizado por Gley P. Costa, de Porto Alegre, *Guerra e morte*, Imago, 1988.

Com esta indicação passamos para os autores nacionais. Em *O que é suicídio*, Editora Brasiliense, 1984, tento (Rossevelt M.S.Cassorla), num trabalho para leigos, mas que tem servido de introdução para profissionais, abordar esse conceito, utilizando os referenciais citados, mas não só eles. Em *Da morte: estudos brasileiros e Do suicídio: estudos brasileiros*, de que sou o organizador (Ed. Papyrus, 1991), encontramos 25 trabalhos de autores brasileiros, que efetuaram pesquisas sobre os temas, sob várias abordagens, não só psicanálticas. No segundo, encontra-se o trabalho "O tempo, a morte e as reações de aniversário", onde o leitor encontrará bibliografia acessória sobre esse tema. E nas referências dos demais trabalhos, praticamente toda a bibliografia brasileira estará à sua disposição.

Evidentemente, a psicanálise não se reduz a Freud e à escola kleiniana, com seus desenvolvimentos posteriores. Mas, são os que eu conheço. Penso que a vida é muito curta para conhecer tudo o que gostaríamos: por isso optei em aprofundar-me naquilo que me faz mais sentido hoje. Não sei se isso persistirá, porque o futuro é imprevisível.

O leitor já percebeu que estou justificando-me por não ter a capacidade de indicar textos, certamente valiosíssimos, de outras abordagens psicanalíticas, como as da psicologia do ego, junguiana, a psicanálise com abordagem predominantemente existencialista, as várias orientações lacanianas, etc. Possivelmente, em outros capítulos deste livro, autores mais competentes o farão.

O mais importante, no entanto, é que aqueles que me lêem percebam que a queda no dogmatismo, de que eu ou a teoria que eu adoto, é a correta, e a única correta, é um reducionismo estéril, do lado da pulsão de morte, segundo o referencial que adotei no texto. Por outro lado, propor-se a conhecer tudo, também é cair na onipotência. Precisamos suportar o *não-saber*, respeitando o que os outros sabem, fertilizando-nos com eles, quando possível, mas, tampouco masoquisticamente, deixar que nos "queimem" em fogueiras inquisitoriais os que se autodenominam "donos da verdade" e que, em sua insegurança, não toleram o diferente. Viver não é fácil e, por isso mesmo, é fascinante!

Capítulo 7

O SER HUMANO: ENTRE A VIDA E A MORTE Visão da Psicologia Analítica

Laura Villares de Freitas

Desde pequena, eu era freqüentemente acompanhada por certas impressões, percepções e sonhos que me assustavam e intrigavam. Muitos deles se relacionavam de alguma forma com a morte.

Posso rememorar algumas dessas vivências. Quando eu tinha sete anos, morreu uma irmãzinha, doente, que contava então com três anos incompletos. Havíamos nos mudado de casa e, naquele casarão novo, desconhecido, cheio de meandros a serem ainda explorados e sem os meus "cantinhos" habituais, eu me perguntava onde estaria a minha irmã. E, às vezes, parecia que de alguma forma vinha uma resposta, sem palavras, tranquilizando-me e fazendo-me saber que ela continuava ali, em algum dos meandros da casa nova, ou, em outros momentos, que ela estava num mundo diferente. Era muito estranho...

Antes disso, eu costumava contar a minha mãe sobre meus encontros, brincadeiras e conversas com um amigo... que não existia!, isto é, ele existia apenas para mim... Em diversas outras ocasiões, tive a sensação de uma ou mais "presenças" no quarto em que eu estava, na sala, ou perto de mim. Sempre me via com muito medo delas. Ocorreram-me também sonhos ligados ao tema da morte ou ao falecimento de pessoas próximas.

Hoje, ao refletir sobre essas experiências, constato o quanto elas foram e são importantes na constituição de minha personalidade e também o quanto elas continuam me assustando e intrigando.

Acredito que muitas pessoas, se não todas, têm vivências semelhantes. O difícil parece ser falar sobre elas, compartilhá-las. Difícil e muito neces-

sário, a meu ver. A perplexidade, a incerteza e o medo parecem ser comuns e, quem sabe, se compartilhados, poderão ser lidados de maneiras menos fechadas e mais eficazes.

O tema da morte é importante justamente por tocar em nossos limites mais extremos e também em nossa maior possibilidade de abertura. A morte coloca limites à nossa razão, consciência e capacidade de apreensão e percepção - enfim, à nossa perspectiva de vida. Por outro lado, justamente por ser tão impenetrável, permite-nos total liberdade à imaginação, que pode fluir à vontade e acolher as mais diferentes idéias e imagens a seu respeito.

Apresento, neste capítulo, algumas dessas idéias e imagens, que têm envolvido a humanidade desde os tempos mais remotos. O pano de fundo para estas considerações é a psicologia analítica de Carl Gustav Jung, sobretudo em suas concepções sobre a natureza da psique, o arquétipo, o princípio de sincronicidade e o processo de individuação. A alquimia, ao conceber uma operação que denomina *mortificatio*, nos oferece interessantes imagens e associações. Muitas idéias e intuições se apresentam em sonhos, sejam os que tratam diretamente do tema sejam os de pessoas próximas à morte. As experiências vividas no estado intermediário entre a vida e a morte, tais como são relatadas por indivíduos que se recuperaram de um estado de inconsciência, têm sido objeto de muitas investigações na atualidade. As religiões tratam exaustivamente da questão da morte, que ocupa um lugar central em seus ensinamentos - destaque o *Livro dos mortos do Antigo Egito* e o *Livro tibetano dos mortos*, menos conhecidos em nosso meio.

O Processo de Individuação

A consciência se desenvolve sobretudo a partir de polarizações entre opostos, isto é, da vivência do conflito. A oposição mais básica parece ser a que se dá entre a consciência e o inconsciente. Este é concebido na psicologia analítica como inato, pleno de energia e constituindo um enorme manancial de possibilidades latentes. A partir das primeiras percepções, tais como as de frio/calor, os cheiros, fome/satisfação, o bebê começa a desenvolver fragmentos de consciência, que vão aos poucos se organizando num campo e constituindo um centro: o ego.

A criança passa então a possuir um senso de identidade e a se reconhecer como um ser em alguma medida individual. Com o prosseguir do desenvolvimento, o brincar desempenha um papel importante e é interessante observá-lo. Por um bom tempo, a criança se identifica com os mais diferentes tipos de heróis, os quais têm sempre certos poderes especiais e a tarefa de derrotar inimigos e monstros. Estes são representações simbólicas do inconsciente que, como um enorme manancial de possibilidades e forças dinâmicas, ameaça a integridade da consciência. A criança se identifica com os heróis que aparecem nos contos, desenhos animados, filmes e histórias infantis porque psiquicamente está realizando uma batalha heróica: desenvolvendo um campo de consciência que se diferencia do inconsciente. Sua vivência é a de ter de matar o monstro, o dragão, aquele que quer dominar e controlar tudo e todos, isto é, aquilo que ameaça subjugar-la e que ela identifica como o mal. Mais tarde vai ser necessária uma relativização, um "acerto de contas"...

Muitos distúrbios de sono das crianças podem ser entendidos a partir dessa perspectiva. O sono representa um período em que a consciência relaxa e se entrega ao inconsciente, que pode então manifestar-se nos sonhos. A dificuldade para adormecer ou o freqüente despertar à noite com pesadelos podem significar que a consciência está se sentindo ameaçada demais, prestes a sucumbir à força do inconsciente. A criança precisa ter a confiança de que pode dormir e despertar no dia seguinte, sem ter perdido sua identidade, a qual está sendo construída a duras penas.

Outra maneira de se lidar com a questão da morte é através da dimensão da natureza, que a apresenta com freqüência em nossas vidas: o animal que morre, a planta que murcha, o dia que termina e a noite que surge, a lua que ciclicamente nasce e morre todo mês.

Na adolescência, coloca-se com muita ênfase a questão da individualidade: "Quem sou eu? Onde estão os meus limites?" O adolescente não brinca mais de herói poderoso, mas ainda experimenta até onde vão suas capacidades. Quando isto se dá apenas no nível concreto, pode ser muito perigoso. Nosso limite concreto é a morte do corpo. Muitos acidentes, geralmente de motocicleta ou carro, os quais simbolizam o próprio corpo, podem ser entendidos como decorrentes de testes de limites. Na adolescência ocorrem também grandes períodos de depressão e

apatia, numa maneira mais introvertida de passar pelas transformações todas, que implicam em perda e despedida do mundo da infância e aquisição de um novo modo de ser. Comportamentos de vandalismo e destruição, em grupos pela cidade ou individualmente na família, geralmente expressam o quão intensamente o adolescente sente que tem de abrir e conquistar espaço para si e para o novo, muitas vezes destruindo o que já existe e representa o velho.

Jung (1) equipara a vida ao percurso do sol. Este nasce, vai-se elevando no horizonte, encontra-se a pino ao meio-dia, passando então a realizar um movimento descendente; põe-se no final da tarde - isto é, morre - e então percorre o outro lado da Terra durante a noite. A vida humana teria esse mesmo ritmo, numa curva parabólica. Jung enfatiza o momento do meio-dia, ou a metade da vida, que denomina *metanóia*, como constituindo a ocasião de a consciência abrir-se para o outro lado, isto é, tendo se diferenciado e afastado da escuridão e sentindo-se mais fortalecida, então reconsiderar o valor criativo do inconsciente e se voltar para o que lhe falta ainda desenvolver.

Depois o sol começa a declinar no horizonte, em analogia ao que acontece com o corpo. A consciência, no entanto, continua em expansão, tendo agora de considerar mais atentamente as crescentes limitações físicas e a perspectiva do final da existência do corpo. Jung diz que no meio-dia da vida nasce a morte, e que esta passa a ocupar um lugar fundamental na consciência, devendo mesmo constituir o principal centro de interesse no envelhecimento.

O ego sadio na infância tem a vivência de ter dominado o dragão. Mas ele não consegue matá-lo, pois o dragão é o próprio inconsciente. Nas histórias infantis, o monstro costuma ser congelado, banido para um território muito distante, ou mesmo morto; mas depois reaparece, pois é indestrutível. O ego apenas apazigua um pouco o inconsciente, abre canais para sua energia, chega a termos com ele para garantir sua sobrevivência. A consciência vai-se fortalecendo, estruturando-se mais e mais, ampliando-se, mas não chega a dar conta da totalidade psíquica. Vivencia momentos em que se sente idêntica a ela, todo-poderosa, e outros em que se sente ínfima e frágil. E é entre esses dois extremos que ela se situa dinamicamente, sempre testando e procurando ampliar seus limites.

O material de um menino de cinco anos exemplifica bem essa situação. Ele vinha fantasiado de super-homem para as sessões, vivenciando ser esse herói com todos os superpoderes. Estava sendo muito importante para seu desenvolvimento que ele o fizesse, pois, ao vivenciar a "supervisão" ele realmente desenvolvia suas habilidades visuais, ao se imaginar superforte ele fazia grandes avanços motores, ao dramatizar um ser tão poderoso, ele realmente fortalecia sua identidade, e assim por diante. Um dia ele chegou sem a roupa de super-homem, com um curativo enorme, e contou: "Escorreguei na fantasia. Caí e me machuquei." Ele estava descrevendo literalmente o que ocorrera: escorregara na capa do super-homem. Mas ele estava descrevendo também o "escorregão na fantasia" num outro sentido, isto é, fora até seus limites; a inflação psíquica passara a ser perigosa, machucara-se, deprimira-se, e tinha agora a oportunidade de se reconhecer como um menino, fortalecido pela vivência prévia do super-homem, mas começando a se desidentificar com ele. Naquele momento, passou a ser criativa em seu desenvolvimento a vivência da queda. Não é à toa que temos aquela expressão: "Caí do cavalo".

Na *metanóia* a situação é diferente. Há a inversão dos valores e a vivência da morte do ego. São as histórias ou mitos em que o próprio herói tem de morrer - não mais o dragão - numa vivência de sacrifício, morte e renascimento. Em nossa cultura, o melhor símbolo para esse momento talvez seja o do Cristo na cruz. Muitas vezes aparece a sensação de perda de sentido da vida, de estar perdido e desorientado na floresta, no deserto, ou numa viagem noturna pelo oceano. Os referenciais antigos da consciência não servem mais; é preciso encontrar novos. É preciso se voltar deliberadamente para o self, ou arquétipo central, na procura de uma nova orientação. Não se trata mais de "eu sou, eu quero, eu posso, eu decido", mas impõe-se também a vivência de "eu dependo". O ego passa a reconhecer e a se preocupar com os aspectos que ainda não desenvolveu, aos quais ainda não se dedicou.

A partir dessa vivência, pode-se construir um novo centro da personalidade, entre o ego e o self. É a descoberta do inconsciente não mais como um dragão ameaçador, mas como um interlocutor, um amigo em potencial, que pode colaborar e contribuir mostrando à consciência o que lhe escapa. O novo centro passa a se situar num ponto intermediário.

rio, que leva em conta as questões de ambas as instâncias, isto é, os símbolos em seu potencial mais pleno. Na segunda metade da vida a regulação psíquica pode se dar pelo diálogo mais fluente entre consciência e inconsciente, conseguido através da vivência criativa do sacrifício do ego, que costuma ser simbolizado como uma morte e posterior renascimento.

São no entanto muitos os desvios possíveis. Há pessoas que passam a vida inteira vivendo o mito do herói todo-poderoso. A "idade do lobo" mostra isso de maneira bizarra: homens pelos quarenta anos que resistem a passar pela vivência da nova fase, procurando namorar meninas adolescentes, na tentativa de permanecer na fase anterior e evitar o sofrimento inerente ao sacrifício e à transformação próprios da *metanóia*. Jung (1) comenta que é como se o homem parasse os ponteiros do relógio e esperasse que a natureza também o fizesse. Devido ao medo da vida, fica psicologicamente atrasado, clamando o direito de permanecer no apogeu do meio-dia. Quem se recusa a acompanhar o ritmo natural da vida, permanece como que suspenso, duro e rígido, fixado nas recordações do passado, sem relação com o presente. A partir da *metanóia* só permanece realmente vivo quem estiver disposto a morrer com vida, afirma Jung.

A neurose consiste numa alienação da própria natureza. E tão neurótico o idoso que não se preocupa com a morte quanto o jovem que reprime suas fantasias sobre o futuro. As religiões, comenta Jung, são complicados sistemas de preparação para a morte. Nas duas religiões mais disseminadas, o Cristianismo e o Budismo, o significado da vida se consuma na morte. Este autor lamenta o fato de as religiões desde o Iluminismo serem consideradas como espécies de sistemas filosóficos, isto é, algo produzido pela "cabeça". Ele sugere que se pense, ao invés, no coração, na medida em que os símbolos religiosos têm um caráter revelatório e de criação espontânea, e se ligam a uma sabedoria mais completa, que não pode ser abrangida apenas pela razão.

Pilger-Holdt (2), ao estudar o tema do desmembramento, identifica-o como o símbolo extremo de conflito. A vivência dos opostos e do conflito entre eles são condições necessárias para a vida psíquica e contêm um enorme potencial energético para o desenvolvimento. No entanto, quando a conciliação e integração dos opostos num nível mais abrangente e

satisfatório não pode ser conseguida, resultam estagnação e agonia, aparecendo o símbolo do desmembramento.

A repressão de um dos aspectos do conflito impossibilita sua elaboração e faz com que ele se degenere e assuma caráter destrutivo. Posteriormente os conteúdos inconscientes irrompem na consciência, ocasionando uma perturbação psíquica. A psicologia junguiana trata do símbolo do *uroboros*, a serpente mítica que morde a própria cauda, relacionando-o ao estado psicológico primal em que ainda não se deu a separação em opostos. É um estágio que podemos associar a momentos específicos como nascimento e morte, mas não à possibilidade de qualquer mudança. O único caminho criativo é reconhecer os opostos e suportá-los, apesar de advir então um grande sofrimento.

A imagem de estar desmembrado ou sendo desmembrado surge, segundo a hipótese de Pilger-Holdt, quando se está psicologicamente fixado na unidade primal, o que leva a uma estagnação insuportável. O desejo de harmonia máxima reprime aspectos de divisão e abandono, cria a imagem do paraíso ou de um grande útero acolhedor e nutriente, mas significa a dissolução do ego. O símbolo do desmembramento, se devidamente considerado, permite a elaboração criativa dessa situação que em si constitui um dos desvios possíveis no processo de individuação.

Jaffé (3) comenta que o processo de individuação não é somente uma escola de vida, mas também uma preparação para a morte, em que se destacam a velhice e o fim da vida como tendo um significado particular. Nesta fase, a tomada de consciência dos aspectos até então relegados ou projetados é fundamental. A idéia do reencontro com os mortos queridos indica a possibilidade de integração dos conteúdos que haviam sido projetados nessas pessoas.

A natureza conhece a morte e se prepara para ela, afirma Jung (1). Na velhice a contemplação, a reflexão e as imagens interiores vão assumindo importância crescente e a maioria das fantasias, sonhos e idéias que surgem são antecipações, exercícios preparatórios. Objetivamente, o que a consciência pensa a respeito da morte é indiferente. Mas subjetivamente a diferença é enorme, podendo significar saúde ou patologia, sentido de vida ou um vazio insuportável.

A Alquimia e a Mortificatio

Jung dedicou amplos estudos à alquimia, que considerava predecessora tanto da química quanto da psicologia, numa época em que o conhecimento objetivo e o subjetivo não estavam dissociados. A alquimia parece ter-se originado no Egito Antigo, mas seu auge foi na Idade Média. Era um trabalho de laboratório na tentativa de transformar a matéria bruta na Pedra Filosofal ao depurá-la e submetê-la a sucessivos processos. Na Idade Média, a alquimia viveu seu ponto máximo de desenvolvimento, seguindo-se sua repressão. Byington (4) faz uma interessante leitura da história, denunciando a dissociação a nível cultural ocorrida no século XVIII, que culminou com a Inquisição e o desenvolvimento da ciência apenas objetiva, sendo banida a alquimia. Os textos alquímicos a que temos acesso são em linguagem cifrada e simbólica, utilizando-se de muitas imagens e fórmulas, remetendo sempre ao nível objetivo e ao subjetivo. A integração entre esses dois pólos era intensamente vivida pelo alquimista: ao final do processo, a matéria se transmutava e ele mudava seu nome, expressando a profundidade da transformação sofrida em sua identidade.

Edinger (5) apresenta um amplo estudo sobre a psicoterapia e a alquimia, no qual me apóio para as considerações a seguir. Marie-Louise von Franz (6) também aprofundou a questão das relações entre a morte na alquimia e os sonhos sobre a morte.

Edinger descreve sete operações alquímicas, que aplica também ao processo psicoterápico. Uma delas, a que se dá pela morte, é a *mortificatio*. Esta pode ser considerada do ponto de vista exclusivamente biológico, significando o fim do corpo. Mas se incluirmos também o ponto de vista psicológico, ela passa a remeter a uma transformação sentida como enorme, da personalidade inteira e propiciadora da vivência do renascimento num novo modo de ser.

A obra alquímica tem três estágios: *nigredo*, *albedo* e *rubedo*. O *nigredo*, ou enegrecer, pertence à operação denominada *mortificado*, ou *putrefactio*, que se relaciona com escuridão, derrota, tortura, mutilação, morte e apodrecimento. Referem-se à *putrefactio* fezes, excremento, maus odores, poluição do ar, vermes, e o temor é um de seus agentes. Dizem os alqui-

mistas que ao sentir o medo da morte, o homem vive o momento tenebroso de seu destino em que tem de se apresentar como uma totalidade.

Em termos psicológicos, *mortificatio* diz respeito à sombra. O negrume, quando não é a condição original, é realizado matando-se algo, comumente o dragão, o rei, o sol, o leão, uma águia, um sapo. O dragão, como já comentamos, simboliza o inconsciente, a psique instintiva. Rei, sol e leão referem-se ao ego, ao instinto de poder e também a um princípio coletivo dominante ou regulador, os quais devem ser modificados para que um novo centro desponte. Outro objeto da *mortificatio* é a figura da pureza e da inocência: quando algo branco é morto, putrifica e se torna negro.

É como se o ego, ao encarnar-se e ousar existir como um centro autônomo de ser, adquirisse realidade substancial, mas também se tornasse sujeito à decomposição e morte. Alusões à decapitação também aparecem, e Jung comenta a cabeça oracular, símbolo da consulta à totalidade para informar-se além das possibilidades do ego.

Refletir sobre a morte pode levar uma pessoa a ver a vida sob o prisma da eternidade. A origem e o desenvolvimento da consciência parecem estar ligados à experiência da morte. Edinger comenta que talvez o primeiro par de opostos percebido pela consciência do homem primitivo tenha sido o contraste entre o vivo e o morto. Provavelmente apenas uma criatura mortal seja capaz de consciência. Nossa mortalidade é nossa fraqueza maior e nossa força suprema.

As mais antigas formas de expressão religiosa se associam a ritos de sepultamento, sendo o simbolismo mortuário egípcio a primeira grande testemunha da realidade da psique. É como se a psique não pudesse existir como uma entidade separada, até descobrir a morte no aspecto literal, concreto e físico. O inconsciente coletivo equivale à terra dos mortos ou à vida após a morte, e uma descida ao inconsciente coletivo é sentida como uma morte deste mundo.

O encontro com o inconsciente, isto é, a experiência do todo, é sempre vivido pelo ego como uma derrota dolorosa, o que a alquimia expressa através de símbolos de morte, mutilação ou envenenamento. Por outro lado, seguindo a lei dos opostos, na medida em que o ego admite a morte, constela-se a vida nas profundezas. Esta é a essência da psicologia do

sacrifício. As vivências de nascimento e morte, presentes em cada experiência de transformação durante a vida, não são sinônimos de começo e fim, mas sim o conteúdo do potencial de desenvolvimento. Um sacrifício das perspectivas pessoais é necessário a cada avanço, e este é vivido como uma morte.

Sonhos Sobre a Morte e Próximos da Morte

Os sonhos são produtos naturais e espontâneos da psique e mantêm grande independência em relação à consciência - prestam-se, portanto, a investigações sobre o inconsciente e a natureza psíquica do ser humano. Marie-Louise von Franz destaca-se no meio junguiano por seus estudos recentes sobre sonhos ligados à morte (3;6). Observou que eles não se diferenciam dos demais eventos oníricos, pois mantêm uma relação compensatória com a consciência e colocam-se a serviço do processo de individuação. Ocorrem com frequência a partir da meia-idade. Isto não significa que a morte esteja próxima, mas que a consciência está fixada numa atitude excessivamente juvenil em relação à vida, a qual requer uma reavaliação. Tais sonhos não indicam um fim psíquico, mas apontam para a morte do corpo sempre que a atitude consciente for de negação desta, como por exemplo o não-reconhecimento de uma doença terminal ou do passar dos anos. Por outro lado, os sonhos que antecedem à morte num curto espaço de tempo geralmente sugerem a preparação para uma profunda transformação, a qual implica em algum tipo de continuidade da vida psíquica. Seu conteúdo apresenta grande diversidade de imagens míticas, análogas aos ensinamentos de diferentes religiões sobre a vida pós-morte.

Em alguns sonhos próximos à morte, von Franz constatou uma atitude de distanciamento ou indiferença quanto ao corpo. Também aparece com frequência o símbolo do fogo, que já na alquimia era visto como a essência imortal. As operações alquímicas pelo fogo tinham o sentido de realizar uma purificação da matéria, extraíndo dela o essencial. O fogo é descrito em muitos textos alquímicos como o transmutador da morte, o que provoca a ressurreição, aludindo a um processo de desencarnação e liberação do corpo, na morte. Esta geralmente é associada à frieza e enregelamento.

A vegetação também costuma aparecer ligada à morte. O deus Osiris era muitas vezes simbolizado como um grão de trigo. Os egípcios acreditavam na ressurreição, que associavam ao grão e à vegetação, imagens ao mesmo tempo de transitoriedade e de vida eterna.

Um tio muito próximo veio a falecer aos cinquenta e poucos anos, vítima de uma doença terminal. Em certa ocasião, tive um sonho em que ele vinha ao meu encontro e dizia que estava muito bem, observando e refletindo. Com uma tranqüilidade enorme, explicava-me ainda que seria dividido em três e que cada uma dessas partes retornaria à vida, numa existência individual. Acordei impressionada com o sonho: emocionalmente tocada pelas saudades dele, ao mesmo tempo muito confortada pela serenidade do sonho e intrigada também com a idéia peculiar de reencarnação que me fora apresentada. Naquele dia encontrei-me com minha tia, sua viúva, e contei-lhe que havia sonhado com ele. Ela comentou que na véspera se completavam exatamente quatro anos desde sua morte e que, muito emocionada por isso, ela não havia podido dormir à noite. Contei-lhe então meu sonho, que a essas alturas eu já considerava como nosso sonho, e tive a impressão de que ela ficou sensibilizada e de alguma maneira confortada. E fiquei ainda mais intrigada com o que me parecia então ter sido um sonho que eu tivera também por e para ela.

Quanto à idéia muito difundida da reencarnação, Jung (7) tece algumas considerações. Muitos mitos afirmam que se a alma tiver atingido certo nível de desenvolvimento não necessitará mais retornar à Terra, ultrapassando o desejo de se ver reencarnada, libertando-se do mundo tridimensional e atingindo um estágio diferente de existência. Mas que, se ainda houver um carma a cumprir, a alma recairá no mundo dos desejos e retornará à vida.

É impossível separar a idéia da reencarnação da de carma. Resta saber se o carma é concebido como pessoal, levado de uma vida à outra, ou como impessoal, assimilado no momento do nascimento. O próprio Buda teria se esquivado de responder a essa questão, afirmando que o máximo de sentido da existência que podemos alcançar reside na própria vida. Jung sugere que consideremos o carma como um arquétipo impessoal, que toma o mundo inteiro numa determinada época: atual-

mente, a questão da tríade divina e sua confrontação com o princípio feminino, isto é, a questão da origem do mal.

Os espíritas falam na possibilidade de uma nova encarnação de seres vindos do além que, inclusive, podem se comunicar com os vivos através dos médiuns. Embora alguns pesquisadores atuais tentem comprovar esses fatos, não há nada conclusivo. Tais idéias podem se reduzir a complexos do inconsciente coletivo. O fato é que do ponto de vista psicológico, que independe da comprovação empírica, tais crenças podem oferecer alento a pessoas que sofrem com a falta de perspectiva de vida.

Outro tema que aparece em sonhos próximos à morte é o que representa as metades do ser. Diferentes imagens mitológicas apresentam o homem que nasce e vive na Terra como sendo apenas um meio-homem, um ser incompleto, que na morte experiencia a alegria de poder se reunir à sua parte complementar. Em sonhos próximos à morte o tema do *hierosgamos* (casamento sagrado) aparece com certa freqüência. Sob certo ângulo, a morte é uma terrível brutalidade: no lugar de uma pessoa com quem se convivia, resta o silêncio. Mas a morte se apresenta também como um acontecimento alegre, um mistério de união ou casamento com a metade que faltava, uma festa.

Uma mulher de quarenta e um anos que acompanhei em psicoterapia relatou um sonho que considero exemplificar bem esse duplo aspecto:

Ela subia uma montanha e na encosta via um enterro. Ao mesmo tempo era ela quem estava morta, sendo enterrada, e quem assistia ao enterro. Ela então deixava o enterro para trás e ia para o outro lado da montanha. Ali se deparava com um casamento, numa cerimônia muito pomposa e belíssima, que a emocionava muito.

Nos sonhos próximos à morte, encontram-se também alusões a uma barreira separando o mundo dos vivos e o dos mortos, e ao perigo, para ambos os lados, em ultrapassá-la. Edinger (8) denomina "metafísicos" alguns desses sonhos, na medida em que apresentam dificuldade de interpretação no nível subjetivo e nos tentam a considerá-los como possíveis afirmações simbólicas sobre uma outra realidade. Jung (7) no entanto comenta a impossibilidade de comprovar qualquer afirmação a respeito da morte, e enfatiza a necessidade de mitologizar a respeito: renunciar a transformar a questão num problema intelectual, valendo-nos apenas da

razão, mas dar-lhe atenção e ousar esboçar uma concepção, já que o inconsciente nos oferece comunicações e alusões metafóricas.

Jung, ainda, observou que as figuras dos mortos que aparecem nos sonhos estão sempre em busca de informação, alegando terem parado de adquirir conhecimentos no momento da sua morte. Haveria um saber da natureza que só pode ser apreendido em condições tridimensionais, de tempo e espaço, e a possibilidade de transformação existiria apenas no mundo dos vivos. Os mortos muitas vezes aparecem como continuando seu processo de desenvolvimento, mas precisando dos vivos para se informarem e alcançarem o estágio mais avançado das descobertas e realizações feitas por estes. E na vida que se dá o conflito entre opostos, o qual permite a ampliação do nível de consciência.

Experiências entre a Vida e a Morte

Em 1934 Jung escreveu *A alma e a morte (1)*, em 1935 o *Comentário psicológico sobre o Livro tibetano dos mortos (9)*. Em 1944, fraturou um pé e logo depois sofreu um enfarte cardíaco, passando então por períodos de inconsciência em que teve certas visões, chegando a concluir que estava prestes a morrer. Ele relata essas experiências no capítulo "Visões" de seu livro *Memórias, sonhos e reflexões (7)*, que escreveu no fim da vida e cuja publicação só autorizou desde que fosse póstuma. Jung faleceu em 1961. Nos anos que se seguiram à sua vivência de inconsciência, reviu os dois textos citados. Também em seu livro de reminiscências, afirma que o que ainda lhe faltava compreender era o que havia suscitado seu nascimento, sendo este o elemento mais poderoso de seu ser.

As experiências que Jung apresenta nesse capítulo lhe conferiram a certeza de que o espírito, ao contrário da capacidade de percepção, perdura além da morte, segundo confidenciou a Frey-Rohn (3). Afirmou a ela que o fascínio que os homens sentem pela mitologia *da coniunctio* (conjunção e integração dos opostos) provém da memória retrospectiva das grandes imagens do além, e que estas são tão belas, sublimes, cheias de paz e plenitude, que foi para ele um grande sacrifício retornar à vida depois de tê-las presenciado.

Jung relata ter visto a Terra de uma grande distância e um meteorito que, como ele, flutuava no espaço. Um hindu o meditava e o esperava e, na

medida em que ele se aproximava desse ser, era-lhe dolorosamente arrancada toda a fantasmagoria de sua existência terrestre, subsistindo, no entanto, ele próprio, numa vivência de extrema pobreza e extrema satisfação. Não sentia mais nenhum desejo e sabia que iria ao encontro de seu grupo de seres humanos, num local iluminado.

Diz ter encontrado depois seu médico na forma primária e este o teria mandado voltar à Terra. Recobrou consciência, mas passou ainda três semanas profundamente decepcionado e deprimido. Nesse período, costumava acordar à noite e permanecer cerca de uma hora desperto, num estado de êxtase em que teve certas visões: um jardim de romãs, um casamento místico e cabalístico, as núpcias do cordeiro, o *hierosgamos* de Zeus e Hera. Descreve o que vivenciou como a beatitude de um estado atemporal. Viveu algo semelhante na década de 50, depois da morte de sua mulher, quando esta lhe apareceu num sonho em que os dois se contemplavam numa totalidade objetiva. Este autor comenta que as relações afetivas são sempre carregadas de projeções, juízos de valor, desejos e exigências, e que é preciso se desprender de tudo isso para se chegar ao conhecimento objetivo e ao mistério central da *coniunctio*.

Depois da doença, Jung relata ter entrado num período de grande produtividade em que explorou novas formas de expressão, desistiu de tentar impor suas idéias e passou a se submeter à fluência espontânea dos pensamentos. Afirma que nunca mais se libertou da impressão de que a vida é um fragmento da existência, o qual se desenrola num sistema de três dimensões com uma finalidade específica. Passou a viver uma aceitação incondicional do ser e das condições da vida. Enfatiza a importância de acolhermos os pensamentos que nos ocorrem sem qualquer juízo de valor, considerando-os como uma parte de nossa realidade.

No final de sua vida, Jung se constatou vivendo uma grande estranheza e incerteza, misto de espanto, decepção e satisfação, e ao mesmo tempo um sentimento crescente de parentesco com todas as coisas. Relatou a Aniela Jaffé (3) que ainda lutava com uma enorme vontade de viver e que, apesar de passar por momentos depressivos, vivenciava, graças à sua percepção da "atemporalidade do tempo", uma sensação fundamental de alegria.

Graças aos avanços da medicina, atualmente é possível obter e investigar relatos de pessoas que tiveram experiências num estado intermediário entre vida e morte. Os limites da consciência não coincidem com os do sistema biológico ou nervoso. Frey-Rohn (3) apresenta uma síntese e comentários a respeito de depoimentos de pessoas que foram consideradas clinicamente mortas e depois retornaram à vida.

As pessoas que estiveram nesse estado relatam percepções do local em que se encontravam (quarto, hospital, etc) e também de algo que identificam como uma outra dimensão, constituída basicamente de luz. Nesta, dizem ter permanecido num corpo, mas diferente do corpo físico por ser sentido como sem peso, fora do tempo, sem limitações materiais - algo que geralmente descrevem como espiritual, pura consciência ou como uma nuvem, fumaça ou vapor, e que mantém conexão com o Eu. A esse corpo é associada grande velocidade e uma especial capacidade de percepção, que supera a dos sentidos.

A vivência é de uma espécie de cisão. O Eu parece se revitalizar e, embora não tenha uma forma corpórea, continua perceptível para si próprio, às vezes como um corpo astral, transparente e azulado, e sempre sentido como imaterialmente muito belo. O corpo físico, geralmente também percebido, permanece inconsciente. Os pacientes relatam que nesse estado não sentem mais dor, mas apenas sensação de harmonia e libertação. É comum a imagem do túnel: uma parte permanece presa o corpo inconsciente, enquanto a outra é assimilada no âmbito espiritual, passando a constituir um "Eu sutil", como já sugerira Jung (1). Este então se encontra numa situação luminosa, de intensa clareza e nitidez, em plena harmonia e objetividade. Alguns se referem também ao surgimento de uma música de especial beleza, a espalhar tranquilidade, e à percepção de um ser puramente espiritual. A palavra parece ser pouco importante - há relatos da percepção de uma "voz", um nome proferido, pouca coisa. A palavra, quando se dá, vem sempre depois da vivência da luz, da cor e da música. Todos relatam o aparecimento impressionante de uma luz muito intensa e clara, percebida como disposta a ajudar o paciente, e que às vezes se personifica.

Ao encontro com os seres luminosos, segue-se uma retrospectiva da vida passada: o morto revive toda a sua existência terrena, mas numa incrível velocidade e com grande nitidez e sensação de veracidade e objetividade.

Alguns pacientes relatam não se lembrar de como o Eu voltou ao corpo físico. Outros falam de uma experiência de sucção ou choque, sempre enfatizando o quanto é penoso retornar, afastar-se daquela dimensão que os deixa extremamente saudosos.

Experiências semelhantes são relatadas por pessoas que estiveram à beira da morte por afogamento, congelamento ou queda, e por alpinistas que ultrapassaram oito mil metros de altitude.

As vivências entre a vida e a morte, que Frey-Rohn denomina "visões da morte", podem ser relacionadas aos sonhos sobre a morte, aos êxtases místicos e a certas considerações feitas no âmbito da parapsicologia.

Ambos, os sonhos e as visões, abordam o significado da morte, apresentando conteúdos de caráter irracional e numinoso. Mas há diferenças significativas: os sonhos trazem um colorido pessoal, enquanto as visões se caracterizam por falta de sensibilidade sensorial, com imagens de impessoalidade e distanciamento; estas não apresentam aspectos sombrios e negativos como aqueles. Ambos, quando evocados e assimilados à consciência, propiciam uma transformação na personalidade, mas enquanto os sonhos geralmente favorecem o preparo para a morte, as imagens das experiências no estado intermediário parecem ser relevantes sobretudo em relação à cura do corpo.

Tanto nas visões da morte quanto no êxtase místico há o relato de um choque inicial, seguido pela travessia de um túnel e pelo despertar de um Eu diferenciado, que passa então pelas experiências acima descritas. Na mística iraniana do século XII há a idéia de um mundo intermediário, no qual o corpo material se espiritualiza e o espírito se transforma em corpo sutil. E, tanto o místico quanto o que se recupera do coma, relatam ter vivência de um renascimento no retorno.

Chama a atenção no entanto o fato de o místico relatar experiências terríveis, de escuridão, terror e confronto com monstros e aspectos sombrios, alternadas às de luminosidade e harmonia, enquanto as visões de morte apresentam apenas o lado belo, claro e de ajuda dos seres iluminados. Relaciono este fato à grande diferença entre os dois tipos de experiência: o místico procura conscientemente vivenciar a transcendência, ao passo que o paciente comatoso é passivo neste aspecto. É como se o místico estivesse numa condição mais propícia à vivência da *mortificatio e*

o paciente mais necessitado de uma experiência, que através da conexão com imagens compensatórias de harmonia e integração, se ligue à cura do corpo debilitado e desequilibrado.

Jung (1) se interessou por fenômenos parapsicológicos, tendo identificado neles coincidências irracionais e acausais entre eventos de diferentes naturezas, que no entanto apresentam um sentido único. Denominou "sincronísticos" tais acontecimentos e sugeriu a existência de um fator responsável, o qual seria de natureza psicóide, isto é, não-psíquica mas existente no arquétipo, e que poderia ser ativado por emoções muito intensas. Este autor levanta a hipótese de que a psique seria capaz de anular as categorias de tempo e espaço, que a ela aderem como qualidades relativas e condicionadas. A natureza da psique parece ser transempacial e transtemporal, e sua relação com o cérebro bem mais controlada do que tem julgado a ciência. Jung reconhece tratar-se de uma concepção difícil de ser assimilada, mas, ante os fatos que se apresentam, julga-a necessária e imperativa, se quisermos avançar na compreensão do ser humano.

Marie-Louise von Franz (6) afirma que a parapsicologia se relaciona à alquimia, pois ambas buscam um ponto de vista universal que considere a psique e a matéria como uma realidade única, e a morte como uma separação apenas parcial entre elas. A morte seria em sua essência uma transformação psicofísica.

Há também tentativas de se reduzir as visões de morte a perturbações da percepção, a fatores químico-farmacológicos, ou ainda a fatores fisiológicos como falta de oxigenação cerebral, etc. Embora importantes para elucidar alguns aspectos, estas concepções ignoram o fato de que tais visões trazem uma vivência de convincente realidade, que perdura por muito tempo e se associa à transformação psíquica que costuma se seguir.

Frey-Rohn sugere que o princípio de sinctonicidade, descrito por Jung como relativo à coincidência significativa entre a psique interior e eventos externos, seja também aplicado às relações entre os processos que se dão simultaneamente no corpo e na psique do indivíduo. Ela se baseia nos estudos de Meier a respeito das práticas de incubação na Grécia Antiga. Nestas, o doente deveria passar ao menos uma noite num aposento especial, denominado *abaton*, no templo de Esculápio, a fim de ter um sonho

ou visão que o pusesse em contato com a divindade - é assim se possibilitaria a cura. Meier considera que a natureza arquetípica dessas práticas consiste no aspecto curador e se vale do conceito de sincronicidade entre os processos que ocorrem no corpo e na psique para compreendê-lo. Nas experiências intermediárias entre a vida e a morte, tanto as vivências luminosas, quanto a escuridão corporal parecem expressar uma única situação: a questão da sobrevivência ou morte.

O arquétipo, da maneira como acabou sendo concebido por Jung, é um princípio que forma o mundo, organiza as relações psicofísicas e é também capaz de dispor dos atos criativos, independentemente do tempo. E nos permite compreender a sincronicidade dos eventos nas visões da morte como um ato criativo espontâneo, detonado pelo medo profundo diante da ameaça de morrer. Assim, em vez de considerarmos, como se fazia até a Idade Média, uma correspondência mágica entre certos acontecimentos e a emergência de um conhecimento absoluto, reconhecemos a ação do princípio de sincronicidade.

Marie-Louise von Franz (3) reproduz trechos de uma carta que Jung escreveu, em 1952, discorrendo sobre as relações entre a psique e o corpo. Ele sugere que consideremos a psique como uma intensidade, e não como um corpo que se move no tempo, e o cérebro como uma estação transformadora que transmuta a intensidade relativamente infinita da psique, em frequências ou vibrações que podem ser captadas. Libertada dos efeitos do cérebro, a psique poderia reassumir suas características inerentes, que transcendem o tempo e o espaço.

No âmbito da matéria, podemos apenas observar o que se relaciona ao fenômeno da luz. Tudo o que ultrapassa sua velocidade é-nos inatingível. Jung levanta a hipótese de que a psique se constitui basicamente da mesma energia que o corpo, mas com intensidade e frequência de vibração infinitamente mais elevadas, podendo superar as da luz. Haveria uma parcela de psique que não se submete à ação redutora do cérebro e permanece, independentemente de vida ou morte.

Frey-Rohn relaciona a recuperação de um paciente desenganado à atividade criativa e autônoma do arquétipo, e reconhece um paralelo entre os sonhos de cura nos templos de Esculápio e as visões da morte. O fato de se estar vivendo uma situação extremamente crítica já indica a conste-

lação de um arquétipo, capaz de promover a cura. Permanece no entanto uma dúvida: Nos mistérios, tanto os ritos e cultos quanto a relação pessoal estabelecida com o sacerdote são fundamentais como propiciadores da cura; em relação aos comatosos, como falar em participação da consciência, a qual é condição para a transformação?

Frey-Rohn, ao refletir sobre esta questão, baseia-se nos comentários de Dieckman sobre um Eu onírico, mais permeável a novas aquisições e mudanças do que o Eu desperto e, portanto, por onde se iniciariam os processos de transformação dentro da análise - daí a importância do trabalho com sonhos. Em analogia a este Eu onírico, ela sugere que o Eu sutil, identificado nas visões da morte, seja o sujeito interior do processo de cura. Ele seria o responsável pela conexão com as imagens e por sua transição até o Eu desperto.

Outro fator significativo para a cura é que os símbolos vivenciados nas visões da morte têm um caráter universal e coletivo, girando ao redor da questão da morte, sem ligação pessoal com o paciente. São imagens que trazem um sentido de liberdade, integrando opostos, tendendo à perfeição, e que podem ser associadas a idéias e práticas religiosas as mais diversas. É possível que no estado de coma se dê algo semelhante ao que ocorre sempre que um material arquetípico irrompe na consciência através de um sonho ou fantasia: instaura-se a oportunidade de ligação da consciência do indivíduo com a sabedoria acumulada da humanidade, a qual até então permanecia inconsciente nele.

Frey-Rohn comenta ainda a capacidade de se recordar dessas experiências, julgando-a tão misteriosa quanto no caso dos sonhos. É difícil averiguar se o pós-comatoso relata algo realmente vivido, embora assegure que sim, ou se preenche as lacunas de memória num processo análogo ao que Freud chama de elaboração secundária do sonho. De qualquer maneira, é provável que a elaboração posterior das visões se dê segundo o mesmo arquétipo que as constelara. Esta autora sugere concebermos um "núcleo do Eu", de energia indestrutível e que permaneceria ativo mesmo em estado de inconsciência, relacionando este conceito a formulações análogas de Jung, Meier e Neumann.

A síntese que faz Frey-Rohn consiste na hipótese de que o arquétipo, graças a sua numinosidade, a sua força criativa autônoma e a seu poder

curativo inerente, coordena a cura e a transformação no paciente. Especial importância é dada à alusão a uma dimensão que transcende o tempo e o espaço e ao núcleo do Eu, abrangendo desde o Eu sutil até o Eu desperto. A psique teria a capacidade de, sem perder sua continuidade, passar de um estado a outro, podendo a consciência se focalizar ora em suas idéias e emoções, ora nas sensações corporais, ora nas vivências em estado de êxtase ou de coma, ora no drama onírico...

O Livro dos Mortos do Antigo Egito

Os egípcios nos apresentam uma interessante concepção de vida e de morte. Eles eram um povo concreto e materialista e seu livro dos mortos contém uma grande variedade de imagens universais. Após a morte, o defunto faria sua última e grande viagem, em que teria de ultrapassar os "Pórticos de Osíris", perigosas fronteiras da *Duat*, que equivale ao que costumamos entender por inferno ou purgatório, e chegar ao julgamento final da "pesagem da alma" (*Ba* e *Ib*), podendo então, se bem-sucedido, passar a viver no *Amenti*, que equivale a um paraíso de segundo nascimento. Se malsucedido, passaria a viver na *Duat*, numa condição equivalente a uma segunda, e definitiva, morte. *O livro dos mortos do Antigo Egito* contém versículos, rezas, encantações, fórmulas mágicas e um rol de oferendas a serem levadas.

Relato a seguir o mito de Osiris e Ísis, que é central nesse livro, apoiando-me na versão e comentário apresentados por Pierre Solié (10):

"Osiris reina, em companhia de sua irmã gêmea e esposa, sobre um Egito civilizado e unificado. Seu irmão gêmeo, Seth,... louco de raiva e de ciúme... decide livrar-se dele pela astúcia. Faz construir um ataúde magnífico... com as dimensões exatas do seu irmão e... promete esta jóia àquele que, deitando-se nela, preencha-a com exatidão. Foi evidentemente Osiris que melhor se ajustou ali, mas, mal ele tinha se deitado, os conjurados de Seth pregaram o tampo, revestindo-o com chumbo, e jogaram-no ao Nilo a fim de que o Mediterrâneo o levasse embora para sempre... Quando sua irmã-amante soube da notícia terrível, ela se lamentou longamente, tornou luto e foi à sua procura. Foi esta a primeira parte da busca de his que a conduziu até a Fenícia, a Biblos, onde ela descobriu o cofre-sarcófago de seu amante encerrado no coração do cedro mais belo da região, que se tomou,

por isso mesmo, a coluna mestra do palácio do rei do lugar (a futura coluna Djed, representante deste Deus quando da comemoração da paixão-iniciação). Para recuperá-lo, Isis entra no palácio como ama do recém-nascido da casa real e se mete imediatamente a imortalizá-lo pelo jejum e pelo fogo. Mas a rainha, surpreendendo-a, emociona-se profundamente com estas práticas e a deusa teve que revelar sua identidade, reivindicando a coluna a fim de retirar dela o sarcófago... Foi assim que ela o levou de volta ao Egito, enquanto os dois filhos do rei de Biblos morriam em conseqüência: o mais novo, por causa das lamentações barulhentas da deusa diante do corpo de seu amante, e o mais velho, do seu olhar severo quando quis contemplar o corpo de Osiris no seu sarcófago.

"Desejando passar pela casa onde ficava seu filho Hórus (o Jovem), ela esconde o corpo do seu amante nos caniços do Nilo, mas Seth, que por acaso, nessa noite, caçava na região, descobre o famoso ataúde... Fu rioso, pega o corpo de seu irmão infortunado e o corta em quatorze pedaços que dispersa em todas as direções.

*"E esta foi a segunda fase da busca de Ísis, à procura infatigável dos quatorze pedaços do seu amante. A cada fragmento precioso e reencontrado ela eleva um santuário. Mas... não foi possível encontrar a décima quarta parte do corpo sagrado de Osiris, pois foi devorado pelos peixes do Nilo. Tratava-se do seu pênis divino. Então Ísis fez uma cópia, em ereção... modelou, esculpiu em todos os materiais, consagrou-a... e deu esse Falo todo poderoso à veneração de todos os Egípcios. Enquanto ela reconstituía o corpo castrado do seu amante e o ressuscitava para que Osiris renascido viesse a ser o deus dos infernos de segundo nascimento (*Amenti*), o irmão maldito, Seth, se tomava o demônio dos infernos da danação eterna (*Duat*). Uma hierogamia (união sexual sagrada) simbólica fechava o ciclo passional do deus sacrificial."*

Os egípcios concebiam o pós-morte como uma situação que levava a um dos dois estados definitivos: *Amenti*, reino de Osiris e dos mortos renascidos, ou *Duat*, reino de Seth, inferno da danação eterna. Valorizavam o corpo físico, mumificando-o para que dele fossem extraídos os princípios espirituais, os quais seguiriam na viagem intermediária. O corpo físico era objeto de contemplação e meditação. O *Ka* passava a desempenhar,

então, o papel que em vida era do corpo físico: lugar de estabilidade, parte mais condensada e resistente do ser invisível. Diferia do corpo físico por ser imaterial, mas ainda exigia comida para a travessia da *Duat*. Havia também o *Khaibit*, que podemos equiparar à sombra, na medida em que se constituía de todos os instintos, necessidades e desejos, tanto na forma pura quanto na perversa, e se manifestava em fantasias impressionantes. Estando corrompido, enfrentava os perigos de ser destruído, devorado ou roubado no além-morte.

O *Ba*, equivalente à alma, estava sempre ligado ao *Ib*, o coração, geralmente representado por um pássaro de cabeça humana, responsável pelo segundo nascimento junto a Osíris ou pela morte definitiva. O *Ba Ib* possuía um grande dinamismo, podendo sofrer muitas transformações. Juntos, não deviam ter mais peso de pecado do que a pena de *Maat*, a deusa da ordem cósmica. As pulsões tinham de ter sofrido as metamorfoses naquilo que os gregos e latinos chamavam de *Eros* (amor ao próximo), *Caritas* (amor aos outros) e *Agape* (amor universal, cósmico). A alma e o coração deviam ir se separando do corpo e dos desejos, abandonando as imagens que os representavam, para transcendê-los em imagens da alma e do espírito.

Ultrapassando o perigo da segunda morte, advinha o *Khy*, que correspondia ao Escolhido ou ao Iniciado e residia no *Amenti*, longe da *Duat* de redenção ou danação. E, finalmente, o *Shu*, Corpo Glorioso e Espírito Iluminado e Consagrado. Nenhum desses dois poderia ser atingido pela segunda morte e portanto dispensavam as oferendas funerárias, rezas, encantações e fórmulas mágicas, que compõem o conteúdo do *Livro dos mortos do Antigo Egito*.

O Livro Tibetano dos Mortos

Tentar compreender as concepções egípcias e tibetanas requer de nós grande esforço. São bastante diferentes das que costumamos adotar, e sua linguagem nos é estranha. No entanto, tal empenho acaba sendo recompensado, pois podemos assim entrar em contato com visões de ser humano em muitos sentidos complementares às nossas.

O *Livro tibetano dos mortos*, ou *Bardo Thödol*, consiste numa série de instruções para os mortos e moribundos, a fim de ajudá-los a ultrapassar

o *Bardo* - período intermediário, de quarenta e nove dias após a morte, que culmina com a liberação e transformação em luz, ou com a reencarnação. O livro divide-se em três partes: *Chikhai Bardo*, que descreve a situação psíquica no momento da morte; *Chönyid Bardo*, que trata do estado onírico e das ilusões cármicas que se dão logo após a morte; e *Sidpa Bardo*, que apresenta o estabelecimento do instinto de nascimento e dos eventos pré-natais. O objetivo último dos tibetanos era evitar a reencarnação, isto é, a entrada no *Sidpa Bardo*.

Imediatamente após a morte, há a maior possibilidade de se atingir a liberação, na medida em que é concedida a máxima iluminação. Logo as ilusões começam, as luzes vão se tornando gradualmente mais fracas e as visões mais terríveis, aumentando os riscos de uma nova encarnação.

A primeira tradução do *Bardo Thödol* para o inglês foi a de Evans-Wentz, em 1927. Jung escreveu em 1935 um comentário (9) a respeito, o qual reviu em 1953. Neste me baseio para estas considerações. Diz ele que *O livro tibetano dos mortos* parte da crença na supratemporalidade da alma e da necessidade que têm os vivos de fazer algo em relação aos mortos. Foi escrito para ser recitado na presença do cadáver, a fim de iluminar o morto em sua viagem através do *Bardo*. Jung afirma que este livro tem o seguinte pressuposto: qualquer afirmação metafísica é relativa, isto é, condicionada pelo nível de consciência de quem a emite. O morto tem a possibilidade de compreender que mesmo os deuses são a radiação e reflexão de sua própria alma (ou psique), e recuperar o estado que perdera na ocasião do nascimento.

Jung sugere que nós, de tradição ocidental, leiamos este livro de trás para frente, isto é, focalizemo-nos em primeiro lugar no *Sidpa Bardo*, a seguir no *Chönyid Bardo* e então no *Chikhai Bardo*, por ser esta a ordem seguida por nossa psique e nossa psicologia. Tal inversão não corresponde à intenção original do *Bardo Thödol*, mas o contato desta maneira com o livro pode levar-nos à ampliação do conhecimento da vida, da psicologia que integra o irracional e o espiritual, e à compreensão de que a psique não é apenas a condição de toda a realidade física, mas é essa própria realidade, isto é, que as afirmações metafísicas são, em última análise, afirmações psicológicas.

Jung reconhece o pioneirismo de Freud e o grande avanço para a mente ocidental que foi a psicanálise, mas considera que ela foi até o estado do *Sidpa Bardo* e ali estancou, devido ao preconceito de que tudo que é psicológico é subjetivo e pessoal. Julga que Freud se deteve diante do medo da metafísica - medo aliás bastante justificado e presente também no *Livro tibetano dos mortos*. E Jung tenta dar mais um passo, penetrando no sentido do *Chdnyid Bardo*.

No estado *Sidpa*, o morto, incapaz de aproveitar os ensinamentos dos dois *Bardos* anteriores, cai 'presa de fantasias sexuais e é atraído pela visão de casais copulando, até ser apanhado por um útero e acabar nascendo novamente. Vai-se formando a base de seu complexo de Édipo, na medida em que, se destinado carmicamente a renascer como homem, apaixona-se por sua futura mãe e repele seu pai, o inverso se dando com quem vier a nascer como mulher. A psicanálise investiga esse estado, mas no sentido inverso ao do *Bardo Thddol*: parte das fantasias sexuais da infância e caminha em direção ao útero.

O estado *Sidpa* se caracteriza pela ferocidade do carma, verdadeiro turbilhão que leva o morto até o útero sem permitir retorno, dada a força dos instintos, inclusive o do renascimento físico. Em outras palavras, quem aborda o inconsciente apenas com pressupostos biológicos, fica preso na esfera instintiva e é puxado repetidamente para a existência física.

A psicologia do *Sidpa Bardo* consiste no desejo de viver e renascer, o que impede a experiência das realidades psíquicas transsubjetivas e transtemporais, isto é, arquetípicas. O morto deve desesperadamente resistir a tal desejo e aos ditames da razão, abdicando da supremacia do ego, a fim de não cair no estado *Sidpa* e novamente encarnar-se. Isto significa uma morte simbólica, o fim de qualquer conduta exclusivamente consciente, moral ou racional, e um render-se voluntário às ilusões cármicas, que surgem no estado *Chbnyid*, anterior ao *Sidpa*. Estas são o produto de uma imaginação desinibida e é difícil por um lado dar-lhes o devido valor e, por outro, diferenciá-las de um estado psicótico..

A abertura do *Sidpa Bardo* descreve o terror e a escuridão do contato com tais ilusões. Jung afirma que o estado *Chiinyid* equivale a uma psicose deliberadamente induzida, pois as imagens arquetípicas aparecem pri-

meiramente em sua forma terrível, implicando num enorme perigo, que deve ser tomado muito seriamente. Os tormentos deste *Bardo* são descritos como torturas; há uma desintegração da totalidade do corpo *Bardo*, que é uma espécie de corpo sutil, de função equivalente à do corpo físico durante a vida: constitui o envelope visível do self psíquico. Tal desmembramento tem seu correspondente psicológico em sua forma mais deletéria na esquizofrenia.

Ultrapassar em vida o estado *Sidpa* e chegar ao *Chdnyid*, como propõe Jung, é realizar uma inversão perigosa dos objetivos e intenções da consciência, num auto-sacrifício sofrido profundamente pelo ego. Este autor comenta que ninguém que se dedique à individuação é poupado dessa passagem, que, por outro lado, consiste na oportunidade de se chegar à visão do mundo como simbólico, isto é, refletindo algo que sempre esteve no próprio sujeito, em sua própria realidade transsubjetiva.

O *Chónyid Bardo* se denomina "Bardo de Experienciar a Realidade". As fantasias assumem forma real e o tema do carma se desenrola. Aparecem deuses e deusas apavorantes, acompanhados de horríveis monstros. Mas, apesar do aspecto caótico e amedrontador, Jung reconhece ali uma certa ordem, mandálica e quaternária, observando as cores e direções assumidas por tais seres.

Conseguindo ter o insight necessário e não cair no *Sidpa Bardo*, o morto vem a saber que todas essas fantasias emanam dele próprio e a reconhecer os quatro caminhos de luz, que então lhe aparecem como radiações de suas próprias faculdades psíquicas. Chega finalmente à visão da efulgente Luz Azul Suprema. Cessam as ilusões cármicas e a consciência volta ao estado atemporal e não-caótico de totalidade e plenitude. É assim que, lendo o livro de trás para frente, atinge-se o *Chikhai Bardo*, vivido no momento da morte.

Jung considera no mínimo original conceber a situação pós-morte como um estado onírico terrível, de caráter progressivamente degenerativo. No instante da morte dá-se a visão suprema, e logo se inicia uma queda crescente na ilusão e escuridão, até a degradação máxima do novo nascimento físico. O apogeu espiritual é alcançado no momento da morte, o que nos leva a considerar a vida humana como o veículo de maior perfeição possível. Ela gera o carma que possibilitará a liberação dos objetos, a

permanência na luz e na vacuidade, sem mais ilusões. A vida no *Bardo* não conduz a castigos ou paraísos, mas talvez a uma queda num novo nascimento físico, isto é, a uma nova oportunidade de chegar mais perto do objetivo final de completude e compreensão de que por trás dos conteúdos do inconsciente coletivo não há realidade física ou metafísica, mas "apenas" a realidade da psique.

Concluindo...

Ao que acontece, se é que algo acontece, na morte e no pós-morte não temos acesso. Mas podemos imaginar. E ao fazê-lo nos beneficiamos...

Jung (7) diz que a questão decisiva para o homem é saber se ele se refere ou não ao infinito. Se nos consideramos relacionados a ele, assumimos certos valores, desejos e atitudes, discriminando o que entendemos como essencial ou como futilidade, e nos conectamos a um sentido para a vida. E Frey-Rohn, numa formulação a meu ver muito pertinente, afirma que saber como é realmente a vida pós-morte ou pré-nascimento não é importante. Realmente significativa é a recuperação do elemento simbólico presente em suas imagens, as quais superam os conflitos inerentes a certas polarizações em que costumamos estancar: aqui-além, material-espiritual, corpo-psique, corpo físico-corpo sutil, psique-matéria, etc. Se o homem, envolvido pela sua própria morte, resistir à tentação de tornar presentes as imagens percebidas e puder valorizá-las simbolicamente, como expressão de sua experiência psíquica, poderá vivenciar o campo intermediário em que ocorre a transformação.

Convivemos diariamente, o tempo todo, com a perspectiva da morte. Estamos sempre morrendo um pouco. A expressão "Morri e nasci de novo!" é comum, acompanhando momentos de grandes mudanças. Acredito que as civilizações que possuíam uma mitologia específica sobre a morte, e rituais criativos para vivenciá-la, apresentavam menos defesas psicológicas. E uma pena que os velórios, enterros e lutos entre nós não mantenham sua característica básica de ritos de passagem. Hoje em dia, em nosso meio, é comum evitar-se o contato da criança com a morte, dizendo-lhe simplesmente: "Fulano foi para o céu" ou algo parecido, e encerra-se aí a questão. Os velórios para muitos se tornam apenas ocasiões de encontro social ou exibição de prestígio, perdendo seu significado psicológico básico, que é o de facilitar a elaboração do luto pelo que



se vai e a transformação que ocorre em cada um que fica. Os enterros muitas vezes se constituem apenas em formas rápidas e eficientes de dar um fim ao corpo. O período de luto é reduzido, os vivos logo reassumem suas atividades cotidianas da maneira habitual. Além disso há uma espécie de tabu ao redor do tema da morte: não se deve falar no assunto, muito menos compartilhar certas experiências.

Desta maneira, perdemos a oportunidade de elaborar criativamente o símbolo da morte em cada um de nós. E o que acontece é a perda de conexão com a totalidade, de conseqüências enormes.

Sentimentos de esvaziamento, despersonalização, insegurança emocional, desespero e falta de sentido de vida assolam o homem atual - além de uma grande perplexidade espiritual. Sempre que a consciência vivencia uma crise, confrontando-se com algo misterioso e desconhecido, o inconsciente produz modelos arquetípicos, que aparecem projetados. O interesse pela questão da morte e do além, antigo mas visivelmente crescente nos dias de hoje, relaciona-se à perda de ligação da consciência com seus fundamentos arquetípicos. Não é de estranhar, comenta Frey-Rohn, que em nossos tempos o inconsciente exerça forte pressão, trazendo à consciência valores espirituais. A humanidade sempre procurou superar os limites da realidade tridimensional - basta observar o enorme empenho dedicado atualmente a viagens espaciais, pesquisas nucleares, investigações parapsicológicas, projetos genéticos, e assim por diante. A própria psicologia vê-se freqüentemente tentada a trair sua essência - fundamental e necessária para o ser humano, mas extremamente incômoda por não possuir verdades absolutas - e se constituir numa metafísica.

O sofrimento mobiliza a energia psíquica, criando uma condição favorável à ação arquetípica e à reorganização da personalidade. Se no luto por um ente querido, conseguimos elaborar, além do sofrido desligamento de sua presença física em nossas vidas, a vivência de morte que é suscitada em nós mesmos, podemos criativamente deixar morrer o que em nossa personalidade não nos serve mais, não mais atende a nosso desenvolvimento, isto é, os modos estereotipados e inautênticos de ser, e ter então a vivência do renascimento numa forma mais autêntica e condizente com o presente.

Existe a possibilidade de se vivenciar o símbolo da morte de maneira criativa. O problema é que ele se encontra cercado de defesas também de nível cultural. A psicologia analítica oferece significativa contribuição, na medida em que apresenta uma visão de ser humano bastante abrangente e ainda não assimilada pela consciência coletiva: as concepções sobre a natureza da psique, o princípio de sincronicidade e o processo de individuação são propostas de integração entre as diversas áreas do conhecimento - e também de integração do ser humano.

Penso por exemplo na analogia, que me salta à vista, entre o *abaton* e o cubículo da unidade de terapia intensiva. Em ambos se dão experiências semelhantes, portadoras de imagens universais e muitas vezes seguidas de uma transformação na personalidade e da cura do corpo. Há a diferença, importante e já comentada, quanto ao estado da consciência de quem se submete à vivência: por decisão própria ou em coma profundo, vítima de um acidente. E há outra diferença, gritante: enquanto no templo de Esculápio o espaço era percebido como sagrado, o sacerdote investido de um poder divino e havia uma série de ritos a serem cumpridos, num centro de terapia intensiva, por mais sensíveis que sejam os médicos e enfermeiros, a natureza dissociada da atual medicina costuma predominar, impondo um ambiente frio e impessoal, em que apenas a técnica e a assepsia determinam as condutas, isto é, os pseudo-rituais. Tanto a equipe profissional quanto o paciente, seus amigos e familiares se ressentem, sofrendo a falta de conexão com a dimensão arquetípica da totalidade psíquica - tão eliciada nessas ocasiões e, infelizmente, tão reprimida!

A questão do corpo também merece destaque. Mesmo considerando-o uma espécie de redutor da intensidade psíquica, reconhecemos que a consciência se apóia nele de maneira fundamental e necessária ao longo do processo de individuação, desde os primeiros momentos. Há diferentes maneiras de se vivenciar o corpo, como aquela em que ele precisa ser afagado, alimentado, agasalhado, acariciado; ou aquela em que ele requer treino, desafio no desenvolvimento de habilidades, modelagem. E, além destas, o corpo pode ser "ouvido", constituindo um rico canal de expressão psíquica, uma fonte de símbolos. Ele tem sido considerado de maneira redutiva em nossa cultura. Há, por exemplo, todo um privilégio dado à mente na educação, como se a cabeça não fosse também corpo, e como se não estivesse ligada ao tronco e membros. A desvalorização



zação da velhice, que infelizmente predomina em nosso meio, expressa-se também na propagação da imagem de um corpo ideal, eternamente jovem, a ser perseguido por todos. Concebe-se o corpo como algo externo à psique, a ser moldado e treinado. Mas, num sentido mais profundo, corpo e psique não podem ser dissociados - o corpo é também a psique.

Destaco aqui o fato de que, embora descrevendo uma situação transespacial, as pessoas falam em um *corpo*, astral ou sutil. Chama a atenção também, na descrição de tais experiências, a escolha de verbos que se referem aos sentidos da percepção: "ver" uma luz, "ouvir" uma voz, "sentir" uma presença. E são muito freqüentes as referências analógicas a partes do corpo, como por exemplo os egípcios ao se referirem ao *Ba-lb*, ou Jung ao criticar a associação comum do conhecimento à cabeça, sugerindo o coração. É necessário resgatarmos no nível coletivo também a experiência simbólica do corpo, isto é, criarmos práticas e rituais que nos propiciem avanços na linguagem, ampliação da consciência e a possibilidade de vivências mais integradas e integradoras.

Cabe ainda comentar o óbvio: justamente a condição do corpo é o parâmetro principal para se falar em vida ou morte, este par de opostos fundamental para a psique. E às condições do corpo no estado intermediário, sejam elas denominadas "vida vegetativa" ou "morte clínica", é que se relacionam as vivências anteriormente comentadas e as associações que a elas fazemos. Além disso, tanto os egípcios quanto os tibetanos, ao conceberem uma viagem ou um *Bardo* do ser no pós-morte - isto é, um estágio intermediário, não necessariamente ligado à doença, mas fazendo parte do processo natural -, incluem a consideração para com o corpo inerte, fazendo-o objeto de contemplação, meditação e cuidados.

Ao tentar constituir um corpo de conhecimentos que não dissocie as polaridades sujeito e objeto, a psicologia analítica se aproxima de todas as artes, ciências, religiões, enfim, das criações do ser humano. E ao sugerir práticas que considerem sempre também o aspecto ritualístico, de relacionamento interpessoal e ligação com a totalidade, ela permanece fiel a seu objeto, que é também seu sujeito: a psique, em sua vivência de paradoxalmente uma terrível solidão e uma confortadora solidez - que se dá no campo simbólico, por um lado intermediário

entre qualquer par de opostos e, por outro, continente e transcendente do conflito por eles instalado.

Para concluir, relato ainda uma experiência pessoal. Em certa ocasião, já estudante de psicologia, pela primeira vez resolvi deliberadamente me dedicar a aprender com as vivências ligadas à morte, que sempre me pegavam de surpresa. Na ocasião minha madrinha, muito querida, estava prestes a morrer e eu costumava visitá-la. Sua doença se estendia por um longo período e era notável o quanto ela se debatia entre a morte e a vida, procurava assistência espiritual e se dedicava a morrer com consciência - achei que com ela eu poderia aprender algo sobre a morte. Foi inusitado. Lembro-me do dia em que ela, ao me ver vestida com um casaco que eu mesma havia tricotado, criticou uma falha no acabamento e se dispôs a me ensinar a fazê-lo melhor. Mandou-me comprar uma linha especial. Voltei ao hospital na tarde seguinte com a linha. Mas e a agulha? Foi então que recebi o meu ensinamento sobre a morte: "Como é que uma moça como você, que passa o dia todo fora de casa, não tem na bolsa uma agulha, uma linha, uma tesourinha? E se de repente cair um botão?", repreendeu-me ela. E, nos curtíssimos intervalos entre os freqüentes engasgos, dispnéias e apnéias, pôs-se a simular uma agulha com os dedos e a me mostrar como se fazia o tal conserto. Este foi o nosso último contato: ela faleceu naquela noite. E foi assim que recebi o ensinamento que eu estava buscando: lidar com a morte é também cuidar do dia-a-dia, da vida.

Referências Bibliográficas

- (4) Byington, Carlos - "Uma teoria simbólica da história, o mito cristão como principal símbolo estruturante do padrão de alteridade na cultura ocidental". *Revista Junguiana*, 1, pp 120-177, 1983.
- (5) Edinger, Edward - "Psicologia e alquimia: parte VI - mortificatio". *Revista Junguiana*, 6, pp 5-30, 1988.
- (8) Edinger, Edward - *Ego e arquétipo: individuação e função religiosa da psique*. São Paulo, Cultrix, 1989.
- (3) Jaffé, Aniela; Frey-Rohn, Liliane; von Franz, Marie-Louise - *A morte d luz da psicologia*. São Paulo, Cultrix, 1989.

- (9) Jung, Carl Gustav - "Psychological Commentary on The Tibetan Book of the Dead". Vol. 11 of *Collected Works*. London, Routledge and Keagan Paul, 1958.
- (1) Jung, Carl Gustav - "The Soul and Death". Vol. 8 of *Collected Works*. London, Routledge and Keagan Paul, 1960.
- (7) Jung, Carl Gustav. *Memórias, sonhos, reflexões*. São Paulo, Nova Fronteira, 1978.
- (2) Pilger-Holdt, Christel - "Dismemberment as an Extreme Example of Conflict". Paper presented at the "16th Meeting of the International Association of Jungian Trainees and Analysts", Ubatuba, 1991.
- (10) Solié, Pierre - *Mitanálise junguiana* (tradução de Fanny Ligeti). São Paulo, Nobel, 1985.
- (6) von Franz, Marie-Louise - *Os sonhos e a morte*. São Paulo, Cultrix, 1990.

Capítulo 8

MORTE: ABORDAGEM FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL

**Daniela Rothschild
Raúflin Azevedo Calazans**

A referência que nos possibilita falar de morte na abordagem fenomenológico-existencial é desenvolvida por Martin Heidegger em sua obra fundamental *Sein und Zeit* (*Ser e Tempo*).

Heidegger (1889-1976), filósofo alemão discípulo de Husserl, desenvolve em *Ser e Tempo* uma busca do sentido de ser, através do método fenomenológico.

A fenomenologia é um método de investigação da história do conhecimento, que propõe a volta às coisas mesmas, a partir da descrição e da interrogação do fenômeno, isto é, do que é dado imediatamente.

O existencialismo é uma corrente da Filosofia, que toma como principal centro de interesse e consideração a experiência mais imediata do homem, ou seja, sua própria existência. Insurgiu-se contra a filosofia e a teologia racional em favor do sujeito, e este com a responsabilidade total de sua existência.

Toda a história da filosofia nasce a partir do esquecimento da questão do ser. A filosofia instaura a dicotomia sujeito-objeto, a partir da ascensão do sujeito como senhor do ente, que acaba enclausurado em si mesmo.

Heidegger retoma os pré-socráticos, onde a questão do ser e do não-ser já está presente. Desloca a questão da subjetividade que até então impera na Filosofia. Partindo do constructo "ser-aí" (*Dasein*), que substitui as noções tradicionais de sujeito, homem, indivíduo, como ser-no-mundo, quebra a dualidade sujeito-objeto, reestabelecendo a importância

fundamental da praxis em relação à teoria. Propõe em seu tratado o desenvolvimento não de uma filosofia, mas sim de uma ontologia, ou seja, um estudo do sentido do ser.

Quando falamos desde uma ontologia, os termos são descritos como condições de possibilidade para que alguma coisa se dê.

Durante o desenvolvimento da abordagem proposta, faremos algumas descrições, que devem ser entendidas como ontológicas e não como psicológicas. Estaremos tratando de elementos estruturais para a compreensão do ser. Disso pode decorrer uma psicologia, como a que foi desenvolvida por Medard Boss, L. Binswanger, Rollo May e outros.

No desenvolvimento de sua analítica existencial em *Ser e Tempo*, Heidegger privilegia a morte, como qualquer outro termo pinçado desta obra. No termo ser-no-mundo já está implícita a circularidade que permeia todo o tratado, ou seja, cada elemento, na sua descrição, remete a outro já descrito ou ainda por descrever.

O ser-aí é no mundo. Nessa relação fica explicitada uma sujeição do ser-aí a esse mundo que já lhe é dado como interpretado. Nessa perspectiva, habitamos um mundo familiar, onde tudo é conhecido, previsível, onde todos somos ninguém: "a gente" chora como todo mundo chora; "a gente" sofre como todo mundo sofre, "a gente" se alegra como todo mundo se alegra, pelos mesmos motivos que todo mundo chora, sofre e se alegra. Em uma primeira aproximação, esse contexto nos aparece como algo aterrador e aprisionante, porque nos tira a possibilidade da autenticidade. No entanto, essa é uma estrutura ambígua, porque na realidade ela é uma possibilidade de fuga dessa mesma autenticidade.

A nossa vivência mais cotidiana dessa estrutura é a da hospitalidade, do amparo e do enredamento. _E como se soubéssemos e escapássemos da possibilidade de uma vivência mais singular, que nos coloca fora dessa proteção.

Do que escapamos é da angústia

"A angústia faz patente no ser-aí, o ser relativamente ao mais peculiar poder ser, quer dizer, o ser livre para a liberdade de eleger-se e empunhar-se a si mesmo". (*Ser e Tempo*, p. 208)

A angústia é a forma autêntica do temor, que é a nossa vivência mais cotidiana.

Temer é sempre temer algo, algo frente a mim por um porquê. O nosso mais peculiar poder ser, do qual nos esquivamos, é a morte.

A morte é um fenômeno do cotidiano. Vivemos sempre a morte como a morte do outro. Os outros morrem e eu ainda não. A minha morte, eu penso amanhã. Nós nos esquivamos da possibilidade da singularização da morte.

A morte é a possibilidade mais peculiar, irrefutável e irrepresentável do ser-aí. Dentro de todas as minhas possibilidades, já está presente a absoluta impossibilidade de não estar mais aí

A angústia é um fenômeno raro em nossa existência e quando passa, parece que foi um nada. A angústia põe de manifesto a possibilidade da autenticidade e da inautenticidade, ou seja, a possibilidade do ser-aí, ser o autor da sua história, a partir da construção, ou não, de um sentido.

"Que faria agora? Iria levantar-me e continuar a viver? Catarina estava morta, Antônio, Beatriz, Carlier, todos os que eu amara estavam mortos, e eu continuava a viver; estava presente, o mesmo há séculos; meu coração podia bater durante um momento, de piedade, de revolta, de desespero; mas eu esquecia. Enfiei os dedos na terra e disse com desespero: "Não quero". Um homem mortal teria podido recusar-se a continuar seu caminho, poderia ter eternizado a revolta, poderia matar-se. Mas eu era escravo da vida que me puxava para a frente, para a indiferença e para o esquecimento. Era vão resistir. Levantei-me e tomei lentamente o caminho de casa". (S. de Beauvoir, *Todos os homens são mortais*, p. 326)

Em *Todos os homens são mortais*, Simone de Beauvoir se utiliza de um personagem mortal (Fosca), que tem a experiência da imortalidade. Essa construção nos leva a conhecer os sentimentos ambivalentes do personagem que, se em um primeiro momento se fascina, acaba por viver sua imortalidade como danação, uma vez que, ao usar o elixir que lhe dá a vida eterna, já não pode mais morrer.

Não é o nosso caso. A morte para nós não é uma escolha, todos vamos morrer.

O ser-aí é ser para a morte. O ser-aí já está sempre lançado em suas possibilidades, e a morte é a possibilidade mais peculiar, irrefutável e irrepresentável.

A angústia nos abre este ser relativamente à morte que é ameaçador, estranho e inóspito; nos esquivamos e habitamos um mundo protegido, presumível, onde a morte aparece como um acidente no fim da vida, que não é hoje.

No texto de Simone de Beauvoir fica patente a ameaça, a inospitalidade, o estranhamento da imortalidade. Características tão humas quanto avançar, lembrar, se desesperar, se matar, ficam assim impossibilitadas. Só lhe resta continuar. Um continuar sem projetos, sem sentido, sem ligação temporal.

Na abertura privilegiada da angústia, nos angustiamos pelo ser no mundo enquanto tal. Nos deparamos com a falta de sentido no mundo, que não nos pode mais sustentar. Assim, nos apropriamos de que só nós podemos nos dar esta sustentação, ou seja, ser o autor do sentido de minha existência.

No cotidiano vivemos afastando essa possibilidade de nós mesmos. Acreditamos que amanhã sempre haverá tempo. Só, por isso nos envolvemos em projetos, acreditando que eles poderão se concretizar e que sempre teremos tempo para isso.

Na vida de Fosca não existe a possibilidade da morte. Esta é vivida como perda das pessoas com as quais se envolve.

Em nosso existir essas perdas são vividas como morte factual, separações, término ou interrupção de um projeto.

Fosca se desespera ante a possibilidade do esquecimento das perdas, ressentindo-se de não poder eternizá-las nesse momento.

"A gente" cuida das perdas tentando minimizá-las, pensando que haverá sempre outra oportunidade, pensando que sempre aprendemos alguma coisa com isso, fazendo substituições. Assim nos esquivamos da consciência do fim. Não existe recomeço, não existe substituição, não é possível esquecer.

Nossas perdas, assim como ganhos, nossos erros e acertos, nos constroem, ou seja, sou eu quem perde, quem ganha, quem erra, quem acerta....

A todo momento temos de escolher. A cada escolha que fazemos decretamos a morte da outra possibilidade não escolhida. Isso freqüentemente nos traz ansiedade frente ao conflito de não podermos viver tudo ao mesmo tempo, de não podermos estar em mais que em um lugar ao mesmo tempo. O ser-aí morre cotidianamente todos os dias.

"Mas eu era escravo da vida que me puxava para a frente, para o esquecimento. Era vão resistir. Levantei-me e tomei lentamente o caminho de casa." (Simone de Beauvoir, *op. cit.*, p. 326.)

Em nosso mais cotidiano modo de ser, nos vemos como escravos do tempo. O tempo passa, nos carrega para a frente, sem parada, sem sentido, levando-nos ao esquecimento e à indiferença. Esse é o caminho de casa. Assim nos sentimos abrigados, fugindo da responsabilidade temporal do projeto de nossa existência.

O ser-aí é lançado, lançado em suas possibilidades no seu tempo, a fim de si mesmo. Meu projeto aponta para um futuro que ainda não é, mas que poderá vir a ser, e que também poderá não ser, uma vez que está implícito nas minhas possibilidades a de já não estar mais aí

Dentro desta perspectiva, cabe-nos a adoção de um sentido que transforma a leitura desse tempo. Assim me vejo como ser finito e responsável pela minha existência. Meu futuro já foi projetado por mim, impulsionado pelo meu passado do qual me utilizo no presente.

Na perspectiva do sentido, o passado tem significado como o já vivido, que passa a ser acolhido, possibilitando que nos lancemos em projetos. Ao nos lançarmos nesses projetos o passado é ressignificado a serviço deste futuro.

Para Fosca, como não é dada a possibilidade do morrer, a circularidade não existe. Fosca não consegue ver um sentido no seu viver. O sentido é decorrente da possibilidade de um futuro finito. Fosca só resta o esquecimento e a indiferença. O passado não pode ser acolhido, ressignificado, porque é uma repetição infinita. Às vezes, se engana, se envolve com pessoas e conseqüentemente com projetos. Percebe seu engano quando assiste o morrer dessas pessoas. Desespera-se. Só lhe resta continuar....

"Olhei meus sapatos de fivela, minhas mangas de rendas; parecia-me que há vinte anos eu me prestava a esse brinquedo e que um dia, ao soar a meia-noite, eu retornaria ao país das sombras. Ergui os olhos para a pêndula. Acima do mostrador dourado, uma pastora de porcelana sorria para um pastor; dentro em pouco, o ponteiro assinalaria meia-noite, assinalaria meia-noite amanhã, depois de amanhã, e eu ainda estaria presente; não havia outro país senão aquela terra onde não havia lugar para mim. Estivera na minha terra em Carmona e na corte de Carlos V, e nunca mais. Doravante, o tempo que se desenrolava à minha frente seria, a perder de vista, um tempo de exílio; todas as minhas vestimentas seriam fantasias e minha vida, uma comédia." (S. de Beauvoir, *op. cit.*, p. 276)

Presente, passado e futuro; é assim que entendemos o tempo. Dentro dessa leitura podemos falar separadamente de cada tempo, conforme estejamos mais próximos de um ou de outro, e isso é sempre compreendido por todos. No passado fiz tal coisa, amanhã farei alguma coisa e agora estou fazendo isso.

No horizonte da temporalidade circular de *Ser e Tempo* essa separação não é possível. Na perspectiva do sentido não vivemos um tempo, somos tempo.

Fosca, na medida em que se vê como imortal, sente-se invadido por um presente interminável, pesado como um exílio. Para ele o tempo passa, nada acontece de verdade e nada poderá acontecer, uma vez que o futuro é só uma extensão desse presente, assim como o passado.

O sentido foi exilado de sua existência pela vivência de imortalidade, nada pode significar nada.

Fosca lamenta o tempo todo quanto é inóspita a imortalidade. "A gente" sempre pensa que seria muito bom ser imortal. Fosca nos mostra quanto é impossível a realização dessa fantasia.

Morrer é um dado estruturante de nossa existência. Todo ser-aí é ser para a morte.

Toda a concepção que temos do que é homem, ser humano, sujeito ou indivíduo fica perpassada pela idéia de mortalidade. Só podemos entender algum sentimento, algum afeto, alguma manifestação intelectual ou social, a partir desse dado. Pois assim temos a noção de ser como todo mundo é, e

só assim podemos nos relacionar com os outros. Só assim frases como: "morror por", "morror de", até "morror"... fazem sentido.

" - Tudo era falso - repetia ela - Não sofremos dentro do mesmo tempo e tu me amas do fundo de outro mundo. Estás perdido para mim
 - Não. Agora é que nos encontramos porque agora vamos viver dentro da verdade.
 - Nada pode ser verdadeiro de ti para mim.
 - Meu amor é verdadeiro.
 - Que é teu amor? Quando dois seres mortais se amam, são moldados, corpo e alma, pelo seu amor, que é a própria substância desse corpo e dessa alma. Para ti...é um acidente." (S. Beauvoir, *op. cit.*, p. 320.)

Fosca se exilou desse mundo, ou seja o único que ele e nós conhecemos. Está impossibilitado do compartilhar. Não é mais desse mundo, portanto, esse mundo não lhe dá mais sentido nem sustentação. Tudo o que existe é o vazio da angústia.

Fosca se angustia porque é um personagem mortal, escrito por uma autora mortal, para leitores mortais. Tudo o que pode ser compartilhado tem o recorte da mortalidade.

" - Não há mais o que contar - disse Fosca - . Todos os dias o sol levantou-se e deitou-se. Entrei no hospício, saí do hospício. Houve guerras: depois da guerra, a paz; depois da paz, outra guerra. Todos os dias homens nascem e homens morrem." (S. Beauvoir, *op. cit.*, p. 391.)

Referências Bibliográficas

BEAUVOIR, S. - *Todos os homens são mortais..* Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983.

HEIDEGGER, M. - *El ser y el tiempo.* Buenos Aires, Fondo de Cultura Economica, 1980.

Capítulo 9

MORTE, SEPARAÇÃO, PERDAS E O PROCESSO DE LUTO

Maria Júlia Kovács

Eros e Morte

"Era uma tarde quente e abafada, e Eros, cansado de brincar e derrubado pelo calor, abrigou-se numa caverna fresca e escura. Era a caverna da própria Morte.
 Eros, querendo apenas descansar, jogou-se displicentemente ao chão, tão descuidadamente que todas as suas flechas caíram.
 Quando ele acordou percebeu que elas tinham se misturado com as flechas da Morte, que estavam espalhadas no solo da caverna. Eram tão parecidas que Eros não conseguia distingui-las.
 No entanto, ele sabia quantas flechas tinha consigo e ajuntou a quantia certa.
 Naturalmente, Eros levou algumas flechas que pertenciam à Morte e deixou algumas das suas.
 E é assim que vemos, freqüentemente, os corações dos velhos e dos moribundos, atingidos pelas flechas do Amor, e às vezes, vemos os corações dos jovens capturados pela Morte. (Esopo, Grécia Antiga, *in* Meltzer, 1984.)

A morte do outro configura-se como a vivência da morte em vida. É a possibilidade de experiência da morte que não é a própria, mas é vivida como se uma parte nossa morresse, uma parte ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos.

E a morte da qual todos temos recordações, desde a mais tenra infância, nas inevitáveis situações de separação da figura materna temporárias ou definitivas, mas sempre dolorosas. Separação ou morte de figuras parentais, amigos, amores, filhos, todos temos histórias a contar. A perda e a sua elaboração são elementos contínuos no processo de desenvolvimento

humano. E neste sentido que a perda pode ser chamada de morte "consciente" ou de morte vivida.

A morte como perda nos fala em primeiro lugar de um vínculo que se rompe, de forma irreversível, sobretudo quando ocorre perda real e concreta. Nesta representação de morte estão envolvidas duas pessoas: uma que é "perdida" e a outra que lamenta esta falta, um pedaço de si que se foi. O outro é em parte internalizado nas memórias e lembranças, na situação de luto elaborado. A morte como perda evoca sentimentos fortes, pode ser então chamada de "morte sentimento" e é vivida por todos nós. É impossível encontrar um ser humano que nunca tenha vivido uma perda. Ela é vivenciada conscientemente, por isso é, muitas vezes, mais temida do que a própria morte. Como esta última não pode ser vivida concretamente, a única morte experienciada é a perda, quer concreta, quer simbólica.

A morte como perda supõe um sentimento, uma pessoa e um tempo. É a morte que envolve basicamente, a relação entre pessoas. Se ocorre de maneira brusca e inesperada tem uma potencialidade de desorganização, paralisção e impotência. As ações do cotidiano, como falar, atravessar uma rua, cuidar do outro, alimentar-se são matizadas pelo constrangimento do inusitado em duas situações: diante da própria perda e diante de alguém que perdeu alguém. Embora saibamos racionalmente que a morte é inevitável, este saber nem sempre está presente, fazendo surgir o paradoxo da morte (in)esperada. Em casos extremos a morte invade de tal forma a vida que passa a fazer parte dela.

Ver a perda como uma fatalidade, ocultar os sentimentos, eliminar a dor, apontar o crescimento possível diante dela, podem ser formas de negar os sentimentos que a morte provoca, para não sofrer.

Sabe-se que a expressão de sentimentos nessas ocasiões é fundamental para o desenvolvimento do processo de luto. No entanto, as manifestações diante da perda e do luto sofreram alterações no decorrer dos tempos. Cada cultura apresenta algumas prescrições de como a morte deve ser enfrentada e quais os comportamentos e rituais que devem ser cumpridos pelos enlutados. Segundo Aries (1977), na Idade Média era autorizada a manifestação dos sentimentos diante de uma perda. Com o desenvolvimento do poder da Igreja esta passou a exigir uma atitude mais con-

tida e digna, assumindo o controle dos rituais e ditando as formas de comportamento adequadas.

No século XIX, a morte romântica traz em seu bojo a idéia da morte como uma ruptura insuportável, porque representa a morte do outro. E o período das grandes explosões sentimentais, a tristeza e a dor cantadas em verso ou prosa. Era muito freqüente morrer de amor, se o outro morre, morro também. Está aí estabelecida a relação entre as perdas e o suicídio. Romeu e Julieta são os grandes protagonistas do amor, da separação e da morte, sendo este também o grande argumento das óperas dramáticas.

O século XX segundo Aries, traz a representação da "morte invertida" (ver capítulo 3). É a morte que se esconde e que é vergonhosa, o grande fracasso da humanidade. Há uma supressão da manifestação do luto, a sociedade condena a expressão e a vivência da dor, atribuindo-lhes uma qualidade de fraqueza. Há uma exigência de domínio e controle. A sociedade capitalista, centrada na produção, não suporta ver os sinais da morte. Os rituais do nosso tempo clamam pelo ocultamento e disfarce da morte, como se esta não existisse. As crianças devem ser afastadas do seu cenário, como se esta não ocorresse. Esta supressão do processo de luto traz sérias conseqüências do ponto de vista psicopatológico. Sabe-se que muitas doenças psíquicas podem estar relacionadas com um processo de luto mal-elaborado.

O processo de luto por definição é um conjunto de reações diante de uma perda. Bowlby (1985) refere-se às quatro fases do luto:

1. Fase de choque que tem a duração de algumas horas ou semanas e pode vir acompanhada de manifestações de desespero ou de raiva.
2. Fase de desejo e busca da figura perdida, que pode durar também meses ou anos.
3. Fase de desorganização e desespero.
4. Fase de alguma organização.

Na fase de choque o indivíduo pode parecer desligado, embora manifeste um nível alto de tensão. Ocorrem expressões emocionais intensas, ata-

ques de pânico e raiva. A companhia de outras pessoas é muito importante neste período.

Na segunda fase há a expressão do desejo da presença e busca da pessoa perdida. A raiva pode estar presente quando há a percepção de que houve efetivamente uma perda, provocando desespero, inquietação, insônia e preocupação. Ao mesmo tempo, existe a ilusão de que talvez tudo não tenha passado de um pesadelo e de que nada mudou. A pessoa fica atenta a quaisquer sinais ou ruídos, que podem confirmar esta fantasia do possível retorno. Dois processos contraditórios coexistem, a realidade da perda, com todos os sentimentos que a acompanham, e a esperança do reencontro. A raiva pode ocorrer neste período, quando o enlutado se sente responsável pela morte do outro, ou pela frustração da busca inútil. Pode também aparecer quando há o sentimento de que o morto não se cuidou de forma adequada, evocando então a sensação de abandono. Esta raiva pode se manifestar como irritabilidade ou uma profunda amargura.

A raiva torna-se instrumental, quando se trata de uma perda temporária, porque pode promover um reencontro e tornar uma nova separação mais difícil. Este mesmo procedimento costuma ser usado em relação a uma perda definitiva, como uma tentativa de recuperar um vínculo que foi rompido, embora seja obviamente ineficiente neste caso. Enquanto persistir a raiva é porque a perda não foi aceita, e ainda existe uma esperança. Esta raiva é, muitas vezes, transferida para os amigos que estão no papel de consolar o enlutado, mas que indiretamente confirmam a realidade da perda. Ocorre a busca inútil de alguém, que possa dizer que a perda não ocorreu, que foi tudo um sonho.

A esperança intermitente, os desapontamentos repetidos, o choro, a raiva, as acusações, a ingratidão com as pessoas próximas, são manifestações da segunda fase do luto. Uma profunda tristeza é sentida quando ocorre a constatação da perda como definitiva. Pode haver a sensação de que nada mais tem valor, muitas vezes acompanhada de um desejo de morte, pois a vida sem o outro não vale a pena. Nestes momentos podem ocorrer atuações, tais como se desfazer rapidamente de todos os pertences do morto e, ao mesmo tempo, uma tentativa de guardar todos os objetos que lembrem momentos felizes; são ações contraditórias e muitas vezes concomitantes. Conciliar estes desejos tão opostos são tarefas das últimas fases do luto.

Na fase de reorganização se processa uma aceitação da perda definitiva e a constatação de que uma nova vida precisa ser começada. Muitos viúvos e viúvas têm de aprender habilidades novas, que nunca foram exercitadas, porque eram função do morto como por exemplo: guiar, manipular contas bancárias, cuidar da casa e das crianças, dentre outras. Estes momentos podem trazer saudades e a necessidade da presença do outro novamente. Portanto, embora numa fase de aceitação e de novas buscas, a saudade, a tristeza podem retornar, tornando o processo de luto gradual, e nunca totalmente concluído. Alguns buscam novos relacionamentos, como forma de dar continuidade à vida. Podem ocorrer escolhas baseadas na manutenção das características do ser perdido, com as conseqüentes dificuldades que este processo acarreta. Outros permanecem sós, porque crêem que nenhuma relação pode entrar no lugar daquela que foi perdida. Todos estes aspectos fazem parte do processo de elaboração da perda.

Em algumas fases do processo de luto podem acontecer identificações com o morto, por exemplo, quando a pessoa se percebe fazendo coisas de que o outro gostava. Podem ocorrer conflito e mal-estar quando a pessoa, de repente, se percebe fazendo coisas que nunca fazia, nem gostava, que eram as atividades do cônjuge. Estes processos, que seriam considerados patológicos em outras instâncias, fazem parte normalmente do processo de luto. Eles se tornam patológicos se forem compulsivamente repetidos. A identificação pode ocorrer também quando o enlutado passa a manifestar os mesmos sintomas do morto, acredita que o morto está presente em certos objetos ou pessoas. Conforme o grau e a perda de contato com a realidade, estes fatos podem ser indicativos de aspectos patológicos.

Durante o período de elaboração do luto podem ocorrer distúrbios na alimentação ou no sono. Um número grande de enlutados apresenta quadros somáticos e doenças graves depois do luto, podendo se configurar uma depressão reativa ou até um quadro mais grave, como veremos a seguir.

O tempo de luto é variável e em alguns casos pode durar anos. Pode-se dizer que em alguns casos o processo de luto nunca termina, com o passar do tempo, uma profunda tristeza, um desespero e um desânimo tomam conta, quando se recorda o morto, embora estes sentimentos ocor-

ram com menos frequência. O traço mais permanente no luto é um sentimento de solidão.

Para Rimbault (1979) para realizar-se o processo de luto é necessário:

1. Uma desidentificação e um desligamento dos sentimentos em relação ao morto.
2. A aceitação da inevitabilidade da morte.
3. Quando for possível encontrar um substituto para a libido desinvestida.

Se não tiver ocorrido este desligamento do objeto perdido, em cada nova relação se buscará coisas da anterior, com conseqüências desastrosas.

Como foi visto é necessário tempo para o processo de luto. O final deste processo, segundo Rimbault, é a possibilidade de ter paz, disponibilidade para novos investimentos. E a possibilidade de ter recordações, olhar uma foto e sentir a presença na ausência.

Bowlby levanta alguns aspectos, que podem afetar o processo de luto e que talvez facilitem a evolução de um quadro patológico. Ele chama atenção para cinco pontos importantes:

1. Identidade e papel da pessoa que foi perdida.
2. Idade e sexo do enlutado.
3. As causas e circunstâncias da perda.
4. As circunstâncias sociais e psicológicas que afetam o enlutado, na época e após a perda.
5. A personalidade do enlutado, com especial referência a sua capacidade de amar e responder a situações estressantes.

Cada uma destas características pode facilitar ou dificultar o processo de luto. Temos de levar em conta as características de personalidade do enlutado antes da perda: se era uma pessoa centrada, equilibrada, ou se era frágil ou desestruturada. A perda é considerada como uma crise e que será enfrentada com as características que a pessoa já possuía.

Estamos considerando aqui as perdas onde existia um vínculo, portanto, um investimento afetivo. Quanto maior este investimento, tanto maior a energia necessária para o desligamento. Estes fatos se agravam, quando existia antes uma dependência física ou psíquica com o morto, tornando a reorganização da vida ainda mais difícil.

As causas e circunstâncias da perda também têm uma importância no processo de elaboração desta.

Mortes inesperadas são bastante complicadas, pela sua característica de ruptura brusca, sem que pudesse haver nenhum preparo. A mutilação do corpo, costuma ser um fator agravante, acarretando freqüentemente revolta e desespero. Sabe-se que o estado em que fica o morto, pode ter fortes influências nas memórias e lembranças, que se têm dele. Em casos de morte repentina, quando não há informações de como ocorreu, pode haver dificuldades no processo de luto consciente. Podem se manifestar sentimentos de culpa muito fortes, caso a morte tenha ocorrido num acidente, em que o enlutado também estava presente e sobreviveu. Às vezes este fato conduz a idéias de acompanhar o morto.

No caso de doenças graves, em que houve um período longo de cuidados com o morto, é provável surgirem outros sentimentos. Nestes casos pode ocorrer o que se chama de "luto antecipatório". O processo de luto ocorre com a pessoa ainda viva, e é sentida a sua perda como companheiro para uma série de atividades, daquele que cuida, do parceiro sexual, do colega de trabalho. A pessoa ainda não morreu, mas estas perdas já têm de ser elaboradas, com ela ainda viva e de ambos os lados. Muitas vezes, observa-se uma degeneração física ou psíquica. Este processo pode gerar sentimentos ambivalentes naquele que cuida, surgindo o desejo de que o parente ou cônjuge morra para aliviar o sofrimento de ambos despertando a culpa por estes sentimentos. Ver a dor e sentir-se impotente para promover seu alívio e o bem-estar da pessoa amada é causa de muito sofrimento. Portanto, a morte do doente pode trazer um certo alívio, mas, também, incitar sentimentos de culpa, pois a pessoa acredita que não tratou o outro da melhor forma possível e com isso não evitou a sua morte.

Em alguns casos, foram tantos anos de dedicação com o paciente, que quando este morre, fica a sensação de vazio, porque nenhuma ou tra atividade tinha espaço. Preencher este vazio pode ser uma tarefa muito peno-

sa, dificultando o processo de luto. Somente parte destes sentimentos são conscientes, alguns são tão dolorosos que permanecem inconscientes.

O relacionamento do sobrevivente com o morto também in flui no processo de luto. Relacionamentos carregados de hostilidade, ressentimento e mágoa são mais difíceis de serem elaborados. Existe uma imagem muito forte que se liga aos últimos momentos que se passou com o morto. É muito desesperante se um pouco antes da morte houve desentendimento, mágoa, ofensa, com muito ressentimento. Estes sentimentos persistem após a morte, causando muito sofrimento ao sobrevivente e podendo vir acompanhados de um sentimento de culpa pertinaz, por ele se julgar o causador da morte do outro. Como o ser humano se torna onipotente quando se vê diante de tanta dor! Será que sentimentos são tão fortes que podem assassinar uma outra pessoa? O luto traz revivências de formas de ser infantis, com as suas características mágicas e todo-poderosas.

O suicídio é uma das mortes mais difíceis de elaborar, pela forte culpa que desperta. Ativa a sensação de abandono e impotência em quem fica. O enlutado, além de lidar com a sua própria culpa, é freqüentemente alvo de suspeita da sociedade como sendo o responsável pela morte do outro. Em muitos casos, há uma dificuldade de desligamento da libido pela ruptura inesperada.

Outros fatores psicológicos e sociais também afetam o luto, como por exemplo as condições de vida do sobrevivente, se vive sozinho, se tem de cuidar de outras pessoas, além das condições econômicas e da idade. É claro que estes fatores, por si só, não são os únicos responsáveis pelo processo de luto, mas podem afetar o seu desenvolvimento.

Bowlby fez um estudo sobre o luto infantil e percebeu que este sofre influência do processo de luto dos adultos, e também do nível de informação que a criança recebeu, como foi visto no capítulo 4. Segundo Raimbault (1979), a criança tal como o adulto começa negando que houve uma perda e age como se a pessoa não tivesse morrido. Em virtude do pensamento mágico acha que é responsável pela morte do outro. Pode também apresentar processos identificatórios com sintomas semelhantes aos da pessoa morta. Informações sonegadas e confusas atrapalham o processo de luto. Respostas que escamoteiam o caráter de permanência da morte, que é a informação mais difícil de ser comunicada, não permitem que a elaboração da

perda ocorra, porque a criança sempre espera a volta do morto. Muitas vezes, os pais escondem os seus sentimentos para não entristecer a criança, e este procedimento acaba por causar mais problemas, pois esta sente que também não deve manifestar os seus sentimentos.

A criança passa pelas mesmas fases de luto que o adulto, desde que esteja de posse dos esclarecimentos de que necessita e que devem ser fornecidos, levando-se em conta o seu nível cognitivo e capacidade de compreensão. É sabido que a continência e o apoio são extremamente importantes para a criança. A falsa noção de que "proteger" a criança da dor, escondendo fatos que são evidentes é uma das principais razões para a manifestação de sintomas patológicos na criança. É um mito supor que o processo de luto da criança é rápido e que logo ela se esquecerá da pessoa perdida. Estudos realizados com bebês, nos quais já ocorreu o estabelecimento de vínculos específicos, demonstram que a criança se desespera na ausência da mãe, que é sentida como morte. Suas primeiras reações são de protesto e raiva, um esforço urgente para recuperar a mãe. Logo se desenvolve um desespero, a esperança diminui, mas não o desejo, a criança então vai se tornando apática, podendo cessar o seu desenvolvimento, e nos casos mais críticos desenvolve-se a depressão anaclítica, conduzindo à morte. Quando há o reencontro, em alguns casos, a criança está tão abalada que não restabelece o vínculo prontamente. Em outros casos, um substituto pode ser procurado. Com crianças institucionalizadas, como não há uma pessoa única que cuida delas, este vínculo mais profundo não se estabelece, e a criança pode tornar-se muito autocentrada, às vezes com comportamentos autistas.

Qual a diferença entre o processo de luto normal e o patológico? Para Bowlby, a exacerbação dos processos presentes no luto normal, com uma duração muito longa e com características de obsessividade, configuram um processo patológico. **O que se define como luto saudável é a aceitação da modificação do mundo externo, ligada à perda definitiva do outro, e a conseqüente modificação do mundo interno e representacional, com a reorganização dos vínculos que permaneceram.** Os processos defensivos são constituintes regulares de todo o processo de luto, em qualquer idade, e se tornam patológicos quando assumem caráter irreversível, fazendo parte integrante da vida.

Em seu texto "Luto e Melancolia", Freud apresenta um estudo aprofundado sobre o processo normal e patológico de luto, sendo o último o que denominou como melancolia e que tem diferenças em seu desenvolvimento. Para Freud, o luto é a reação à perda de um ente querido. Há uma série de reações anormais neste sujeito sem que sejam consideradas patológicas. Ocorre um profundo desânimo, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar e inibição de atividades externas. A restrição do ego fica vinculada a esta perda. O trabalho do luto envolve um teste de realidade, que comprova que o objeto não existe mais, e a libido é retirada das ligações com ele. Este processo é extremamente difícil, e em alguns momentos pode ocorrer a fantasia de que a perda efetivamente não ocorreu, como vimos. O desligamento envolve lembranças, expectativas vinculadas ao objeto e a realização do desinvestimento de cada uma delas, o que pode ser lento e doloroso, mas quando termina o ego permanece livre e desinibido para novas possibilidades de vínculo.

A melancolia, ou o que atualmente pode ser chamado de depressão, segundo a definição de Abraham nos seus comentários ao texto de Freud, ocorre em pessoas que têm uma disposição patológica. Na melancolia ocorrem os mesmos sintomas do processo de luto normal, acrescidos de um rebaixamento da auto-estima, havendo uma autorecriminação e uma expectativa de punição. A melancolia é também uma reação a um objeto perdido, sem ter ocorrido morte, mas que o sujeito o sente como morto enquanto objeto de amor. Não fica claro o que foi perdido, nem para a própria pessoa, pois a perda objetual pode estar inconsciente. Muitas vezes, parecem esquisitas todas estas manifestações apresentadas, sem uma causa aparente.

Uma das características principais da melancolia é uma diminuição profunda da auto-estima, um empobrecimento do ego. Segundo Freud, se no luto o mundo se torna vazio, na melancolia é o ego, um ego desprezível, que deve ser punido. Sintomas como insônia e anorexia parecem ser uma forma de superação do instinto de vida e um modo de punição. A pessoa realmente se sente assim, não é fingimento, e ela repete à exaustão suas dificuldades, encontrando satisfação em falar do seu sofrimento.

Na melancolia é como se uma parte do ego ficasse contra a outra, não havendo mais conexão com os fatos da realidade, não adianta checar a veracidade com fatos externos, porque nenhuma correlação será encon-

trada. Quando o indivíduo expressa as autorecriminações, elas parecem ser mais ligadas à pessoa amada, mas foram deslocadas desta para o ego do paciente. A relação fica destruída, há uma separação, um desligamento da libido, que, sem ser transferida para outro objeto, é deslocada para o ego e aí ocorre uma identificação do ego com o objeto abandonado. Como diz Freud, "uma sombra caiu sobre o ego e uma perda objetual se transforma na perda do ego".

Segundo Freud, na melancolia há uma escolha do tipo narcísico, baseado na sua semelhança. Ocorre uma regressão para uma fase anterior do desenvolvimento, a fase oral narcísica, promovendo um processo de identificação com o objeto, com a conseqüente incorporação do mesmo.

Outros processos patogênicos que se apresentam e que tornam o luto patológico são a ambivalência e a culpa. Este processo pode estar inconsciente e os sentimentos de amor e ódio se alternam. O ódio entra em ação tirando prazer do sofrimento pelas degradações. Este ódio, que será dirigido contra o outro, passa a atuar internamente, como uma autopunição. E um processo de vingança contra o objeto perdido, que passa a ser torturado pelo sofrimento da pessoa. Esta ocorrência é muito comum nos processos de separação.

E patente a ligação da melancolia com o suicídio. Os impulsos assassinos contra o objeto perdido são voltados contra si próprio. A pessoa tende a se ver também como um objeto, e daí dirige para si a hostilidade relacionada com o outro.

Muitas vezes, a melancolia se transforma em mania, há uma procura voraz de novas ligações.

O trabalho de Melanie Klein (1940) estabelece a relação do processo de luto com os estágios iniciais do desenvolvimento infantil, mais particularmente com a fase depressiva.

A confiança do bebê é estabelecida através do amor, prazer e conforto, facilitando a internalização de objetos "bons". Estas experiências diminuem a ambivalência e os medos de destruição destes objetos. Experiências desagradáveis, ou a falta de experiências amorosas e prazerosas, podem diminuir a confiança, aumentar a ambivalência e confirmam a ansiedade em relação à aniquilação interna e perseguições externas. A criança

sente falta do seio e do leite como os representantes da bondade e da segurança, que, acredita, foram perdidos como resultado de suas fantasias agressivas e destrutivas.

A flutuação entre a posição depressiva e a maníaca são partes do desenvolvimento normal. Segundo a autora, fantasias onipotentes e violentas são usadas como forma de controlar os objetos "maus" perigosos. As fantasias onipotentes, destrutivas e reparadoras entram em todas as atividades infantis. No início do desenvolvimento, o ego não tem armas eficazes para lidar com a culpa e com a ansiedade. Este ego infantil busca então lidar com os medos da desintegração através de tentativas de reparação, que, quando maníacas e obsessivas, não permitem a recriação da paz interna e da harmonia.

A autora estabelece uma conexão entre a posição depressiva infantil e o luto normal. Quando acontece a perda de uma pessoa amada ocorrem fantasias inconscientes, por parte do enlutado, de ter perdido seus objetos internos "bons", sentindo que os seus objetos "maus" predominam. Seu mundo interno está à beira da destruição. Vimos que o enlutado procura em alguns momentos reinstalar o objeto perdido, como forma de reinstalar os objetos "bons" que sente como perdidos, em última instância, os pais que foram os primeiros objetos internalizados.

O enlutado passa por um estado maníaco-depressivo transitório e modificado, superando os processos infantis através da sua repetição em diversas circunstâncias e com diferentes manifestações. Quando o ódio em relação ao objeto amado predomina, este se torna persecutório, e afeta a crença nos objetos "bons".

No início, algumas defesas maníacas como limpar compulsivamente a casa, rearranjar a mobília ou se desfazer dos pertences do morto são formas de afastar o elemento persecutório da perda. Uma ligação ao objeto, baseada no amor e no desejo do retorno, pode surgir também como forma de reparação dos sentimentos destrutivos. A sublimação e a busca de novas atividades são também formas de lidar com a dor. Quando estes elementos destrutivos do objeto, bem como a profunda idealização, elemento reparador do ódio, são superados, importantes passos em direção à elaboração do luto foram dados.

No processo normal de luto o indivíduo reintrojeta e reinstala a pessoa perdida, bem como seus pais amados que são os objetos internos "bons". Quando ocorre uma perda, o indivíduo sente que o seu mundo interno foi destruído.

Muitas tentativas de suicídio podem ser a forma de destruir os pais internos "maus", que frustram, abandonam e perseguem. Um maior detalhamento sobre este tema será apresentado no capítulo seguinte sobre o suicídio.

A autora conclui que, tanto nos processos de luto normal, como no patológico, a posição infantil depressiva é reativada. Os indivíduos maníaco-depressivos e aqueles que não conseguem elaborar o luto têm em comum o fato de que, na infância, não conseguiram estabelecer os seus objetos internos "bons", e não se sentiram seguros no mundo.

Até aqui demos destaque ao processo de luto diante de perdas definitivas, como é a morte. Igor Caruso (1982) em seu trabalho refere-se a um outro tipo de morte, a separação, que ele relaciona a uma fenomenologia da morte. Uma das experiências mais dolorosas para o ser humano é a separação, que todos, inevitavelmente, viveremos. Segundo Caruso, estudar a separação amorosa é estudar a presença da morte em nossa vida. É uma morte psíquica na vida dos seres humanos. Separar ou partir é morrer um pouco. A separação pode ser em muitos casos pior do que a própria morte, porque significa uma capitulação diante da morte ainda em vida. Por outro lado, a separação pode ser a saída menos dolorosa, em alguns casos, porque evita a morte.

A separação é a vivência da morte numa situação de vida, com Eros presente. Segundo Caruso, desenvolve-se:

1. *A catástrofe do ego*: com a separação produz-se uma morte na consciência, daí o desespero. Ocorre uma mutilação egóica, a identidade sucumbe, o que aciona os mecanismos de defesa para que esta morte não aniquile a consciência e não leve ao suicídio, uma atuação psicótica, segundo o autor.
2. *A agressividade*: esta pode surgir como mecanismo de defesa, atacando aquele que abandonou. A desvalorização do ausente é uma forma de tentar reconciliar o ego ferido com o ideal abalado. O amor pode se transformar em ódio, favorecendo o desligamento do objeto.

3. *A indiferença*: há uma experiência de "pouco importa". Força-se uma diminuição da idealização egóica. Esta indiferença pode ocorrer em meio ao desespero. É um embotamento afetivo, uma repressão das fantasias sexuais. Pode-se traçar uma analogia com a rigidez da morte, uma renúncia ao prazer, para se evitar o desprazer.
4. *A fuga para diante*: é uma busca de novas atividades ou de novas formas de prazer. Procuram-se intensamente novas relações, como substituição ao parceiro perdido. O ego sofredor necessita de consolo.
5. *A idealização*: é uma forma de depuração, uma filosofia estoica, heroica. É uma rebelião contra o processo de "morte" que procura se instalar

Os mecanismos de defesa, como Caruso diz, são "frágeis vitórias contra a morte", e são acionados como forma de proteção ao aniquilamento do ego, evitando a destruição e a perturbação dos ideais.

A separação traz o sentimento de "nunca mais", como na situação de morte, só que o companheiro não morreu. Este mesmo mecanismo pode levar o separado a almejar a morte como forma de escape de tão profunda dor, principalmente quando vem acompanhado da crença de que existe uma vida depois da morte, que é sempre fantasiada como muito mais feliz do que a atual. Esta é mais uma razão para os freqüentes suicídios após a separação, mesmo que somente como elemento desencadeador. Como veremos no próximo capítulo, o suicídio pode ser um elemento preventivo contra uma separação; quando o indivíduo sente a relação ameaçada e o perigo de abandono, mata-se antes de viver a separação.

A separação também estimula desejos de morte contra o companheiro, se não concretamente, então internamente como possibilidade: é a tentativa de esquecer, através do processo de desligamento libidinal. Ocorrem tanto a depreciação, como desvalorização, onde todos os elementos negativos são projetados no outro, ou seja, os aspectos de "sombra" segundo o conceito junguiano. Em oposição pode ocorrer a idealização do outro.

Estes sentimentos ambivalentes e contraditórios costumam estar presentes conjuntamente. A melancolia ocorre também nos processos de separação. O objeto é introjetado no ego, e a perda é sentida como aniquilamento do próprio eu. O melancólico é um amante que, de maneira con-

turbada, abandona o próprio ego em favor do amado. A perda na melancolia é uma perda de vida. O melancólico, tão imbuído de seu estado, muitas vezes perde o interesse pelo companheiro e só se interessa em viver a sua perda, abandonando então o outro. **A melancolia pode ser considerada como uma vitória da pulsão de morte.** ✘

No processo do amor e da separação estão presentes duas forças antagônicas, por um lado, e complementares, por outro, como vimos no capítulo do Dr. Cassorla. São as forças de amor/ódio e vida/morte. As forças de amor e vida podem estar presentes em situações de vida, quando a morte aparece como escape para a dor e a destruição de uma separação. A agressividade ocorre também, algumas vezes, nas relações amorosas, no processo de conquista.

A separação pode ser vista como um fracasso do amor, onde pode-se verificar a irrupção dos impulsos sado-masoquistas. O sofrimento muitas vezes constitui um elemento de prazer, ama-se um pouco morrer, há elementos libidinais na autodestruição, que são os componentes masoquistas da separação.

As várias fases do desenvolvimento são também experiências de morte em vida. O desenvolvimento futuro representa perda, morte e sacrifício de formas anteriores. Como nos dizem Aberastury e Knobel (1973), o adolescente tem de realizar o luto do corpo, da identidade e dos pais infantis. Há a perda de algo conhecido e a angústia diante do novo. A velhice é também um momento de profundas separações, onde o indivíduo tem de se despedir do trabalho, dos familiares, do seu corpo e pertences e finalmente da própria vida.

De todos os aspectos que vimos até agora, podemos observar que as perdas e a sua elaboração fazem parte do cotidiano, já que são vividas em todos os momentos do desenvolvimento humano. São as perdas por morte, as separações amorosas, bem como, as perdas consideradas como "pequenas mortes", como, por exemplo, as fases do desenvolvimento, da infância para a adolescência, vida adulta e velhice. São também vividas como "pequenas mortes" mudanças de casa, de emprego. O matrimônio e o nascimento do filho também são "mortes simbólicas", onde uma pessoa perde algo "conhecido", como o papel de solteiro e o de filho, e vive o "desconhecido" de ser cônjuge ou pai. Estas situações podem despertar

angústia, medo, solidão e, neste ponto, trazem alguma analogia com a morte. Carregam em si elementos de sofrimento, dor, tristeza e uma certa desestruturação egóica. Um tempo de elaboração se faz necessário.

Acreditamos que o trabalho psicoterápico, embora não obrigatório, pois não se trata sempre de um processo psicopatológico pode auxiliar enormemente no processo de luto. A expressão de sentimentos numa situação de perda, como o abandono e a solidão, que evocam a raiva, a tristeza e a culpa, facilita a sua elaboração. Pode auxiliar no processo de desidentificação e na possível reinvestida libidinal, oferecer um ambiente acolhedor e de continência tão necessário nesse momento. O processo psicoterápico pode, em muitos momentos, configurar-se como um elemento preventivo para que não se desenvolva um processo de luto patológico.

Referências Bibliográficas

- ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. - *La adolescencia normal* **B.A.**, Ed. Paidós, 1973.
- AIRES, P. - *A história da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
- BOWLBY, J. - *Apego, perda e separação*. São Paulo, Martins Fontes, 1985.
- CARUSO, I. - *A separação dos amantes*. São Paulo, Diadorim Cortez, 1982.
- FREUD, S. - Luto e melancolia. (1917[1915]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1974, vol. 14.
- KLEIN, M. - O luto e a sua relação com os estados maniaco-depressivos. In: KLEIN, M. - *Contribuições d psicanálise*. São Paulo, Mestre Jou, 1981.
- RAIMBAULT, G. - *A criança e a morte*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1979.

Capítulo 10

COMPORTAMENTOS AUTODESTRUTIVOS E O SUICÍDIO

Maria Júlia Kovács

"O suicídio é o único problema filosófico verdadeiramente sério, pois julgar se a vida vale ou não à pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia." (Albert Camus, *O mito de Sísifo*.)

Esta é realmente a questão fundamental, a vida vale ou não à pena ser vivida? O suicídio inclui uma gama de situações muito complexas, cujos contornos são vagos e indefinidos. Ter clareza quando se trata efetivamente de suicídio, ou de acidentes, acaso, homicídio, doença ou quaisquer outros atos autodestrutivos é muito difícil. Veremos neste capítulo como vários autores procuraram compreender este problema. Arrolaremos hipóteses, tentativas de explicação e tratamento de um problema tão profundo. Estaremos apenas tangenciando alguns dos pontos essenciais para a discussão do suicídio, ou melhor dos suicídios.

Levy (1979) traz em seu artigo algumas das definições, que permitem situar o que é suicídio. Em sentido estrito é considerado como uma auto-eliminação consciente, voluntária e intencional. Num sentido mais amplo, o suicídio inclui processos autodestrutivos inconscientes, lentos e crônicos.

Tentativas de suicídio são atos deliberados de auto-agressão, em que a pessoa não tem certeza da sobrevivência, manifestando uma intenção autodestrutiva e uma consciência vaga do risco de morte.

Equivalentes suicidas, também chamados de "para-suicídios" ou de suicídios inconscientes, são atos que não se expressam de modo explícito e manifesto, e sim de forma incompleta, deslocada, simbólica como se

verifica em certos acidentes, homicídios provocados pela vítima e automutilações.

Processos autodestrutivos crônicos são processos lentos, provocados por tendências inconscientes como é o caso de certas doenças psicossomáticas e toxicomanias. Nestes casos, não se observa um risco tanatogênico imediato.

Levy traz a questão etimológica; na palavra SUICÍDIO estão as palavras *sul* de si mesmo e *caedes* ação de matar, portanto matar a si mesmo, e em 1778 a palavra foi incluída no dicionário de língua francesa. Embora a etimologia traga evidências, a idéia do suicídio oferece muitas dificuldades com suas inúmeras controvérsias. As causas podem ser as mais variadas, incluindo aspectos externos, normas sociais e motivações internas.

Para alguns autores, só é válido considerar suicídio quando o indivíduo está consciente do seu ato. O sujeito tem de estar lúcido quando da realização do ato, excluindo-se aqueles casos em que o indivíduo se encontra confuso, escolhendo a morte em vez da vida. A intencionalidade da ação autodestrutiva é um aspecto distintivo do suicídio, embora nem sempre seja fácil de ser avaliada. Dois aspectos devem ser levados em conta:

- a. Possibilidade ou impossibilidade de reversão do método empregado para morrer.
- b. Providências que tornam possível a ação de terceiros, quando esta intervenção é possível e pode se inferir que a intencionalidade seja mínima.

Existe um grau crescente de intencionalidade quando se consideram idéias de suicídio, passando-se para desejos, ameaças, tentativas e finalmente o ato consumado. Será que o indivíduo quer mesmo morrer ou viver? Em cada situação deve ser levada em conta a intencionalidade e letalidade do ato. Pelo que está sendo visto, cada caso tem de ser estudado em seus aspectos mais minuciosos.

Deve se levar em consideração o que Schneidmann e Farberow (1959) chamaram de "Cry for Help", onde o sujeito atenta contra a própria vida como forma de chamar a atenção das pessoas à sua volta para as suas

necessidades, buscando maior amor e valorização pessoal. É uma forma de comunicação. Há uma ambivalência entre o desejo de viver e morrer.

O suicídio é um ato muito complexo, portanto, não pode ser considerado em todos os casos como psicose, ou como decorrente de desordem social. Também não pode ser ligado de forma simplista a um determinado acontecimento como rompimento amoroso, ou perda de emprego. Trata-se de um processo, que pode ter tido o seu início na infância, embora os motivos alegados sejam tão somente os fatores desencadeantes.

Todos nós podemos ter idéias e até desejos de morte quando estamos desesperançados ou desanimados; mas até a consumação de um ato suicida, há uma série de variáveis em jogo que têm de ser consideradas. /,

Dados epidemiológicos sobre suicídio foram apresentados por Kastenbaum (1983), que encontrou uma relação positiva entre o aumento da idade e a taxa de suicídio. A velhice se caracteriza por ter o índice mais alto de suicídio porque neste período se vivem situações altamente desvitalizantes como: isolamento social, desemprego, aflições econômicas e perda de pessoas queridas. Um exemplo desta situação foi o suicídio de Bruno Bettelheim. A Revista Veja¹ publicou sobre este assunto um artigo que discute o direito de morrer de um psicanalista, com 86 anos, conhecido pelas suas obras sobre crianças. Internado em um asilo tomou uma dose que sabia fatal de tranqüilizantes antes de perder os sentidos. Parece ter sido uma decisão consciente de algo que sempre quis, ou seja, escolher a sua forma de vida e no fim, como esta se tornou insuportável achou melhor morrer.

Em termos de sexo, observou-se que os homens se suicidam mais e a hipótese explicativa é que estes apresentam um menor índice de tolerância à frustração.

Subgrupos minoritários estão mais vulneráveis a situações tensionantes, portanto, têm alto risco para a prática suicida. Alguns países apresentam maiores índices de suicídio como a Hungria, o Japão e a Suécia ligados à práticas educativas ou à repressão das emoções.

Em relação ao estado civil foi observado que as taxas de suicídio são mais altas entre pessoas sozinhas como solteiros, viúvos ou separados. **A** pro-

¹ Revista Veja, 21/03/90.

fissão em que se encontrou o maior índice de suicídios foi a medicina, e dois fatos podem ser a rrolados para encontrar explicação para isso. Em primeiro lugar o fato de a medicina ser uma profissão muito tensionante, onde decisões rápidas precisam ser tomadas com alto grau de responsabilidade. Por outro lado, os médicos têm fácil acesso às drogas, o que facilita a ingestão delas numa dose letal.

Considerando-se as doenças mentais, as taxas de suicídio são mais altas entre indivíduos portadores de melancolia, onde o desejo de morte pode não ter sido suficientemente satisfeito na psicose.

Diversas notícias de jornal nos trazem dados sobre a realidade brasileira atual, sendo que algumas chamam a nossa atenção de forma especial. Uma delas se refere ao suicídio entre indígenas.² Acreditar-se-ia que as sociedades primitivas estariam mais a salvo do suicídio, pela continência do grupo e presença de normas claras e precisas. A psicóloga Maria Aparecida Costa, da Funai, porém, diz que histórias de enforcamento não são novidade na reserva de Dourado onde vivem os índios guaranis. Não há uma hipótese clara, a resposta é o silêncio. Para a psicóloga a hipótese para o suicídio seria o contato com as cidades, a miséria e o abandono das tradições e cultos. Esse afastamento dos rituais quebra o contato com suas raízes, levando a situações de isolamento e solidão, lembrando a idéia de sociedade tanatotóxica, de que nos falam Kalina e Kovadloff (1983), e a que nos referiremos com mais detalhes posteriormente.

Outra reportagem sobre suicídio de adolescentes traz material para profundas preocupações sobre a qualidade de vida nas grandes cidades.³ Refere-se ao suicídio de M. P., de 16 anos, que morreu ao cair da janela de seu apartamento depois do uso de drogas e bebida. As hipóteses são de que os jovens buscam a morte inconscientemente, sendo a sua principal causa entre adolescentes. No Brasil 5.000 adolescentes se suicidam a cada ano. Por quê? O que faz com que jovens na flor da idade, com a vida pela frente, no auge do desenvolvimento físico e psíquico, com todas as potencialidades abertas, se matem?

Cassorla (1984), em estudo com jovens entre 12 e 27 anos que tentaram suicídio, verificou diferenças nas características das famílias de origem

² Suicídio contagia índios caiuás. O Estado de S. Paulo, 13/01/91.

³ Shopping News, 26/08/90.

dos jovens suicidas. São famílias com maior proporção de separações entre os pais, alcoolismo, envolvimento com a polícia e a justiça. Segundo o autor, isto impediu que a função parental se processasse de forma mais adequada. A perda dos pais foi mais precoce no grupo suicida. Trata-se de jovens com maior susceptibilidade a rejeições e uma menor capacidade de suportar frustrações.

Kalina e Kovadloff fizeram um levantamento histórico do suicídio. Na Antiguidade greco-romana o suicídio era um ato clandestino, patológico, solitário e só seria avalizado com o consentimento da sociedade. Não havia o poder de decisão pessoal, era uma transgressão. Os suicidas não tinham direito a uma sepultura regular e suas mãos eram enterradas separadamente. A mão era considerada assassina e a sua separação destinava-se a evitar que cometesse outros atos proibidos. A proibição dos ritos funerários era uma forma de punição, para impedir um possível contágio dos cidadãos pelo suicida.

Em Roma, o indivíduo deveria submeter ao Senado as suas razões para o desejo de morrer.

Havia situações em que o suicídio era incentivado como, por exemplo, o dos escravos após a morte do dono, das viúvas na Índia após a morte do marido.

Na Idade Média o indivíduo e a sua vida pertenciam a Deus, e o sujeito era castigado quando tentava se apoderar da vida que não lhe pertencia.

Na época atual, há uma maior autonomia, não existindo mais castigo imposto pelo Estado. Hoje a maior causa de suicídios, no Ocidente, é a solidão, o sentimento de irrelevância social. Houve um desmoronamento dos três pilares básicos da sociedade: família, Estado e religião, que melhor descreveremos a seguir.

Já entre os povos primitivos, o suicídio ou ato de se matar está ligado às normas do grupo. Pode ser incentivado pela comunidade quando há sérias infrações às regras sociais, como forma de neutralizar a culpa, reabilitando o indivíduo diante do grupo. A quebra de costumes e tradições nestas sociedades é considerado como delito grave.

Dias (1991) apresenta um relato sobre o suicídio em outras culturas, como no Oriente, onde é reconhecido como auto-sacrifício ou autopurificação. No Japão o suicídio pode ser visto como a última obra de arte, a morte como arte foral. Este aspecto é magnificamente representado no filme "Mishima", de Paul Schrader. São mencionados também os suicídios por honra e por serviço.

O Japão de hoje apresenta um índice crescente de suicídios, ligados à questão da honra, de jovens que fracassam na realidade escolar e são considerados indignos. A autora cita também os discípulos que se suicidam após a morte do mestre, ou dos cidadãos que se matam após o óbito do imperador, como ocorreu no caso da morte do imperador Hiroito. A autora menciona o livro de Maurício Pinguet, *A morte voluntária no Japão*, onde se pode ver com mais detalhes estes aspectos. Portanto, para uma análise do problema do suicídio devemos levar em conta qual a inserção social deste ato na comunidade da qual o indivíduo faz parte, porque os valores são completamente diferentes nas diversas culturas e entre o Oriente e o Ocidente.

Entre as principais teses sociológicas sobre o suicídio, a obra que inspirou outros autores foi a de Durkheim, *O suicídio*, do final do século 19, considerado um importante trabalho de investigação sociológica muito atual. Para este autor, o suicídio é um ato individual com características da sociedade que o produz. É um ato complexo, indefinido e com contornos vagos. O suicídio é um homicídio intencional de si mesmo. Só uma aproximação grosseira pode falar sobre as suas intenções. De várias maneiras o indivíduo renuncia à sua existência. É um ato desesperado de alguém que não quer viver.

Segundo, o autor a classificação do suicídio facilita a chegada aos seus motivos básicos:

Suicídio Egoísta

A sociedade moderna força a pessoa a ser livre, destaca o valor da personalidade individual, facilitando o que se chama de suicídio egoísta, baseado na vontade pessoal. A religião pode impedir o suicídio graças ao seu forte poder de integração, bem como a família também pode estimular a imunidade ao suicídio. Os índices de suicídio aumentam quando há uma

debilitação das crenças que nos ajudam a nos conduzirmos, como as práticas religiosas.

O suicídio varia na razão inversa ao grau de integração dos grupos sociais. Ele chama de egoísmo a este estado em que o indivíduo se afirma de forma excessiva diante do social e às custas deste. O suicídio egoísta resulta de uma individualização excessiva; nas sociedades altamente agregadas é difícil ocorrer este tipo de suicídio, como nas sociedades primitivas. Em sociedades desagregadas o que pode acontecer é que o indivíduo se sente só, desesperado, sem razões para viver, e matar-se pode ser a única solução possível.

Suicídio Altruísta

O indivíduo também pode se matar quando está muito integrado num grupo. Este não pode permanecer vivo quando perdeu a estima pública. Motivos externos como a desonra ou brigas podem levar à condenação. A sociedade prescreve a não-individualidade, e em muitos credos religiosos o suicídio faz parte dos rituais na forma dos martírios e sacrifícios. O homem anseia libertar-se do individualismo para mergulhar nesta essência, não há tanto apego ao pessoal. Outro exemplo de onde pode se manifestar o suicídio altruísta é no exército, onde o soldado vive uma espécie de impessoalidade, tem seus princípios de conduta regidos de fora, a renúncia é o resultado de um adestramento prolongado. Nestes casos, são comuns os suicídios heróicos.

Suicídio Anômico

É conhecida a influência agravante das situações de desorganização como as crises econômicas. Às vezes, o indivíduo não tem consciência dos seus limites e do que necessita, precisando de um parâmetro social. Quando a sociedade falha neste aspecto, o homem se sente desorientado. A anomia pode ser percebida também na vida familiar, verificando-se aumento de taxas de suicídio após divórcios, por causa da incerteza, o que resulta num estado de perturbação.

O suicídio egoísta e anômico apresentam uma semelhança: em ambos a sociedade, aparentemente, não preenche de forma total as necessidades do sujeito.

Kalina e Kovadloff (1983) são os representantes atuais das hipóteses sociais sobre o suicídio. Segundo as colocações destes autores, o suicídio é resultante de uma existência autodestrutiva, chamada de existência tóxica. Esta se vincula a um projeto de morte, o de viver se suicidando. Na civilização ocidental falta um plano de desenvolvimento interior.

Para estes autores considerar a opção do suicídio como pessoal é insuficiente. O suicídio é resultado de uma indução social, e não de uma livre determinação individual. Entretanto, cada indivíduo articula à sua maneira os recursos com os quais a sociedade o dotou. O suicídio pode ser uma forma de rebelião ou submissão contra essa sociedade.

O indivíduo que atenta contra a sua vida, atenta contra a sociedade. Em nossa cultura houve um aumento de suicídios, a pessoa aprende que algumas vezes é mais digno morrer do que viver. A existência tóxica envolve um viver se suicidando, o homem então só termina de morrer.

Kalina e Kovadloff pesquisam a origem etimológica da palavra suicídio, fazendo uma ligação terrível com a palavra ocidente. *Se occidere* cortar, esmigalhar, ferir mortalmente, se matar; *occasum*: ocaço, ruína, decadência, resultando na palavra OCIDENTE. Então a nossa sociedade está esmigalhada, em ruínas. Daí o nome de sociedade tanatotóxica.

Os autores afirmam que, embora haja a indução social, o suicídio é um ato psicótico. Esta imposição social invade o sujeito, atinge a sua consciência e aniquila o ego. Este não consegue se defender, perde a crítica. Segundo estes autores, mesmo que racionalmente se possa compreender os motivos do suicídio, este é sempre um ato psicótico, pois envolve a perda de consciência. Este ponto é altamente controverso e não há consenso entre os autores que estudaram a questão do suicídio.

O suicídio é uma trágica denúncia do indivíduo de uma crise coletiva. Quando ele se mata fracassa uma proposta coletiva daquela sociedade.

Entre os aspectos de uma sociedade tóxica se encontram o armamento nuclear, a contaminação do planeta, a despersonalização e o elevado nível de agressividade, que as metrópoles produzem, o rebaixamento do valor individual e da auto-estima. Nas grandes cidades ocorre a solidão, a distância dos vizinhos, a falta de solidariedade, o desenraizamento e a quebra das tradições. A tecnologia não atende mais às necessidades básicas e

pessoais do sujeito, e a morte surge como solução para o alívio da frustração. Segundo os autores, o Ocidente chegou numa encruzilhada ética.

Camus põe a nu a perplexidade humana diante dos tentáculos paralisantes da sua impotência e das dolorosas limitações. O absurdo a que a sociedade submete o homem não é uma derrota, e sim um estímulo para a sua superação, conduz à revolta, liberdade e paixão, portanto, ao lado mais criativo do ser humano. Para este autor o suicídio é a derrota, o abandono da luta.

Muitas pessoas morrem porque consideram que a vida não merece ser vivida. Outros paradoxalmente se matam pelas idéias ou ilusões que lhes dão prazer de viver. Para Camus o suicídio é um gesto preparado como uma grande obra, no silêncio do coração, é uma confissão a si mesmo de que a vida não vale à pena, é uma tragédia.

Camus traz o mito de Sísifo como um representante máximo do absurdo. Os deuses tinham condenado Sísifo a empurrar sem descanso uma pedra até o cume de uma montanha de onde rolava para baixo, pelo seu peso. Tinham pensado com razão que não há castigo mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança. Sísifo havia desafiado os deuses por ter acorrentado a Morte, e por ter esquecido de voltar às profundezas da terra após a sua própria morte. Este mito é trágico porque o herói está consciente, conhece toda a extensão de sua miserável condição. A perda do sentido é o primeiro sinal do absurdo, a busca da saída se faz pela revolta, liberdade e paixão. Paradoxalmente o absurdo confere um sentido para a vida, na medida em que não há conformação e, portanto, há luta e conseqüentemente vida.

Outros autores buscaram as hipóteses para o suicídio em motivos intrapsíquicos.

Menninger (1965) em seu livro *Eros e Thanatos - O homem contra si próprio* traz os motivos subjetivos e particulares para um processo autodestrutivo.

Segundo o autor, pareceria evidente que o homem se opusesse firmemente à morte e à destruição. Entretanto, torna-se cada vez mais evidente que parte da destruição que flagela a humanidade decorre da autodestruição, aliando-se a forças externas no ataque à sua própria existência.

Tendências construtivas e destrutivas da personalidade estão em constante conflito e interação para criar, destruir e construir, representando processos anabólicos e catabólicos da personalidade. Além dos atos suicidas, propriamente ditos, há uma série de atos com conteúdos fortemente autodestrutivos como a participação em certos sacrifícios, o ascetismo, o martírio e a submissão a certos procedimentos cirúrgicos sem necessidade óbvia. Muitas pessoas, embora não admitam, destroem a vida em processos autodestrutivos crônicos como o alcoolismo ou a adição a drogas. Acidentes freqüentes, atribuídos ao destino ou ao acaso, podem trazer no fundo intenções de morte.

Este livro se propõe a descobrir que motivos subjacentes determinam essa escolha, onde o desejo de morrer vence o desejo de viver, muitas vezes com plena colaboração das faculdades mentais e intelectivas.

A autodestruição começa muito tempo antes do ato suicida, é como se a pessoa tivesse um encontro com a morte, embora, aparentemente pareça fugir dela. Esta intenção parece estar presente desde os primeiros anos de vida.

Menninger considera que para ocorrer o suicídio é necessária a presença de três componentes: o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer. O suicídio é antes de tudo um homicídio, um homicídio de si mesmo, onde a mesma pessoa é o assassino e o assassinado. Nenhum suicídio é consumado se além do desejo de matar, não estiverem presentes o desejo de morrer e de ser morto. Quando o desejo de morrer não está presente, pode ocorrer o paradoxo de que o indivíduo suplique para que o salvem, após um ataque suicida, muitas vezes brutal.

Desejo de Matar

Neste aspecto é extremamente importante o caráter destrutivo. O instinto destrutivo pode estar presente na criança pequena diante de um rival. Em todo o ato destrutivo pode existir uma erotização parcial, como um prazer neste ato, conhecido como sadismo. O mesmo pode ocorrer nos atos autodestrutivos. Pode acontecer quando o amor e o ódio são desligados dos objetos externos e voltam-se contra o próprio indivíduo. O desejo de matar em vez de ir para objetos externos, volta-se contra o próprio

indivíduo, de modo que o eu é tratado como um objeto. Pessoas suicidas são normalmente ambivalentes quanto aos seus sentimentos.

Exemplos como no filme *Sociedade dos poetas mortos* indicam que quando ocorre um suicídio, como no caso do jovem, pode na verdade haver o desejo de assassinar o outro, no caso o pai. Não ocorre o assassinato, porque a vítima teme o agressor, as suas intenções hostis. Por outro lado, pode haver a interferência de fatores eróticos, tornando difícil matar a quem se ama, no caso também o pai. É preciso pensar também no elemento vingativo presente em qualquer ato suicida que é a possibilidade de infligir sofrimento ao outro.

O melancólico pode descarregar contra si próprio os amargos ataques, as hostilidades antes ocultas em relação ao objeto amado

Desejo de Ser Morto

Ser morto é uma forma extrema de submissão, assim como matar é uma forma de agressão. Neste caso temos a questão do masoquismo, de sentir prazer na dor. Como é possível obter satisfação com a punição, com a doença? Uma das explicações cabíveis é de que o ego precisa sofrer na dimensão de sua destrutividade dirigida para fora, se há um ataque para fora, a mesma proporção precisa ser dirigida para dentro. É necessário que haja sentimentos de culpa, para haver a necessidade de punição. Desejos homicidas, mesmo que não efetuados e inconscientes dem andam punição.

Menninger faz então um paralelo entre os meios utilizados para os atos suicidas e a sua possível relação com os três componentes aqui considerados. Há elementos mais agressivos como tiros, ou uso de instrumentos cortantes penetrantes. Psicóticos podem estabelecer relações mais concretas, por exemplo, tocar ou encostar em fogões pode representar um desejo patológico de ser aquecido, amado, sentir calor humano, libertar-se de uma frieza ou um gelo interno. Afogamento pode representar o desejo de voltar ao bem-estar da existência intra-uterina. O processo de ingerir substâncias venenosas pode estar relacionado a intensos desejos orais. Em muitos destes métodos podemos encontrar elementos de punição, aliados a fatores eróticos ligados ao prazer. Muitos têm um caráter exibicionista, um desejo de ser descoberto e mais uma vez punido.

Trazendo no seu bojo uma característica narcísica, matar-se em vez de ser executado é conservar no íntimo a ilusão da onipotência, e pelo ato do suicídio tornar-se senhor da vida e da morte. Mesmo porque muitos suicidas têm certeza de uma vida futura que será melhor do que esta. Então o suicídio não é uma morte verdadeira porque não é sentida como definitiva. Este aspecto é fundamental no estudo de suicídios de crianças, como já mencionamos

Desejo de Morrer

Uma pessoa que tenta se matar e depois pede encarecidamente que a salvemos, pode estar diante do paradoxo de se matar e não desejar morrer. O contato com a realidade pode ser tão precário, que o indivíduo acha que pode se matar e não morrer, ou acredita ser possível um retorno. Supomos que este processo pode estar atuando de forma inconsciente, quando vemos um sujeito que tenta desesperadamente se matar, faz várias tentativas, e não consegue morrer, criando situações de extremo sofrimento. Às vezes, o corpo atende a este desejo do sujeito, e condições orgânicas aparentemente inofensivas levam-no à morte. O desejo de morrer pode estar ligado a fantasias de nascimento e de retorno ao útero.

Voltando à interação de fatores construtivos e destrutivos, naquelas ações onde os impulsos destrutivos são neutralizados em parte, surgem todas as formas de autodestruição crônica ou parcial. Quando os impulsos destrutivos suplantam os construtivos, de forma completa, ocorre o suicídio, principalmente quando há um contato precário com a realidade. As tendências autodestrutivas já se manifestam na infância e são neutralizadas pelos conteúdos construtivos.

A diferença entre um suicídio agudo e um crônico é que no último há um adiamento da morte com muito sofrimento e com uma diminuição de funções, levando a uma morte em vida. Entre estas formas crônicas o autor enumera as seguintes: martírio, invalidez neurótica, adição ao álcool e drogas, comportamentos anti-sociais, psicoses. Em cada caso, devem ser considerados os elementos agressivos externos e internos, o desejo de punição e o elemento de prazer usufruído.

Entre os suicídios focais o autor arrola as automutilações, cirurgias, acidentes, onde se dá vazão aos impulsos autodestrutivos inconscientes. In-

clui, também, a simulação de doenças e dor, que acabam envolvendo um sofrimento, mas também, uma forma de agredir as pessoas que estão próximas. Às vezes, as doenças, cirurgias, ferimentos são formas de evitar um mal maior, como a morte ou a psicose. Acidentes repetidos podem significar uma forma de neutralização parcial dos instintos destrutivos.

Menninger fala do suicídio orgânico onde o processo autodestrutivo se localiza num órgão que adoece.

Em cada uma das situações devem ser observados os seguintes elementos: o componente autopunitivo, o componente agressivo em relação ao ambiente e o componente erótico.

Garma (1973) levantou as seguintes hipóteses psicanalíticas para a explicação do suicídio. Este seria uma deformação masoquista da personalidade. Quando ocorre a perda do objeto, o suicídio aparece como possibilidade de reencontro com ele. Este mesmo autor fez um levantamento das seguintes representações de morte no suicida:

1. Possibilidade de se livrar de conflitos.
2. Busca de uma vida que não se tinha antes.
3. Fantasia de reencontro com outras pessoas.
4. Busca de um elemento de beleza na morte.
5. Fuga de uma situação intolerável.
6. Busca de uma união sexual, amorosa.
7. Busca de uma perfeição narcísica.
8. Satisfação de tendências masoquistas, com autocastigo.
9. Satisfação instintiva.

Este autor considera que, em alguns casos, o suicídio pode ser uma reação maníaca. Neste caso, o ideal de ego se confunde com próprio ego e ocorre uma submissão ao superego que exige sofrimento e renúncia. O prazer se liga à autodestruição e ficar sem dormir, comer, arriscando a vida faz parte dos planos para atingir o ideal.

Abadi (1973) levantou outras hipóteses para o suicídio:

- a. Predomínio de ansiedades paranóides e vivências persecutórias.
- b. Mecanismo de defesa diante de situações intoleráveis.
- c. Atuação psicótica.
- d. Condição masoquista.
- e. Ato regressivo.
 1. Como um ato agressivo, é uma forma de vingança contra a sociedade.
 - g. Como autocastigo, apazigua sentimentos de culpa, evitando a retaliação.
 - h. Fantasia de retorno ao útero materno, como possibilidade de reunião com o objeto amado.
 - i. Fantasia de onipotência divina, possibilidade de dispor da vida e da morte.
 - j. Fantasia de adquirir um bem maior, a vida depois da morte.

São tantas as hipóteses e representações de morte que fica difícil falar em um suicídio, pelo contrário, parecem ser vários suicídios.

Dias (1991) em sua obra trabalhou num enfoque psicanalítico e antropológico com mensagens de adeus, analisando aqueles elementos da população suicida, que escrevem notas de despedida. Foi feita uma compilação das mensagens deixadas pelos suicidas, durante os anos de 1986-87, no Instituto de Criminalística de São Paulo. Muitos dos temas apontados pelos autores de abordagem psicodinâmica estão presentes nestas mensagens.

Em muitas delas, a morte não tem para o suicida a conotação de fim e é considerada como passagem ou transição para um estado mais vivo ou prazeroso, como se fosse uma etapa adicionada à vida, um outro tipo de existência. Fantasias de liberação de uma situação difícil envolvem fugir de situações intoleráveis. Neste caso, pode ser visto como um ato de rebeldia de um indivíduo que sempre se colocou de forma passiva na vida. A coragem de buscar o ato suicida se contrapõe à sensação de fracasso e inutilidade na vida. A morte aparece como triunfo. Fantasias de reencontro foram bastante comuns.

Ocorreram pedidos de desculpa, porque o suicídio é considerado um ato vergonhoso, em nossa sociedade, e alguns acreditavam que deviam ser punidos.

Em muitas cartas, os suicidas se colocam em condição de julgar o ato dos outros, responsabilizando-os pela sua desgraça, além de manifestar o desejo de controlar a própria morte. É uma forma de sair da impotência, através de um ato onipotente, manipulando a realidade externa. Muitas vezes na carta apresentam um interesse em saber o que os outros sentirão após a sua morte, portanto, envolvendo um desejo de continuação.

Podem aparecer mensagens envolvendo a idéia de sacrifício, efetuado para aliviar a carga dos outros. É a figura do bode expiatório.

O elemento de vingança manifesto, devolve a rejeição e o abandono que alega sentir, jogando a culpa do seu ato sobre o outro, como uma forma de lei de talião.

A autora relata o quanto a intimidade do sujeito se torna evidente nestas cartas, com uma clareza de comunicação que nunca esteve tão presente durante sua vida. Neste caso, trata-se de uma comunicação unilateral, já que não há interlocutores.

Uma das hipóteses principais de Dias é a questão narcísica, em que o suicida vê o mundo à sua imagem e semelhança. Acusa o mundo real por não ser igual aos seus desejos.

A idéia do testamento aparece nas cartas como nas mortes naturais, a recomendação de como os sobreviventes deverão resolver os seus problemas, acreditando onipotentemente que os seus desejos serão respeitados. Nestas mensagens, muitas vezes se vê o discurso autoritário, como se fosse uma ordem.

São encontradas ambivalências, onde não fica claro se o desejo é de morte ou de vida. Foi notada profunda regressão, em alguns casos, com uma intensa simbiotização, onde o indivíduo quando se vê separado não consegue resistir e tem de morrer. Cassorla (1984) em seu trabalho verificou que, no caso de mulheres suicidas, pode haver uma ligação simbiótica, como se houvesse uma indiscriminação. A perda ou ameaça de perda do objeto conduz a atuações, podendo culminar com tentativas de suicídio. Pode não

envolver somente agressão ao parceiro, mas também uma ligação simbiótica com outros objetos perdidos como os pais, ou outras figuras parentais. No caso das meninas, o ressentimento pela falta da figura paterna pode resultar em atritos com a mãe, ou então esta hostilidade se dirige contra objetos internos, com uma qualidade depressiva que conduz a atos suicidas, acompanhados de sentimento de culpa. Com o emergir da sexualidade são reativados os conflitos edípicos. Muitas destas crianças foram rejeitadas ou abandonadas na infância, o que faz aparecer o desejo de morte dos pais.

Há uma forte relação entre os processos de luto e o suicídio, como já apontamos no capítulo anterior. Segundo Cassóla (1984) quando há dificuldade em elaborar a perda, a tristeza pode se voltar para dentro. Podem surgir sentimentos agressivos em relação à pessoa perdida, desejos de morte conscientes ou inconscientes. Estes geram culpa que são em parte reprimidos e que podem levar a atos inconscientes de autodestruição. A raiva em relação à pessoa morta pelo seu abandono gera sentimentos ambivalentes de amor e ódio.

Muitas vezes, não se sabe se o suicida busca a morte ou outra forma de vida, como já mencionamos. Geralmente, visualiza a reação das pessoas após a sua morte, imaginando a relação como gostaria que fosse, ou despertando a culpa naqueles que o frustraram. A agressividade do ato suicida é uma forma de vingança contra a sociedade, que condena o suicídio.

Segundo Knobel (1991) o ato suicida é uma psicose, e portanto deveria ser dedicada mais atenção na clínica às modalidades psicóticas, depressões mascaradas, quadros esquizoformes, traços maníacos, repetidas queixas hipocondríacas, quadros fóbicos, atuações psicopáticas, manifestações epileptóides e quadros melancólicos, onde a angústia é permanentemente gerada e não há possibilidade de raparação.

Knobel fala de vários tipos de suicídio, como o melancólico que é acompanhado de processos psicossomáticos. Surgem fantasias com uma intensa culpa persecutória. Procura-se a morte como um castigo merecido, porque o desejo agressivo, dirigido contra o objeto, volta-se contra o ego. Um outro tipo de suicídio é o psicopático, mais comum na adolescência, que está ligado a um superego cruel. Coexistem uma total onipotência e uma autodesvalorização que são totalmente incompatíveis, gerando confusão e atuação. Aqui também se procura uma

morte acusadora. O suicida psicopata não se mata por sentir culpa, mas sim para que os outros sintam culpa.

O que Knobel chama de suicídio maníaco está ligado a um superego brutal e enganador. As fantasias de onipotência e imortalidade convivem com um ego impotente e vazio, que precisa de um contato constante sem nenhuma satisfação libidinal. O que se torna mais terrificante é a fragmentação psíquica.

O suicídio esquizofrênico ocorre em presença de um ego marcado por regressões intensas, com carência de identificações primárias, fragmentado, confuso e indiscriminado. Este elemento dissociado fica à margem do ego e, por isso, pode compulsivamente matar o suposto perseguidor, sem perceber que destrói todo o *self*, o próprio indivíduo, que na esquizofrenia não parece um ser único. Observa-se em alguns adolescentes esquizóides que nunca se queixaram e que viviam uma solidão apavorante, uma despersonalização angustiante, da qual tentam se afastar violenta e agressivamente.

Esta organização proposta por Knobel permite perceber que suicídios podem ter motivações totalmente diversas, e que têm relação com rupturas em diferentes períodos do desenvolvimento afetivo-emocional.

Byington(1979) em seu trabalho sobre o suicídio aponta quatro tipos de componentes emocionais relacionados aos ciclos arquetípicos.

Ligado ao ciclo matriarcal, encontram-se as vivências de desamparo extremo, abandono, aniquilamento existencial. Há uma relação com o arquétipo da grande mãe. Vincula-se ao terceiro mês de vida, em quadros depressivos, desoladores, como o hospitalismo estudado por Spitz. Ocorre a vivência de desvalia intrínseca do *self*. Se estiver o terapeuta diante de um paciente com a problemática no ciclo matriarcal, deve ter disponibilidade para a abertura e a entrega com características maternas.

O segundo grupo está ligado ao ciclo patriarcal, com sentimentos de desorientação e condenação por infrações. A culpa se acha ligada a sentimentos de transgressão diante da lei inexorável e inflexível, inerente ao arquétipo do pai. A depressão fica ligada à problemática da honra e da vergonha.

No terceiro ciclo da alteridade, os distúrbios se ligam à traição, separações conjugais e frustrações relacionadas a aspectos de *animus* e *anima*, e ao desespero da vivência de fracasso na relação adulta do casal.

No quarto ciclo, o cósmico, ocorre a maior incidência de suicídios, mais do que os outros três juntos. Este ciclo inclui as vivências mais profundas e penosas do ser humano, o sacrifício do corpo e a compreensão do significado e finalidade de todo o processo existencial. É difícil vivenciar este ciclo em nossa sociedade patriarcal, que menospreza a velhice, reforçando a sua característica de inutilidade e impotência. Surge, então, a amargura de não ter vivido a vida em sua total potencialidade e de nada mais poder fazer. A frustração deste ciclo é sentir que a vida foi um grande nada. Apesar desta vivência ser muito dolorosa, transformações são possíveis já que há uma grande introversão de energia nesta época. O trabalho terapêutico nesta fase é muito importante, não só para trabalhar o arquétipo da morte, mas também o da vida, ambos exigindo transformações intensas. Pode haver uma urgência de crescimento e fuga da estagnação.

O tratamento de pacientes suicidas exige profunda compreensão de suas motivações básicas que, como vimos, são variadas. O ato suicida pode despertar, no terapeuta, seus próprios desejos de morte, sua impotência. Segundo Byington, o terapeuta deve estar profundamente ligado ao seu eixo. As defesas, falta de profundidade, racionalizações, são prontamente detectadas pelo paciente, tão sensível neste momento diante das opções de vida e de morte.

Como vimos, o suicídio sempre foi condenado pela sociedade, considerado como crime ou loucura. Entretanto, algumas palavras devem ser ditas sobre um novo movimento que surge com o título de "morrer com dignidade". Uma grande polêmica foi levantada pelo livro *Suicídio - Modo de usar*, de Guillon e Bonniec (1974). Nesta obra há uma consideração sobre o suicídio auxiliado e a eutanásia. Os autores discutem se não acaba sendo, mais violento deixar sofrer desesperadamente aquele que deseja morrer. Os autores procuram afirmar que não pretendem estimular o suicídio, e sim ajudar aqueles que já tomaram uma decisão consciente e deliberada. Colocam-se como facilitadores do processo de morrer, para evitar que pessoas usem formas violentas, dolorosas e muitas vezes ineficientes, causando ainda maior sofrimento e degradação. Apresentam sociedades pela morte com dignidade na Europa. Trata-se de uma discussão

oportuna e extremamente importante, que envolve aspectos médicos, psicológicos, sociais, legais e religiosos. O que se observa ainda hoje, no final do século XX, é que estamos longe do consenso. O assunto ainda merece discussões aprofundadas. Aqui no Brasil ainda não tivemos notícias deste movimento.

Prevenção do Suicídio

As autópsias psicológicas (Ebert, 1987) podem ser um processo designado para avaliar uma variedade de fatores, incluindo comportamentos, pensamentos, sentimentos e relacionamentos de um indivíduo que está à morte. A autópsia psicológica foi desenvolvida por Schneidmann e Farberow, em 1961, e foi usada para investigar acidentes e homicídios e avaliar aspectos psicológicos de pessoas que estão morrendo. Traz informações valiosas para se compreender a dinâmica da morte. Posteriormente, o procedimento foi usado também com pessoas que tentaram suicídio e sobreviveram, como forma de prevenção de novas tentativas.

A primeira questão que se coloca numa autópsia psicológica é saber o modo da morte. Quatro modos foram descritos por Schneidmann que são: natural, acidental, homicídio ou suicídio. Freqüentemente a causa da morte é clara, mas o modo não. Será que o disparo de uma arma foi um acidente ou foi intencional?

A segunda questão que se busca responder é porque a morte ocorreu naquele momento. Para isso é preciso examinar eventos importantes, na vida do sujeito, e a conexão deles com a tentativa de suicídio ou morte.

Um terceiro objetivo da autópsia psicológica é obter informações que podem ser válidas na predição do suicídio. Schneidmann criou três classificações da motivação para a morte: intencional, subintencional e não-intencional. Isso facilita a identificação de indivíduos e grupos de alto risco.

O quarto objetivo é a possibilidade de oferecimento de ajuda psicoterápica para os sobreviventes, que necessitam falar e esclarecer as distorções da realidade.

Os autores apresentam uma lista de temas a serem investigados numa autópsia psicológica, incluindo os seguintes itens:

1. História de alcoolismo.
2. Notas, mensagens e cartas do suicida.
3. Livros (verificar que livros lia e gostava de ler).
4. Avaliação dos relacionamentos (familiares, conjugais, filiais, empregatícios e de amizade).
5. Relacionamento marital.
6. Estado de ânimo (sintomas de depressão, flutuações de ânimo, problemas somáticos).
7. Estressores psicossociais (perdas e separações de pessoas significativas, perda de emprego, problemas financeiros e legais).
8. Comportamento pré-suicida (verificar questões financeiras, providências).
9. Linguagem (dados verbalizados pelo paciente, que poderiam conter indícios de um futuro suicídio).
10. Drogas usadas.
11. História médica.
12. Estado mental e racional na condição do suicida antes de sua morte (ver orientação, memória, atenção, concentração, ânimo e afeto, alucinações, cognição, linguagem).
13. História psicológica (verificar tentativas de suicídio anteriores, busca de tratamento psicológico, hospitalizações, episódios depressivos, ou impulsivos).
14. Estudos de laboratório.
15. Verificar o relatório do médico legista (uso de drogas, ferimentos, estado físico em geral).
16. Avaliação dos motivos (arrolar os modos: suicídio, natural, acidental ou homicídio, anotar as possíveis razões).
17. Reconstrução dos eventos ocorridos no dia anterior à morte (relatório detalhado e cronológico)

18. Avaliação dos sentimentos relacionados com a morte, preocupações, fantasias.
19. História militar (honrarias e estresses vinculados à história militar).
20. História de morte na família (arrolar suicídios e outras mortes na família).
21. História da família (verificar relações com o morto e eventuais conflitos que ocorreram antes da morte).
22. História de empregos (tipo de trabalho, empregos estressantes e conflitos com chefes e colegas).
23. História educacional (identificar nível educacional, e eventuais conflitos nesta área).
24. Familiaridade com instrumentos que provocam a morte (verificar uso de armas e drogas).
25. Relato policial.

Como se pode ver é uma investigação minuciosa, que pode elucidar muitas questões. Considerando-se o aspecto preventivo da questão pode ser extremamente benéfico para aqueles pacientes que tentaram suicídio, e muito eficaz no planejamento do processo psicoterápico. É também usada com os familiares para a compreensão dos eventuais motivos que teriam levado a pessoa a buscar o suicídio. No caso de ter havido morte, pode ser uma forma da família compreender e aceitar melhor as razões que levaram ao suicídio.

É necessário observar e cuidar do indivíduo que pede ajuda. O grande perigo é que, muitas vezes, estas pessoas não são levadas a sério. As tentativas de suicídio são muitas vezes taxadas pejorativamente de atos histéricos. É conhecida a reação do grande público a ações espetaculares, incitando o sujeito a finalizar o ato. Às vezes, o indivíduo planeja tudo, pensando que vão salvá-lo, e ao ver a reação contrária, pode se sentir ainda mais desesperado. Sabe-se que a pessoa que tenta suicídio, tem alto risco de repetir o ato, se não receber a ajuda de que necessita, procurando formas mais letais e eficazes. São freqüentes as histórias de sujeitos com inúmeras tentativas, até que finalmente uma dá certo. É im-

portante cuidar de questões, como: defesas enfraquecidas, apoio dos valores pessoais, possibilidade de expressão de sentimentos, ênfase em novas relações e elevação da auto-estima.

Cassorla (1991) relata em seu livro, *Suicídio: estudos brasileiros*, o trabalho com grupos Balint. Estes grupos são constituídos por médicos generalistas e especialistas não psiquiatras que se reúnem semanalmente com um psicanalista, discutindo reações emocionais que ocorreram no paciente, no médico e na relação de ambos.

O autor observou que os profissionais de saúde tratam estes pacientes com desprezo, agressão, chegando a maltratá-los. Esta agressão pode ser a reação de um médico assustado. O aspecto manipulativo do ato é o que mais irrita a equipe de saúde. Eles estão lá para salvar a vida e minorar o sofrimento, mas os desejos podem ser conflitantes, um quer salvar e o outro quer morrer. Isto exacerba a sensação de impotência, culpa e remorso da equipe. O indivíduo que tenta suicídio é o que tem mais alto risco de recorrência, necessitando, portanto, de mais ajuda. O desprezo nesse momento pode ser extremamente letal.

O autor levanta pontos importantes, que devem ser percebidos e que são indicadores de processos autodestrutivos, manifestados muito antes de o ato ter-se consumado. Estes podem apresentar-se na fala do paciente, no relato do desejo de se matar ou de morrer, nos surtos psicóticos, nas queixas somáticas indefinidas e recorrentes, nos picos de angústia com sintomas de desagregação e desintegração, onde a morte pode ser encarada como uma solução menos terrificante. É importante observar também o aparecimento de sintomas estranhos que surgem de repente.

Referências Bibliográficas

- ABADI, M. - Em torno de la muerte. Notas psicanalíticas sobre una fantasia clave. In: ABADI, M. - *La fascinación de la muerte*. B. A., Edit. Paidós, 1973.
- BYINGTON, C. - Aspectos psiquiátricos do suicídio. *Boletim de Psiquiatria*, 1979, vol. 12 (1-4): 13-32.

- CAMUS, A. - *O mito de Sísifo*.
- CASSORLA, R. M. S. - *O que é suicídio*. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- CASSORLA, R. M. S. - Características de famílias de jovens que tentam suicídio em Campinas Brasil. Um estudo comparativo com jovens normais e psicóticos. *Acta Psiquiátrica e Psicológica da América Latina*, 1984, 30: 125-134.
- CASSORLA, R. M. S. (Org.) - *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas, Papirus, 1991.
- DIAS, M. L. - *Suicídio. Testemunhos de adeus*. São Paulo, Brasiliense, 1991.
- DURKHEIM, E. - *El suicidio*. Buenos Aires, Schapire Edit., 1971.
- EBERT, B. W - Guide to conduct a psychological autopsy. *Professional Psychology Research and Practice*, 1987, vol. 18 (1): 52-56.
- GARMA, A. - Los suicidios. In: ABADI, M. - *La fascinación de la muerte*. Buenos Aires, Edit. Paidós, 1973.
- GUILLON, C. e BONNIEC, Y. - *Suicídio, modo de usar*. São Paulo, EMW Edit., 1984.
- KASTENBAUM, R. e AISENBERG, R. - *Psicologia da morte*. São Paulo, Pioneira, 1983.
- KALINA, E. e KOVADLOFF, S. - *Cerimônias de destruição*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983.
- KNOBEL, M. - Sobre a morte, o morrer e o suicídio. In: CASSORLA, R. M.S.(org.) - *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas, Papirus, 1991.
- LEVY, M. - Introdução ao estudo do suicídio. *Boletim de Psiquiatria*, 1979, vol. 12 (1-4) :1-12.
- MENNINGER, K. - *Eros e Thanatos. O homem contra si próprio*. São Paulo, Ibrasa, 1965.
- SCHNEIDMANN, E. e FARBEROW, N.L. - "Suicide and death" In: FEINFEL, H.(ed.) *New meanings of death* - New York, McGraw-Hill, 1959.

Capítulo 11

PACIENTE TERMINAL E A QUESTÃO DA MORTE

Maria Júlia Kovács

"Cumprir minha missão, pude agir como catalisadora, tentando fazer com que as pessoas aceitem que só podemos realmente viver e apreciar a vida se nos conscientizarmos de que somos finitos. Aprendi tudo isso com meus pacientes moribundos que no seu sofrimento e morte concluíram que temos apenas o AGORA, portanto, goze-o plenamente e descubra o que o entusiasmo, porque absolutamente ninguém pode fazê-lo por você." (Elizabeth Kubler-Ross, 1975, *Morte estágio final da evolução*.)

Iniciei este capítulo com palavras textuais de Elizabeth Kubler-Ross, essa magnífica profissional, que se preocupou com a qualidade de vida dos seus pacientes acometidos de doenças graves. O seu trabalho com certeza revolucionou a discussão sobre o atendimento destes pacientes, e influenciou a minha forma de pensar o problema, bem como a minha prática como psicóloga.

O conceito de terminalidade é um conceito relativo, já que todos nós temos a morte como fim do nosso processo de desenvolvimento. A questão da temporalidade é relativa, pois, ao dizermos que um idoso ou um paciente com doença grave está mais próximo da morte, este fato é constantemente contrariado, pois, muitas vezes, pessoas saudáveis ou mais jovens morrem mais cedo do que aqueles que já estão "marcados para morrer". Usaremos este termo neste capítulo, com todas as ressalvas a que esse nome conduz, pois ainda é a forma como são chamados os pacientes com doenças para as quais ainda não foi encontrada a cura, e que se encontram hospitalizados ou no lar. O rótulo "terminal" pode trazer em seu bojo uma série de expectativas e formas de ação que descreveremos no decorrer do capítulo.

O conhecimento do fato de que se trata de uma doença terminal desencadeia no paciente, na família e na equipe de saúde aspectos importantes a serem considerados.

Existe um mito, responsável por um dos grandes medos do século atual, que é o do sofrimento na hora da morte. Há uma crença de que o processo da morte é sempre acompanhado de sofrimento e de dor insuportável, ou então que a pessoa precisa estar inconsciente nesse momento. Crê-se que as pessoas idosas ficarão obrigatoriamente senis, dementes, confusas, incontinentes. Estas crenças são reforçadas por algumas visões de pessoas que realmente morreram assim, em alguns dos nossos hospitais. Medidas inúteis de sobrevivência, que parecem verdadeiros instrumentos de tortura, ainda são usadas. Temos ainda na memória as imagens impressionantes de Tancredo Neves, em 1985, que como homem público teve o seu processo de morte devassado pela mídia. Uma outra imagem muito comum é a de velhos terminando os seus dias na solidão e isolamento. Sabemos que os hospitais gerais não estão aparelhados para o tipo de tratamento que visa dar alívio e conforto. É importante ressaltar que ainda é assim, mas que não precisa ser dessa forma. No fim deste capítulo falaremos de outras formas possíveis de cuidados a estes pacientes.

Certas doenças de nosso tempo como o câncer e a aids são consideradas como sentenças de morte.

Foi feita uma analogia da aids com as epidemias da Idade Média, como a peste, ligadas à crença em uma punição divina. A aids durante um tempo foi chamada de peste *gay*, porque se acreditava que ela só atingia homossexuais promíscuos, portanto, merecedores de punição pela sua vida devassa. Hoje os fatos desmentem as premissas que fundamentavam essa posição, mas elas ainda convivem no íntimo da sociedade. Ainda hoje se vêem atitudes que combatem os doentes e não a doença. No caso da aids a vergonha, a degeneração física e psíquica e o problema social do estigma podem ser piores do que a morte.

Segundo Faulstich (1987), trata-se de uma doença mortal, com um intervalo variável entre o diagnóstico e os primeiros sintomas. O soro positivo carrega o diagnóstico de uma doença fatal, mas não tem sintomas, convive com a "sentença de morte". Muitas vezes ocorrem sintomas de ordem psíquica como a depressão e a culpa em relação à vida pregressa; 30 a

40% dos pacientes apresenta lesões no Sistema Nervoso Central. Alguns sofrem um profundo emagrecimento, retardo psicomotor, incontinência, confusão e alucinações, tornando-se verdadeiras "sombas humanas". Podemos ver alguns dos nossos ídolos passarem por este processo.

O estigma e a desinformação levam a um comportamento discriminatório que afeta o atendimento a estes pacientes. É comum a recusa de atendimento, alegando-se falta de condições. Porém, o que está realmente em jogo, muitas vezes, é o medo do contágio. A equipe de saúde tem de lidar com os próprios medos de contágio, com as atitudes negativas em relação à vida sexual dos pacientes e ao uso de drogas. Em geral, estes pacientes necessitam de um atendimento psicológico.

O câncer, segundo Sontag (1984), carrega consigo as seguintes metáforas: desgaste, corrupção, traição, invisibilidade até os últimos estágios, além de ser chamada também de "gravidez demoníaca" por causa do crescimento desorganizado. O tratamento é brutal, muitas vezes, pior que a doença. São usadas metáforas de guerra para nomear estes tratamentos como: guerra química para a quimioterapia, e guerra de mísseis para a radioterapia. Segundo Dierkhising (1987), o câncer ainda é associado com desfiguramento, dor, crise financeira, trauma emocional e perda de funções corporais.

Sabe-se hoje que 50% dos cânceres são passíveis de cura ou pelo menos podem ser controlados. Muitos dos sintomas podem ser aliviados, trazendo uma boa qualidade de vida para o paciente, como discutiremos a seguir. Entretanto, a imagem relacionada à morte ainda persiste, e observa-se algo análogo ao que ocorre com os pacientes portadores de aids, há o medo do contágio psíquico. O sofrimento do paciente é temido, conduzindo também a um isolamento.

Estes fatores têm um peso no desenlace da doença. Atitudes e representações sociais têm de ser trabalhadas, tarefa fundamental dos profissionais de saúde.

Segundo Kubler-Ross, é uma tarefa desafiante focalizar o paciente como pessoa e tratá-lo como um ser humano, fazê-lo participar do tratamento. É difícil em nosso tempo encarar a morte como um fenômeno natural, ela é sempre atribuída a um fator externo, maligno. Com o avanço da ciência, mais se teme e se nega a morte como realidade.

Os doentes são raramente consultados sobre os seus desejos, e são internados em hospitais cada vez mais sofisticados, principalmente se têm dinheiro para custear os tratamentos, pelo menos aqui no Brasil. Tecnicamente, em vez de repouso e tranqüilidade recebem aparelhos, transfusões, picadas, intromissões de tubos e catéteres e exames muito invasivos. Há uma preocupação com órgãos, pulsações, secreções e não com a pessoa.

Kubler-Ross faz um relato pungente em seu livro sobre um jovem médico atendendo a um caso. Tratava-se de um paciente com uma doença severamente incapacitante, acompanhada de extremo sofrimento. O jovem imbuído de sua tarefa como médico exercitou todo o seu poder de "salvar" o outro, orgulhoso e vitorioso de suas façanhas. Não conseguia, entretanto, compreender o olhar rancoroso que o paciente lhe dirigia, já que este não podia se comunicar verbalmente. Solicitou ajuda a Kubler-Ross, que facilitou a comunicação entre eles, e o médico ficou sabendo que o paciente aprovava as suas ações, mas ressentia-se da falta de informação por parte do médico, e que gostaria de participar das decisões. Assim houve uma maior integração entre ambos. Os dois são representantes do momento em que vivemos, o médico com a sua atitude onipotente de salvador e conquistador da morte, e o paciente passivo, apenas receptor de todos os procedimentos. O final feliz se deveu a um questionamento deste médico que pôde desviar um pouco o olhar dos instrumentos que monitoravam o paciente, para olhar nos seus olhos e resgatar o olhar clínico dos médicos.

Atualmente o paciente não é encarado como pessoa e sim como objeto de atuação do médico, passivo, submisso e silencioso. Como vimos ao analisar as representações de morte, a do século XX, foi denominada de morte interdita por Phillippe Aries (ver capítulo 3). Houve uma alteração na trajetória da morte, não mais a morte familiar, aquela que todos conheciam o seu desenlace. Com o desenvolvimento científico da atualidade, houve um adiamento do momento da morte sem uma conseqüente preocupação com a qualidade de vida destes "sobreviventes". Podemos até dizer que o homem foi privado de sua morte, tal o grau de invasão e de não-privacidade, em alguns dos hospitais. Segundo Bastos (1983), o homem não sente mais a morte chegar, desconhece os seus sinais, que lhe são camuflados. O paciente perdeu o seu lugar social. O doente foi privado de suas vontades e de sua consciência, não é consultado em suas

necessidades mais básicas, como vimos no caso do jovem médico. A morte tornou-se em muitos casos um ato solitário, mecânico e doloroso. E a medicina representante do século XX preocupa-se mais com o desenvolvimento tecnológico do que com o bem-estar do outro.

Kubler-Ross foi a grande revolucionária de nosso século, ao procurar ouvir os pacientes nas suas necessidades como seres humanos. Segundo a autora, a melhor forma de compreender o processo de morrer para poder ajudar de uma forma mais eficaz, era pedir que os pacientes em fase terminal fossem seus professores, relatassem suas experiências, que seriam analisadas na sua dinâmica. As reações de seus colegas foram, a princípio, de descrédito, de falsa "proteção aos pacientes", envolvendo a falácia de que falar sobre a morte conduz à morte. Parecia não haver pacientes moribundos no hospital em que ela trabalhava.

Para Kubler-Ross não havia conflito quanto a contar ou não ao paciente que ele tinha uma doença grave. A questão era como fazê-lo transmitir o diagnóstico e ao mesmo tempo dar acolhida e esperança, dar informações sobre os procedimentos a serem realizados e, principalmente, garantir a presença constante do médico. Assim o paciente não precisaria temer o isolamento, o abandono e a rejeição. O informe sobre o tempo de vida de que dispõe, é algo totalmente dispensável, pois na maior parte das vezes está errado e traz angústias freqüentemente desnecessárias. Obviamente, isso não implica em omitir a gravidade do quadro clínico do paciente. Quer se diga ou não, ele saberá de alguma forma o que está acontecendo.

Os estágios arrolados por Kubler-Ross, são os seguintes:

1. Negação e isolamento: este estágio ocorre quando é dada a notícia e é influenciado pela forma como esta foi dada. Algum grau de negação tem de ocorrer, pois, como vimos, é impossível encarar a questão da morte o tempo todo. Este mecanismo é mais comum no início do processo, e pode ser seguido de choque e torpor. Vem acompanhado da frase célebre: "Não pode ser comigo."

2. Raiva: quando a negação não é mais possível, ela pode ser substituída por sentimentos de raiva, revolta, ressentimento e inveja, acompanhados da frase: "Por que eu?" Neste momento, pode ser muito difícil o contato com o paciente, tornando as visitas penosas, despertando sentimentos de culpa na equipe e nos familiares. Entender a raiva, facilitar a sua expres-

são é a melhor forma de ajudar o paciente. Reagir à raiva com uma raiva ainda maior só exacerba a hostilidade. Esta raiva pode estar relacionada com sentimentos de impotência e falta de controle da própria vida.

3. Barganha: é a possibilidade de entrar num certo acordo para adiar o desfecho inadiável. O paciente imita de uma certa forma a criança pequena que promete se comportar bem para ganhar um presente. As promessas que o paciente faz, por exemplo de se alimentar, descansar, fazer exercícios são uma forma de ficar bonzinho e, com isso, ganhar um tempo a mais de vida. Este mecanismo pode estar ligado a aspectos de culpa, relacionada com o surgimento da doença.

4. Depressão: após a negação e a raiva, pode sobrevir um sentimento de perda, perda do corpo, das finanças, da família, do emprego, da capacidade de realizar certas atividades profissionais e de lazer. É um estado de preparação para a perda de todos os objetos amados. Este momento é muito difícil também para a família, que tenta de todas as formas animar o paciente, trazê-lo de volta para a vida. É importante a preparação do luto como vimos no capítulo 9. Tirar o paciente do processo com encorajamento e ânimo pode perturbar o seu desenvolvimento. Facilitar a expressão destes sentimentos e não se contrapor a eles deve ser o procedimento mais adequado. Cabe diferenciar um momento de depressão, ainda ligado a uma reação contra a doença, e este estágio, que é a elaboração de um luto de perdas que já foram vividas.

5. Aceitação: os pacientes que viveram a sua doença e receberam apoio nos momentos anteriores poderão ultrapassar os estágios precedentes e chegar a uma aceitação da sua vida. Tendo realizado a despedida dos seres queridos, pode se manifestar uma grande tranquilidade. O paciente parece desligado, dorme, não mais como fuga, mas como um repouso antes da grande viagem. A luta contra a morte cessou. Muitas vezes a pessoa fica em silêncio. É muito difícil para os familiares aceitarem este momento, pois eles querem trazer o paciente para a vida, conversar, falar de aspectos do mundo, que para o paciente não são mais necessários, uma vez que o desligamento já se processou. É muito importante que os profissionais identifiquem quando se trata de uma desistência precoce de lutar contra a doença e a morte, porque ainda há vida, diferente de um paciente que realizou a sua trajetória, tendo chegado ao fim com paz. Nem sempre ocorre uma distinção clara destes dois momentos.

A esperança que seria um sexto estágio está presente em todos os momentos e deve ser incentivada pelas pessoas próximas ao paciente.

Kubler-Ross, como vimos, foi a grande inovadora neste campo e, com certeza, está provocando uma mudança que a história ainda terá de registrar ao tratar da mudança de mentalidade em relação à morte, ainda no século XX. Ela foi criticada, posteriormente, porque se sabe que nem todos os pacientes passam por todos os estágios e nem sempre nessa seqüência. Ela própria aponta esta questão em seu livro, dizendo que somente alguns pacientes chegam à aceitação, muitos lutam contra a morte enquanto estão morrendo, com grande inquietude e desespero. Por outro lado, sabemos que, como profissionais de saúde temos responsabilidade na facilitação do processo de morrer de nossos pacientes.

Weisman (1972) discute a problemática de como agir com o paciente quando não estão mais em questão o diagnóstico e a cura. E neste momento que se inicia um outro tipo de tratamento que tem a ênfase no alívio e no bem-estar da pessoa. Ela não morre só da doença, mas também como ser humano. É conveniente lembrar que não estamos tratando de uma doença, mas de um ser humano que tem uma personalidade, desejos e expectativas.

O autor levanta três estágios da doença terminal:

Estágio 1: Do início dos sintomas até o diagnóstico. Entre os mecanismos de defesa mais observados estão a negação e o deslocamento.

Estágio 2: Desde o diagnóstico até o estágio terminal, é a época em que está concentrada a maior parte do tratamento, cujo objetivo principal é combater a doença e buscar a cura. Há oscilações entre a negação, o abrandamento e o deslocamento, até chegar a uma aceitação da irreversibilidade dessa condição, dependendo da trajetória da doença.

Estágio 3: Período em que o tratamento ativo diminui, há uma ênfase maior na busca do alívio de sintomas e nos cuidados pessoais.

Cada estágio favorece uma outra percepção da vida e da morte. As interações familiares e, principalmente, com a equipe médica podem sofrer alterações radicais. As necessidades do paciente são muito diferentes em cada período, ele começa a vivenciar as perdas como isolamento e afasta-

mento da relação familiar, problemas financeiros e a perda da autonomia sobre o próprio corpo. O luto não começa no momento da morte, e sim quando a pessoa percebe que ela é inevitável.

Segundo Weisman existe o mito de que o paciente terminal só teme a morte. Ele levantou alguns aspectos, que podem ser mais preocupantes para o paciente de acordo com as suas características de personalidade e história de vida, e que ele chamou de sofrimento secundário. Às vezes, o medo de morrer é menos angustiante do que o de se sentir sozinho e abandonado nestes momentos, há o medo da separação e da perda dos apoios de situações conhecidas e prazerosas. Pode ocorrer ansiedade de aniquilamento e alienação, como se fosse uma morte em vida. A ansiedade de aniquilação pode estar ligada a um medo de desintegração, um medo de perder a sanidade, já que as situações familiares são perdidas, e o paciente encontra-se diante do desconhecido.

Erickson (1974) expõe a questão da comunicação que muitas vezes está prejudicada na relação entre o paciente e as pessoas que o rodeiam. Ele fala também sobre o padrão do duplo vínculo, ou seja, os pacientes são submetidos a mensagens contraditórias. Essas mensagens são enviadas em vários níveis. A vítima do duplo vínculo se vê como incapaz de julgar o que os outros querem dizer e procura sempre conteúdos ocultos nas suas falas. O potencial de interações sociais psicologicamente destrutivas é paralelo ao duplo vínculo esquizofrenizante

No caso do paciente terminal, as pessoas próximas enviam mensagens verbais e não-verbais incongruentes, onde tentam ocultar fatos ao paciente, como por exemplo o diagnóstico de uma doença fatal, o agravamento do quadro, ou a iminência da morte. Est as tentativas de ocultamento são muitas vezes infrutíferas, porque a maioria dos pacientes já sabe da gravidade do seu caso pelas próprias manifestações corporais, além disso, é virtualmente impossível controlar todos os aspectos presentes numa relação, inclusive envolvendo outras pessoas. A mensagem verbal pode até ser passível de controle, mas as expressões faciais, a luz e o brilho dos olhos, a postura, todos estes elementos podem denunciar uma incongruência entre um "otimismo" verbal e um "desânimo" corporal. Por outro lado, como garantir que todas as pessoas contem a mesma história e controlem as suas expressões não-verbais com a mesma eficiência. Para se conseguir todos estes ocultamentos, provavelmente a comunicação se tornará superficial, já que muitos

tópicos têm de ser evitados. Em muitos casos, o paciente sabe da gravidade do seu caso, mesmo que não tenha se informado objetivamente, mas teme falar com os seus familiares, pois acha que eles não sabem e imagina que sofrerão se souberem e poderão se distanciar dele. O esforço dispendido para realizar todo esse teatro, desvia a energia de um processo mais significativo das relações e do enfrentamento da doença. Como se pode esperar que o paciente lute pela sua vida, se nem sabe que está doente. E se ele está efetivamente melhorando, como dizem, de onde vem a dor que sente, o seu mal-estar, porque não vai para casa e não come ou bebe o que gosta? O problema, como vimos, não é contar ao paciente, e sim como fazê-lo e, principalmente, não abandoná-lo nesse momento. São relatadas vivências de extrema solidão e desesperança pelo paciente que é submetido à "conspiração do silêncio".

A família passa pelos mesmos estágios que o paciente, ao saber do diagnóstico de uma doença grave, e a sua forma de enfrentamento vai depender da estrutura de cada um dos indivíduos e da relação que se estabelece entre eles. Podem surgir processos ligados à perda em vida, ao luto antecipatório, com ambivalência de sentimentos, medo de ver o sofrimento e a decadência da pessoa amada e a impotência de muitas vezes não poder fazer nada para, aliviar seu sofrimento. E muito freqüente a culpa e a tentativa de reparação.

Segundo Kubler-Ross, a família também sofre uma desorganização na sua forma de vida, com a internação do paciente, tendo algumas pessoas de assumir funções que eram da responsabilidade dele.

As necessidades da família são muito diferentes, dependendo do estágio em que se encontra o paciente. No início, como vimos, são fatos ligados à comunicação; contar ou não ao paciente, às crianças sobre a doença. Com o aparecimento dos sintomas e manifestações físicas são os sentimentos de culpa e impotência, de nada poder fazer, que surgem. Os custos de exames, médicos mais famosos, tratamentos sofisticados podem levar a família à ruína financeira, causando sentimentos extremamente ambivalentes e desejos de morte do paciente, que elevam o sentimento de culpa. Quando a pessoa deprime e muitas vezes fica silenciosa, não quer comer, dorme muito, os familiares podem manifestar sentimentos de rejeição e abandono. A família também precisará de ajuda, quando ocorrer a morte efetiva, para realizar o desligamento definitivo.

No livro de Feifel, *New Meanings of Death* (1977), é apresentado o depoimento de um casal sobre a sua vida após o diagnóstico de leucemia da mulher. As reações de cada um são apresentadas com suas próprias palavras, o que traz a riqueza dos processos vividos por eles, o que foi modificado em suas vidas, como reagiram às notícias, como se rebelaram, como se ajustaram, como se entreadjudaram e como se queixaram. Este depoimento é de uma família americana, com as facilidades possíveis do Primeiro Mundo, mas traz a esperança de uma mudança de atitude diante da possibilidade da morte, já que esta faz parte efetivamente do processo da vida de cada pessoa. A leucemia tem um final lento, portanto, há tempo para a elaboração. A negação tem de ser confrontada, os sentimentos precisam encontrar um canal de expressão. Os membros da família também têm de realizar o desapego. Podem deixar o paciente seguir o seu processo, sem que isso signifique abandono ou isolamento. Quando o final demora a acontecer, tem-se que aprender a reinvestir na vida, cuidar de si, pensar e aceitar a morte, senão o familiar também morre ao cuidar do paciente. São muito freqüentes os relatos de doença grave no familiar, principalmente naquele que cuida mais do paciente. Ao discutir o processo de luto, vimos como acontecem os processos identificatórios. Aqui também ocorre um processo de luto, embora o paciente ainda não tenha morrido. Ter uma empatia total, estar o tempo todo ligado no outro, e matar a individualidade do sobrevivente.

Segundo Lamerton (1980), no paciente terminal é importante tratar os sintomas e não a doença. Um dos aspectos mais degradantes é a dor, e hoje não se concebe mais que o paciente sofra com ela e tenha de pedir analgésicos para o seu alívio. O autor faz no seu livro uma análise de vários medicamentos, os seus efeitos e problemas colaterais, e como evitar problemas de sedação excessiva. Levanta outros aspectos que contribuem para o bem-estar do paciente, como tratar da prisão de ventre, escaras, aftas e outros problemas ligados a secreções e odores. A insônia noturna é extremamente desgastante, muitas vezes ligada à ansiedade e inquietude com relação ao desconhecido. Um paciente que dormiu e repousou está mais bem disposto. Sabe-se que quando pensamos em qualidade de vida é importante considerar o bem-estar físico, que influi no bem-estar psicológico do paciente. São conselhos simples e cotidianos, já que a doença, pelo seu aspecto regressivo, traz uma forte preocupação com manifestações corporais. Segundo Eissler (1979), o paciente com doença terminal regride

e necessita de conforto físico e de cuidados maternos. E como se precisasse de um ego externo, como a criança necessitava da sua mãe para a sobrevivência. Ele sofre como na primeira infância a ansiedade de separação. Norton (1973) fala destes aspectos regressivos como, por exemplo, tornar o leito confortável, ajeitar o travesseiro, dar comida ao paciente, ou ficar sentado no leito enquanto este adormece, tendo o terapeuta uma função maternal. Às vezes, quando o paciente está tão regredido, normalmente nos estágios finais da doença, o tom de voz e a proximidade física são mais importantes do que o conteúdo do que se fala. Neste caso, o terapeuta assume as funções egóicas do paciente, ajudando-o a lidar com a sua ansiedade de separação e desintegração. Segundo Le Shan (1973), o paciente com tempo limitado de vida, não importando qual é o tempo objetivo, necessita realizar o desligamento das pessoas e objetos amados. O terapeuta traz consigo a possibilidade de conexão com a vida que ainda está aí. A questão do tempo limitado é relativa, mais do que a quantidade, importa a qualidade de vida. A relação regressiva com o terapeuta permite que este desligamento seja efetuado.

Muitas vezes, o rótulo terminal traz a falsa idéia de que não há mais nada que se possa fazer pelo paciente. Esta é uma crença errônea, pois, como vimos, é justamente neste momento, que a pessoa necessita mais de ajuda tanto física como psíquica. Os desejos e metas continuam enquanto há vida, e o paciente ainda não morreu.

Quando se pensa num trabalho psicoterápico, é justamente com o desejo que vamos trabalhar. A doença pode ser transformada numa possibilidade de *insight*, já que provoca uma parada obrigatória na agitação do cotidiano, facilitando uma revisão de vida, um aprofundamento das relações, como foi visto no depoimento do casal. A possibilidade de autoconhecimento encontra-se aberta

Trabalhar com temas determinados como, por exemplo, "com o paciente terminal é preciso trabalhar o tema da morte" é um erro. Temos de conhecer o seu universo interno, como faríamos com qualquer outra pessoa.

Entretanto, algumas questões tornam o trabalho psicoterápico com o paciente terminal peculiar, segundo Torres e Guedes (1987). Uma delas pode estar relacionada ao fato de que um dos elementos da dupla tem um tempo de vida limitado, não como dado objetivo, mas como um saber

subjetivo. Neste sentido, o tempo de vida ou a proximidade da morte podem ser temas focais deste processo psicoterápico, mas também podem não ser. Como vimos, a gama de sofrimento destas pessoas é bastante grande, abrindo um universo de temas a serem trabalhados. Então o procedimento mais sábio é o desenvolvimento da possibilidade de escuta atenta do outro, das suas necessidades.

O estágio em que se encontra o paciente, segundo as colocações de Kubler-Ross e Weisman, também envolve cuidados importantes que devem ser considerados.

A gravidade dos problemas físicos do indivíduo vai indicar o local onde será oferecido o tratamento: consultório, hospital ou domicílio, bem como, a assiduidade das sessões e a capacidade de elaboração psíquica do paciente. Segundo Rosenthal (1973), é importante saber qual o nível de informação que o paciente tem da sua doença, e este fato deve ser considerado para se trabalhar o reconhecimento da situação e uma possível aceitação da mesma. Esta situação pode trazer à tona os medos inconscientes de abandono, rejeição e culpa. Se o paciente tem o seu potencial de elaboração preservado, pode-se trabalhar com o seu autoconhecimento, o questionamento de certos valores, a compreensão de certos conflitos e impasses que permeiam suas relações interpessoais. O processo psicoterápico pode envolver também uma reelaboração do passado, uma busca de significado para a vida. O nível das interpretações dependerá de uma cuidadosa avaliação da força do ego. Se esta força estiver disponível, aí um *insight*, mesmo que doloroso, pode ser benéfico. Porém, se a doença tiver conduzido a um situação regressiva, com conseqüente fragilidade egóica, como aponta Eissler, quebrar defesas pode apenas elevar o nível de angústia, sem possibilidade de elaboração. Nestes casos, uma abordagem de apoio e suporte pode ser mais benéfica, proporcionando bem-estar, e um alívio para a angústia e o medo.

O processo psicoterápico não tem como meta a cura da doença, nem o prolongamento da vida, embora isto possa ocorrer. Também não é o seu objetivo amansar o paciente, para silenciá-lo e aceitar todas as condutas previstas sem questionamento. Pode ser um espaço para falar da doença, do medo da morte, da vida ou de quaisquer outros temas que ele julgar importantes. A ênfase é na qualidade de vida, na facilitação da comunicação e na expressão dos sentimentos. Cabe ressaltar que o psicólogo no

seu trabalho não entra no vácuo da relação médico-paciente, port anto, deve ter o seu espaço legitimado no atendimento a pacientes terminais.

Tratar desses pacientes, como vimos, não é uma tarefa fácil, sentimentos de impotência e frustração podem ocorrer. Há medo de ver o sofrimento, a dor, e a degeneração física. Reações contratransferenciais podem ser comuns, despertadas pelos elementos acima mencionados. É importante ao terapeuta perceber os próprios sentimentos, como a questão da morte, da fmitude, da aniquilação e da desintegração repercutem internamente.

Antes de encerrar o capítulo, gostaria de fazer menção a um movimento, que tem se desenvolvido na Europa e nos Estados Unidos, conhecido como o "movimento dos *hospices*", instituições destinadas a aliviar o sofrimento ligado a doenças terminais, oferecendo às pessoas a possibilidade de morrer em paz e dignamente, bem como, dando assessoria a hospitais gerais e a pessoas que estão no seu domicílio. No livro *New Meanings of Death*, de Feifel (1977), há a descrição dessas instituições. O St. Christopher's Hospice, em Londres, foi fundado em 1948, com 500 libras deixadas por um homem que fugiu do gueto de Varsóvia e que morreu de câncer numa enfermaria de Londres. Ele queria um lugar que aliviasse a sua dor e outros sofrimentos físicos e que proporcionasse a proximidade de pessoas. O nome *hospice* está relacionado à idéia que se tem de um lar, o significado da hospitalidade para os viajantes, um lugar de descanso.

O objetivo destas instituições é a diminuição do sofrimento causado por doenças malignas e degenerativas. Não é mais a preocupação com diagnósticos sofisticados ou tratamentos de última geração e sim com cuidados pessoais, de alimentação, de higiene e com atividades de lazer. A família participa de todo o tratamento e tem o seu espaço no *hospice*, podendo participar de todas as atividades.

Há uma preocupação com a individualidade do paciente, eles são recebidos à porta nominalmente e encaminhados para o seu quarto. Muitos pacientes chegam após intensos sofrimentos, depois de terem sido dispensados de outros hospitais onde não "melhoraram", muitos chegam como "fracassados". Frequentemente apresentam-se com muitas dores, desespero e dificuldades físicas e emocionais. Há uma preocupação com os gostos do paciente em termos de alimentação, de decoração do am-

biente e, no que for possível, o lugar é modificado de acordo com os seus desejos, para que se assemelhe mais a um lar.

As principais características de um *hospice* envolvem a contratação de uma equipe experiente, especificamente nesse tipo de trabalho. Estranhamente não ter encontrado menção sobre profissionais de psicologia e psiquiatria nos *hospices*, já que há uma ênfase na busca do bem-estar do paciente, o que envolve cuidados na área de saúde mental também.

Há uma interligação entre os *hospices* e outros hospitais na troca de experiências. São também montadas equipes volantes que orientam pacientes que estão em seu próprio domicílio, dedicando algumas horas do dia para providenciar os cuidados básicos ou a orientação às famílias que se dispõem a cuidar deles em casa.

Um *hospice* não deve ser visto como a antecâmara da morte, um lugar deprimente. É inevitável que estes atributos lhe sejam conferidos, mas não é esta a opinião dos pacientes que lá estão. As avaliações indicam que eles ficam mais independentes, sentem menos dores, relatam que a equipe médica é mais atenciosa e disponível. Os familiares estão mais relaxados, pois sabem que o paciente está bem atendido, que podem permanecer o tempo que quiserem, até residir no *hospice*, participando de todas as atividades, bem como, auxiliando no tratamento.

Acreditamos que este movimento deveria chegar ao Brasil, pois, como se sabe muitos pacientes com doença grave ou idosos não têm onde permanecer. Vivem sozinhos ou os familiares ficam tão sobrecarregados que não podem cuidar deles da forma adequada, não possuem recursos para pagar um bom atendimento e muitos hospitais não têm condições de oferecer tratamento para doentes crônicos. Novamente queremos ressaltar que não se trata de hospitais de "segunda linha", ou "depósitos de mortos vivos". Pela descrição feita verifica-se a seriedade do trabalho e, embora lutemos com uma "carência" de verbas para a saúde em nosso país, sonhamos com a implantação de um projeto semelhante aqui.

Ainda uma última palavra: quando se fala em pacientes terminais, vem à tona a questão da eutanásia. A discussão da eutanásia não envolve apenas o desligamento de aparelhos em doentes com quadros irreversíveis, nem a realização de medidas heróicas de ressuscitamento em

pacientes crônicos. Estas hoje em dia são medidas de bom senso, e que são tomadas consultando o paciente e os familiares. Os horrores relatados por Ziegler, como vimos no capítulo 3, atualmente já são questionados por muitos profissionais. Existe um momento certo para morrer, nem antes, nem depois. O que deve nos preocupar, segundo Lamerton, é quando um paciente pede para morrer. Temos de investigar as razões para tal pedido; estará o paciente sentindo dores insuportáveis, desconforto, o peso que imagina representar para os parentes? Facilitar a expressão destes problemas e ajudar nas possíveis soluções, faz-se necessário. Quando é a família que pede, também temos de investigar os motivos.

Este é um debate que envolve questões médicas, sociais, legais e individuais. Voltamos a enfatizar, a eutanásia só é considerada quando injetamos uma droga ou realizamos quaisquer procedimentos ativos, com os quais possamos abreviar a vida da pessoa, ou induzir a sua morte. Não realizar medidas heróicas ou administrar analgésicos para aliviar dores atrozes não são atitudes próprias da eutanásia, principalmente o último procedimento, cujo objetivo não é matar o paciente e sim dar-lhe uma qualidade de vida melhor.

Em todo este capítulo enfatizamos que a nossa maior preocupação é com a qualidade de vida do paciente e não com o prolongamento dessa vida a todo custo. Queremos deixar claro que, com esta afirmação, não estamos defendendo a eutanásia, e sim, um bom senso que deve nortear todo o nosso trabalho. Nosso caminho não é a indução da morte e sim o impulso à vida. Podemos ajudar uma pessoa que está morrendo, dando-lhe o conforto físico e psíquico de que necessita, e para isto é importante desenvolver o procedimento da escuta. Não é uma tarefa fácil, mas acredito muito digna para nós profissionais de saúde do século XX.

Referências Bibliográficas

- EISSLER, K. R. - *The psychiatrist and the dying patient*. New York, International University Press, 1973.
- ERICKSON, R. C. - "The dying patient and the double-bind hypothesis". *Omega*, 1974, 5 (1).

- FAULSTICH, M. E. - Psychiatric aspects of aids. *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144 (5).
- FEIFEL, H. - *New meanings of death*. New York, McGraw-Hill, 1977.
- KOVACS, M. J. - *Um estudo sobre o medo da morte em universitários das áreas de saúde, humanas e exatas*. São Paulo, Dissertação de mestrado, IPUSP, 1985.
- KOVACS, M. J. - *A questão da morte e a formação do psicólogo*. São Paulo, Tese de doutorado, IPUSP, 1989.
- KUBLER-ROSS, E. - *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1969.
- LAMERTON, R. - *Care of the dying*. London, Penguin Books, 1980.
- LE SHAN, L. e LE SHAN, E. - Psychotherapy and the patient with a limited life-span. In: RUITENBECK, H. - *The interpretation of death*. New York, Jason Aronson Publishers, 1973.
- NORTON, J. - Treatment of a dying patient. In: RUITENBECK, H. - *The interpretation of death*. New York, Jason Aronson Publishers, 1973.
- ROSENTHAL, H. - Psychotherapy of the dying. In: RUITENBECK, H. - *The interpretation of death*. New York, Jason Aronson Publishers, 1973.
- SONTAG, S. - *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- TORRES, W. C.; GUEDES, W. G. - O psicólogo e a terminalidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, abril/junho 1987, 39 (2): 29-38.
- WEISMAN, A. D. - "Psychosocial considerations in terminal care". In: SCHOINBERG, B.; CARR, A. e PERETZ, D. - *Psychosocial aspects of terminal care*, New York, Columbia University Press, 1972.

Capítulo 12

ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL A PACIENTES DE CÂNCER Relato de uma Experiência

Vicente A. de Carvalho

Não é um fato recente a observação de que estados emocionais estão provavelmente relacionados ao surgimento de muitas doenças orgânicas, entre elas o câncer. Há cerca de cinco mil anos, escritos da medicina chinesa já assinalavam esta relação.

Na Antiguidade ocidental, já se fazia o mesmo tipo de observação mostrando a preocupação em ver o indivíduo em sua totalidade, ou seja, levando em conta a relação entre seus aspectos psíquicos e físicos com o meio ambiente.

Hipócrates (460 a.C.) sugeriu que havia causas naturais, bem como divinas para a doença, e que estas causas eram discerníveis pelo uso da razão. Considerava também que o estado de saúde era a evidência de que o indivíduo havia atingido um estado de harmonia tanto entre os elementos internos como com o meio ambiente. Sob este aspecto a manutenção da saúde é uma questão de reconhecer este equilíbrio e respeitá-lo, vivendo segundo as leis da natureza. Hipócrates acreditava que qualquer coisa que acontecesse na mente, influiria no corpo.

Parte da medicina hipocrática se baseava no conceito de que a saúde era decorrência do equilíbrio entre os quatro fluidos ou humores vitais: o sangue, a bile amarela, a bile negra e o fleuma. Segundo os médicos da Antiguidade, o sangue vinha do coração, a bile amarela do fígado, a bile negra do baço e o fleuma do cérebro. Esses humores influenciavam corpo e mente e quando um deles prevalecia sobre o outro, um determinado estado emocional se instalava. Estes conceitos chegaram aos

nossos dias, estando presentes no vocabulário. Assim, quando falamos de um indivíduo fleumático, sanguíneo ou bilioso, nós estamos de alguma forma celebrando esta antiga teoria. Hipócrates, bem como outros médicos da Antiguidade, acreditavam que o clima onde vivia o indivíduo influenciava na relação entre esses humores, de forma que a saúde acabava sendo modificada pelo entorno.

Embora esta teoria primitiva pareça bastante ingênua, suas idéias básicas têm sido surpreendentemente duráveis.

Estes pensamentos antigos foram, no entanto, eclipsados pelos caminhos que a medicina foi adotando, a partir do século XVII, em decorrência do surgimento do pensamento cartesiano. Descartes (1596-1650), filósofo francês, postulou uma teoria na qual considerava o indivíduo composto basicamente por duas partes distintas, às quais denominou de *res cogitans* e de *res extensa*. A primeira, uma abstração etérea a que chamamos mente, e a segunda, concreta, que é o corpo. O estudo de cada uma delas requeria uma metodologia própria, assim, o estudo da *res cogitans* era feito por auto-reflexão e diálogos com outras pessoas e o estudo da *res extensa*, através da análise das partes que compõe o todo.

Assim, desenvolveu-se um modelo de pensamento que foi sendo gradualmente utilizado na medicina, de forma que para conhecer o que era complexo passou-se a estudar o simples.

Estabeleceu-se, portanto, um método reducionista que foi, ao longo dos séculos, dominando a medicina. Uma outra teoria surgiu, reforçando o caminho apontado pelo modelo cartesiano. Foi a teoria da etiologia específica, ou seja, a idéia de que toda doença ou infecção é causada por um microorganismo identificável. Esta teoria, ao longo do tempo, foi recebendo várias confirmações. Robert Koch (1843-1910) demonstrou o ciclo vital do Antrax¹, isolou o bacilo da tuberculose, que leva o seu nome, e desenvolveu uma vacina contra a difteria. Um grande pesquisador que ajudou a sedimentar a teoria da etiologia específica foi Louis Pasteur (1895 - 1922). Pasteur descobriu a cura do Antrax, de-

¹ O Antrax é uma patologia caracterizada pela existência de um grupo de furúnculos adjacentes, com extensão da infecção ao tecido subcutâneo, que ocasiona supuração profunda, necrose local extensa em muitos casos e cura lenta, deixando uma grande cicatriz. Desenvolve-se mais lentamente que o furúnculo e pode ser mais doloroso que este.

monstrou a possibilidade de prevenir esta doença expondo alguns animais a uma versão atenuada dela, de forma que o sistema imunológico do animal, sistema natural de defesa, se tornava capaz de suportar uma grande dose da bactéria não atenuada.

O sucesso destes experimentos encorajou Pasteur a estender as experiências para a espécie humana. Desenvolveu de início o soro anti-rábico e posteriormente a vacinação para outras doenças.

Ora, estava estabelecido o estímulo para que muitos outros pesquisadores concentrassem seus esforços nessa direção. Assim em 1906 cientistas desenvolveram a vacina contra a tuberculose, em 1911 foi desenvolvido um composto especial, derivado do arsênico, o Salvarsan, para o tratamento da sífilis. Na década de 20, a insulina foi isolada e usada no tratamento dos diabéticos. Na década de 30, surgiu a sulfa, sendo possível então o tratamento eficaz de várias infecções. Esta possibilidade foi ainda ampliada na década de 40, com a descoberta da penicilina. Nos anos 50, na área da psiquiatria, houve o desenvolvimento dos neurolépticos, sendo então possível o controle de algumas doenças mentais.

Se essa abordagem foi se sedimentando por ser de fato eficaz trouxe, por outro lado, algumas conseqüências, como, um certo distanciamento entre médico e doente. O foco de atenção do médico passou a ser predominantemente a doença, mais que o doente. Um evento que pode ser considerado como o que deu origem a este movimento de afastamento é a invenção do estetoscópio. Esse simples aparelho de ausculta, que foi inventado em 1819 por Laennec (1781-1826), se interpôs entre o médico e o doente, transformando a técnica de ausculta. Daí por diante, muito raramente o médico voltou a encostar seu ouvido no tórax do doente. Melhorou a técnica de coleta de dados médicos, mas eliminou-se o efeito tranquilizador do toque humano, o que o Dr. Lewis Thomas (*in* Locke, 1987) descreve como o "mais antigo e mais efetivo ato médico".

Ao longo do século XX, diversos aparelhos foram desenvolvidos. Aparelhos que ajudam muito no diagnóstico mais preciso, mas que, concomitantemente, concentram o foco de atenção no órgão doente, reforçando a imagem do paciente como objeto de estudo.

No entanto, no final do século passado e início deste século a atenção acerca dos efeitos do psiquismo sobre doenças físicas voltou a se fazer

notar. Freud, na década de 1880, havia ido a Paris para estudar com Charcot (1825-1893) na Salpêtrière. Charcot estudava os fenômenos da histeria, usando a hipnose como instrumento de seu trabalho. A partir das observações feitas no trabalho de Charcot, Freud acabou por postular noções sobre a histeria, entre elas a de que emoções ligadas a acontecimentos do passado, que não fossem expressas em palavras ou ações, poderiam dar origem a sintomas físicos como, por exemplo, as paralisias. O histérico, por sentir a experiência emocional muito dolorosa, reprime a lembrança do acontecimento no inconsciente. Mais tarde o conteúdo reprimido pode voltar na forma de um sintoma físico.

Era um retomo a uma visão integrada do ser. Embora o próprio Freud tenha mostrado que as paralisias histéricas eram destituídas de um substrato neurológico, não resta dúvida de que seus trabalhos apontam na direção desta visão mais integrada do homem, mostrando que acontecimentos da esfera psíquica causavam conseqüências orgânicas. Posteriormente surgiram muitos estudos com base nos conhecimentos psicanalíticos, que nos ajudaram a compreender mecanismos psicológicos que contribuem para o aparecimento de muitas doenças, como veremos mais adiante.

Um outro autor que deu contribuições importantes neste sentido foi Claude Bernard (1813-1878), que em seu livro *A Introdução à Medicina Experimental*, publicado em 1850, falava da idéia de que o corpo está sempre tentando manter um equilíbrio delicado no funcionamento químico de suas múltiplas partes, e quando este equilíbrio se rompe há o surgimento de doenças e eventualmente a morte. Bernard, pensador de sua época, portanto cartesiano, propunha a análise das partes como forma de entender o todo, sem que, no entanto, se perdesse de vista a forma pela qual estas partes se inter-relacionam.

Walter Cannon, fisiologista da Harvard Medical School a partir dos anos de 1930 e ao longo da década de 40, estudou os elementos de que nos falava Claude Bernard. Descreveu o fenômeno a que chamou de homeostase. É um dos sistemas vitais que participam da homeostase é o sistema imunológico.

Cabem algumas palavras sobre este sistema. Sabe-se hoje ser bastante complexo, formado por muitas células com funções muito específicas, o que faz com que o sistema imunológico seja capaz de identificar quais

células pertencem ao corpo, e quais lhe são estranhas. Descobriu-se que o sistema imunológico é dotado de uma memória bioquímica capaz de identificar algo em torno de 10 milhões de bactérias diferentes e de destruí-las. Descobriu-se também, a partir de experiências realizadas *in vitro*, que o sistema imunológico funciona autonomamente, uma vez que mantém suas funções mesmo nesses experimentos fora do organismo. No entanto, apesar dessa propriedade, uma vez no organismo, mantém uma inter-relação com todos os outros sistemas, podendo ter seu funcionamento influenciado por alterações emocionais.

Na década de 1950, novos conhecimentos foram acrescentados por Rodney Portes e Gerald Edelman sobre o sistema imunológico, já que foi determinada a estrutura molecular de um anticorpo, um dos componentes desse sistema.

Assim, dentro do caminho cartesiano, no qual gradualmente a medicina foi deixando de ser arte para ser técnica, dando origem a inúmeras especialidades, surge mais uma: a imunologia. Outros fenômenos são observados e percebe-se que há uma interação do sistema nervoso no funcionamento do sistema imunológico e a imunologia passa a ser a neuroimunologia. Logo se faz necessária nova ampliação e a neuroimunologia passa a abranger conhecimentos da área do psiquismo, dando origem à psiconeuroimunologia.

Como exemplo, temos a assinalamento de Cannon, que afirma que a homeostase era mais do que o sistema nervoso e a bioquímica agindo em harmonia. Cannon sugeriu que experiências normais de vida como o surgimento da puberdade ou a adolescência, a fadiga, o trabalho estafante ou aborrecimentos do dia-a-dia, têm um reflexo no físico, de forma que todas as doenças podem ser estudadas a partir desse ponto de vista.

Estamos diante de um acontecimento curioso: o próprio avanço tecnológico, que foi levando ao surgimento de especialidades que cada vez convergiam mais o foco da observação, propunha agora uma ampliação deste foco, integrando fenômenos de áreas que antes eram consideradas absolutamente separadas.

Estabelece-se agora, em bases científicas, um encontro com as idéias de muitos médicos que desde a Antiguidade vinham, de forma intuitiva, afirmando haver uma intervenção dos aspectos emocionais no binômio saúde/doença.

Tem sido publicada uma grande quantidade de trabalhos científicos a esse respeito. Trabalhos que tentam identificar que aspectos estão mais envolvidos com a possibilidade da pessoa adoecer.

E aqui vou me ater aos aspectos psicossociais, que possam levar ao surgimento do câncer, em especial.

Encontra-se na literatura, ao longo dos tempos, muitas referências de que o câncer é uma doença psicossomática. Autores associam o seu surgimento a traumas específicos e a condições psicológicas como o luto, ansiedade, desapontamentos, perda do apoio emocional dos pais, ainda durante a infância, etc.

Durante a década de 1950, estudos com orientação psicanalítica surgiram a respeito da estrutura de personalidade dos pacientes com câncer. Neste período, as conclusões eram baseadas em conjecturas clínicas e as únicas fontes de informação eram as experiências do médico e os estudos retrospectivos de pacientes. Apesar dessa metodologia, esses estudos tiveram muita relevância.

Mais recentemente foram-se sofisticando as técnicas de pesquisa, ampliando-se a abrangência dos estudos que passaram a incluir fatores de risco e prevenção, a evolução da doença e tratamentos, o estudo dos doentes que sobreviveram longamente e o luto. Surgiram estudos prospectivos, procedimentos metodológicos mais exatos, usando-se grupos de controle e estudos estatísticos, além do uso de recursos multidisciplinares.

Alguns assuntos se mostraram muito interessantes, por exemplo, como estados emocionais podem afetar a transformação de células normais em células cancerosas; o impacto que tem o surgimento do câncer e seu tratamento, exigindo esquemas de apoio social e intervenção psicológica; o impacto dos tratamentos em pacientes que sobrevivem por longo tempo e por fim os efeitos do luto nos familiares após a morte do paciente.

estudo identificaram alguns fatores de risco para o surgimento do câncer. Há três tipos de risco psicossocial: o estresse, traços de personalidade e hábitos pessoais.

Hans Selye, químico orgânico, trabalhando na Universidade de Praga e posteriormente na Universidade Mc Gill, em Montreal, Canadá, postulou na década de 1920 o conceito de estresse, comprovando suas influências nas alterações orgânicas, em animais de laboratório.

Embora haja uma forte crença de que aspectos psicossociais interfiram no surgimento do câncer, Bernard Fox questiona essa asserção. Ele afirma: "Embora tenhamos algumas dúvidas, nós estamos sendo levados mais e mais próximos, em vista de recentes estudos, à firme posição de que fatores psicossociais podem na verdade, afetar a incidência de câncer em seres humanos Mas não estamos ainda seguros dessa posição." (*in Locke, 1987*).

O estudo do papel que os fatores psicossociais exercem no surgimento do câncer é bastante difícil em função das muitas variáveis que entram em jogo. Por exemplo, muitas vezes, um câncer já se desenvolve durante muitos anos até que comecem a se manifestar os sintomas, de forma que pode ficar difícil saber o que realmente significam os dados do período premórbido. Este dado é tão mais importante quando se consideram alguns tipos de tumores que produzem hormônios levando a alterações psíquicas, como é o caso de tumores do pâncreas, que levam a um estado de depressão, ou tumores da tireóide ou ainda tumores de pequenas células do pulmão. Não se pode também afirmar com certeza de que forma os tumores são afetados por fatores psicossociais em suas diferentes fases de desenvolvimento. Um outro elemento dificultador a se considerar é que diferentes tipos de câncer sofrem diferentes influências do meio ambiente. Assim, cânceres de pele podem ser desencadeados por raios ultravioletas e outros cânceres com diferentes localizações podem não sofrer esta influência. Há ainda experiências em animais que mostram que o estresse pode exacerbar o crescimento de hímores virais e não estimular o crescimento dos não virais, de forma que "um conjunto indiscriminado de dados psicossociais, para pacientes com diferentes tipos de câncer, podem ser como misturar laranjas e maçãs, sem saber como elas diferem." (Fox, *in Ader, 1981*.)

Os estudos sobre o estresse como fator de risco têm sido desenvolvidos de duas maneiras: com animais de laboratório, em que é examinado o crescimento de tumores após submeter os sujeitos de estudo a situações de estresse, e estudos de impacto emocional criado por situações naturais

em seres humanos, como por exemplo, morte de um cônjuge ou alunos submetidos a exames escolares e em casos de isolamento social.

Estudos em animais têm-se mostrado contraditórios. Há, no entanto, um dado que parece se confirmar: estresse em animais provavelmente influi no crescimento de tumores, mas não no surgimento do câncer.

Estudos em ratos revelaram que animais que podiam controlar os choques elétricos, aos quais eram submetidos, não desenvolviam tumores. Aqueles animais que, em função de dispositivos da experiência, não podiam controlar o choque entravam em estado de desespero seguido de prostração, tendo aumentado o crescimento do tumor. Este experimento é a origem do "modelo do desamparo"; o desamparo como elemento que influencia o desenvolvimento do câncer. A habilidade do indivíduo para lidar com o estresse parece ser de importância nesse modelo. Assim, os aspectos subjetivos de um determinado estressor, para um determinado indivíduo, passam a ser mais importantes do que os aspectos objetivos do estresse.

O estudo com seres humanos apresenta dificuldades óbvias. Alguns estudos, no entanto, assinalam uma relação entre vários eventos estressantes e alterações bioquímicas e do sistema imunológico, que podem estar eventualmente ligadas ao surgimento ou desenvolvimento do câncer.

Alguns autores têm tentado enumerar e quantificar os elementos estressores. Holmes e Rahe, da Washington School of Medicine, criaram uma escala de "Avaliação e Readaptação Social", onde listam vários eventos sociais, como morte do cônjuge, divórcio, prisão, mudança de status econômico-financeiro, gravidez, aposentadoria, etc. dando pontos para esses eventos, conforme seu poder estressante. "Ao usarem esta forma de avaliação objetiva à quantidade de mudanças observáveis na vida das pessoas, Holmes e seus colaboradores foram capazes de prever o aparecimento de doenças com grande grau de exatidão estatística." (Simon-ton, 1987)

A respeito da influência da personalidade no surgimento ou desenvolvimento de câncer, os dados encontrados na literatura são muitas vezes contraditórios.

Tem surgido três tipos de pesquisa nesta área. Em primeiro lugar têm sido feitos estudos das possíveis relações entre medidas psicossociais obti-

das cinco a dez anos antes e o subsequente surgimento do câncer. Assim, Dattore e colaboradores (1988) constataram que a repressão emocional era maior em indivíduos que desenvolveram câncer. Essa pesquisa, segundo autores que a citam, tem recebido críticas, já que não apresenta controles adequados para eventos intervenientes, que poderiam ter influenciado os sujeitos da pesquisa no que toca a diferentes exposições a carcinogênicos ambientais.

O segundo tipo de pesquisa envolve o uso de dados psicossociais obtidos na época do diagnóstico de câncer, para determinar se fatores de personalidade são associados com a evolução posterior da doença. Desta forma, Greer e colaboradores (1979), verificaram que o otimismo e o espírito de luta, em pacientes operadas de câncer de mama, estavam associados com ausência de recorrência cinco anos depois. Redd e Jacobsen (1988) citam Rogentine e colaboradores que, observaram que, pacientes que referiam ter precisado de pouco esforço para se ajustarem à doença, tiveram recorrências e morreram mais cedo do que aqueles pacientes que pareciam menos bem-ajustados na época do diagnóstico. Presume-se que estes pacientes que evoluíram pior também tinham uma atitude de maior resignação diante das dificuldades da vida. Outros autores também encontraram esta relação. Assim Degoratis e colaboradores (1979) estudaram doentes de câncer de mama e aqueles que eram menos bem-adaptados, apresentando grande ansiedade, depressão e hostilidade, medidas em escalas apropriadas, concluindo que viveram mais longamente após o diagnóstico do que aqueles mais bem-ajustados.

O terceiro tipo de pesquisa se prende à análise de dados psicossociais ao tempo do diagnóstico, determinando se esses dados estão relacionados a marcadores imunológicos e histológicos de prognóstico da doença. Os pacientes de alto risco, segundo esses estudos, mostraram ter muitos traços de personalidade do chamado tipo C, associado à diminuição de várias funções do sistema imunológico, como, por exemplo, diminuição de atividade de células NK, "Natural Killer" - um tipo de célula do sistema imunológico. (Baltrusch, 1988.)

Pesquisadores estabeleceram um perfil de personalidade de pacientes com câncer a que deram o nome de tipo C. Para isso tomaram como base o modelo desenvolvido para pacientes com doenças coronarianas e listaram as seguintes características: pessoas supercooperativas, apaziguado-

ras, não-afirmativas, pacientes, evitadoras de conflitos, com baixa expressividade de emoções e em particular a raiva, submissas à autoridade externa e apresentando uma resposta defensiva ao estresse. Muitos autores assinalam que há uma possível correspondência destes traços de personalidade com alterações biológicas ligadas ao sistema de defesa do organismo, bem como, aumento de divisão das células malignas e também inibição da atividade de reparação do DNA das células. (Simonton, 1987 e Baltrusch, 1988)

Ora, ao se falar de traços de personalidade não se pode deixar de pensar na influência que eles têm na maneira do indivíduo lidar com a vida. Trata-se, pois, de um estilo de manejo de situações de vida. O estilo pode ser eficaz enquanto as situações ambiental e psicológica são estáveis e então a auto-estima é mantida. No entanto, a repressão crônica, que impede a expressão das necessidades e afetos, tem conseqüências negativas do ponto de vista biológico e psicológico.

Segundo Temoshok (*in* Baltrusch, 1988) o tipo C de personalidade é uma frágil adaptação ao mundo. A homeostase com o ambiente pode ser atingida apenas parcialmente e com um alto custo, enquanto que a homeostase biológica parece estar severamente comprometida. Estes indivíduos eventualmente desenvolvem um estilo de manejo de vida que depende da supressão do reconhecimento dos sentimentos e necessidades biológicas. Especula-se atualmente que o câncer cresça em condições de estresse, em que houve uma acomodação crônica a um baixo nível de organização e que tem como substrato biológico os neuropeptídeos imunomoduladores.

Baltrusch (1988) afirma que os recursos pessoais que o indivíduo tem para lidar com estresse são de maior importância para a adequação às diversas situações de vida. Pessoas que tenham um senso de significância de si mesmas e de compromisso consigo, uma atitude vigorosa com a vida e autoconfiança têm menor possibilidade de desenvolver doenças, quando submetidas a situações de estresse. Nos níveis cognitivo e emocional, lidam de uma forma mais eficaz com as vicissitudes da vida. O mesmo é verdadeiro para indivíduos que tenham recursos pessoais para enfrentar situações sociais ou que possam contar com uma rede social de apoio. Pessoas bem-estruturadas psicologicamente são muitas vezes socialmente competentes e geralmente possuem uma rede social de apoio

também bem-estruturada. Ligações sociais que levam a apoio eficiente, e que não sejam associadas a conflitos e fricções interpessoais, parecem favorecer a adaptação a situações de estresse e também resultar em uma condição melhor de saúde. Nota-se que condições adversas são importantes no estabelecimento de maior vulnerabilidade. Baltrusch observa, como muitos outros autores, que perdas e separações parecem constituir elementos importantes na desestabilização da saúde e comenta que tanto perdas reais como ameaças de perdas podem ter o mesmo efeito.

Um forte suporte social geralmente está associado com a diminuição da morbidade e da mortalidade. Provavelmente este suporte mitiga os efeitos danosos que situações de estresse podem causar. Pesquisas recentes mostram que indivíduos que se sentem menos apoiados por sua rede social, têm tendência de criar redes sociais mais amplas, porém mais superficiais. Estas pessoas geralmente se sentem apoiadas por todos os indivíduos de suas relações e a maior contribuição para seus sentimentos de não serem ajudados vem do fracasso de seus esforços, quando tentaram conseguir apoio significativo de seus pais. Segundo Bowlby (1985) há uma clara relação entre a experiência do indivíduo com seus pais e sua capacidade posterior de estabelecer vínculos.

Thorias e colaboradores (1985), em estudos com pessoas idosas, observaram que indivíduos com bons sistemas de suporte social tinham baixos índices de colesterol, ácido úrico e altos índices de eficiência do sistema imunológico. Vale notar que mulheres geralmente têm mais sensibilidade para estabelecer relações sociais, bem como, maior versatilidade na escolha dessas relações, o que reflete nas funções fisiológicas.

Um peso adicional para pessoas idosas é a subestimulação. Arnetz e colaboradores (1983) examinaram os efeitos psico-endócrinos e metabólicos do isolamento social e subestimulação. Notaram que a estimulação social levava a um grande aumento da testosterona, dehidroandrosterona e estradiol², enquanto a hemoglobina A_{1c} decresceu significativamente nos grupo estimulados. Estes experimentos permitem concluir que a subestimulação e o isolamento podem estar associados a um amplo espectro de alterações psicofisiológicas em pessoas idosas. A Dra. Kiecolt-Glaser e colaboradores testaram o aumento da imunocompetência, atra-

² São hormônios sexuais.

vés de trabalho de relaxamento e contato social em pessoas idosas, que estavam morando em comunidades de velhos. Os sujeitos do estudo foram distribuídos ao acaso em três grupos, a saber: um grupo de relaxamento, outro de contato social e um terceiro sem nenhum contato. Os indivíduos dos dois primeiros grupos eram vistos três vezes por semana durante um mês. Ao fim desse período os indivíduos pertencentes ao grupo que era submetido ao relaxamento mostrou um significativo aumento na atividade das células NK e diminuição da tensão relatada por eles próprios, enquanto que os indivíduos dos dois outros grupos não mostraram nenhuma alteração significativa. Houve também um aumento geral na resposta dos linfócitos T à estimulação com fitohemaglutinina, com uma diminuição das concentrações mitogênicas. Estes dados sugerem também que a imunocompetência pode ser aumentada por uma intervenção psicossocial em populações de idosos.

Estes estudos permitem pensar que a velhice é caracterizada por alterações do sistema nervoso autônomo e nos mecanismos de regulação dos órgãos internos e por várias alterações do sistema imunológico, que são por sua vez influenciados por situações de estresse emocional e formas inadequadas de lidar com situações estressantes.

Relato de uma experiência brasileira no atendimento psicossocial a pacientes com câncer

A experiência pessoal de Carl Simonton como oncologista, aliada às observações anteriores descritas, fez com que este autor propusesse um método de atendimento psicossocial a pacientes com câncer, que está relatado em um livro em co-autoria com Stephanie Matthew-Simonton e James Creighton, chamado *Com a vida de novo* (1987).

Este método vem sendo empregado por nós no Centro Oncológico de Recuperação e Apoio - CORA.

O CORA é uma sociedade civil, sem fins lucrativos e de utilidade pública, fundada em 1985 por um grupo de pacientes e ex-pacientes de câncer. Estes pacientes, embora recebessem bom atendimento médico, sentiam necessidade de que aspectos emocionais também fossem cuidados. Para viabilizar o atendimento dessa necessidade entraram em contato com o Cancer Support and Education Center de Menlo Park, Califórnia, E.U.A.

e através de convênio este grupo passou a vir periodicamente ao Brasil, ao longo de dezoito meses, para dar treinamento a profissionais na área de saúde mental. O método usado pelo Cancer Support and Education Center é o chamado método Simonton.

O CORA, no entanto, se propõe a um trabalho mais amplo que abrange a área de divulgação e esclarecimento da opinião pública a respeito do câncer, tendo participado da tradução e edição no Brasil do livro acima referido de autoria de Carl Simonton.

Atualmente, além do seu Programa Avançado de Auto-Ajuda (PAAA), onde é usado o método Simonton, o CORA desenvolve reuniões abertas semanais para pacientes e familiares. Estas são reuniões de auto-ajuda, onde pacientes e familiares encontram-se com ex-pacientes, podendo trocar informações importantes para aqueles que acabam de receber o diagnóstico de câncer.

Através de um corpo de voluntários, adequadamente treinado, o CORA elaborou um cadastro de serviços de atendimento na área de oncologia para encaminhamento de todo o paciente que esteja em busca de profissionais.

O CORA tem dado treinamento a profissionais da área de saúde mental e está ampliando o programa de treinamento para profissionais da área de saúde (médicos, enfermeiros-padrão, fisioterapeutas, etc.).

No Programa Avançado de Auto-Ajuda (PAAA) acima referido, desenvolvemos um trabalho de grupo temático. Reunimo-nos com os pacientes uma vez por semana, durante nove semanas, aproximadamente seis horas por vez. Estimulamos nossos pacientes a que venham às reuniões de grupo acompanhados por uma pessoa da família com quem sintam afinidade. Parece-nos importante a presença deste acompanhante, uma vez que isto nos permite lidar com dinâmicas familiares sempre significativas e agora ainda mais já que a família está vivendo, em função de ter um de seus membros portando uma doença que ameaça a vida, todas as fantasias ligadas à morte.

O método Simonton visa ajudar o paciente de câncer a lidar com suas emoções, identificar suas necessidades existenciais e encaminhar o seu

atendimento, de forma que a depressão que freqüentemente se encontra neste paciente possa ser revertida.

O primeiro passo que se dá com os pacientes é no sentido de auxiliá-los a fortalecer a sua convicção de que o tratamento a que estão sendo submetidos é eficaz, e que o seu organismo é dotado de um sistema de defesa sofisticado e poderoso. Isso vai dando ao paciente a certeza de que ele tem recursos pessoais para lidar com a doença, começando a reverter sua postura passiva em relação aos fatos da vida. Como passo seguinte, aprenderá sobre sua forma de lidar com o estresse da vida cotidiana, tomando consciência de sua maneira de operar para então poder buscar métodos mais eficazes para enfrentar as situações de vida, em lugar de desistir. É muito importante que o paciente experimente uma mudança na percepção de si mesmo, de forma a se sentir mais seguro e estimulado para lidar com os problemas do cotidiano. Tenta-se assim uma reversão de perspectiva, de forma que a desesperança e sensações de desamparo sejam transformadas em esperança e expectativas, o que faz com que o desejo de morte, freqüentemente presente nestes pacientes, de forma consciente ou inconsciente - já que a morte pode ser sentida como uma solução - seja transformado em desejo de vida.

Um outro passo que nos parece importante é despertar no paciente a noção de que cada um, de uma forma ou de outra, participa dos processos de saúde ou de doença. Verifica-se que freqüentemente o câncer surge num período de 6 a 18 meses após alguma situação de estresse que o paciente tenha vivido. Não apenas situações penosas e desagradáveis podem se constituir em estresse. Algumas outras situações que levam a mudanças de vida alterando o equilíbrio emocional e exigindo esforços de adaptação também têm efeito estressante. Segundo a escala de Holmes e Rahe, anteriormente citada, são situações estressantes desde o casamento ou ser premiado em loteria, até uma condição freqüentemente desejada, como a aposentadoria.

Discutir com o paciente como ele participa de seu processo de saúde ou de doença, através da criação de situações desnecessárias de estresse, possibilita rever suas metas, aceitar seus limites, reformular sua maneira de criar ou enfrentar problemas.

Um outro passo neste trabalho é considerar também quais os benefícios da doença - seus ganhos secundários. E isso passa desde a observação da psicodinâmica do paciente, bem como, de sua dinâmica familiar e, num nível mais amplo, de como ele lida com aspectos sociais característicos de nossa cultura. Vivemos numa cultura que incentiva o trabalho árduo, que baseia a auto-estima na produtividade, em que a meta é o sucesso e que toda expressão de emoções, sobretudo tristeza, luto, raiva, hostilidade são desencorajadas. Uma vez diagnosticada uma doença e sobretudo se ela tiver a gravidade de um câncer estabelecem-se várias permissões. Permissão de criar uma outra relação com o trabalho, por exemplo. Permissão para a realização de desejos. Permissão para a expressão de emoções, para a mudança de algumas relações sociais que, sem o auxílio de uma doença grave, o paciente não teria forças para conseguir. Lidar com os ganhos secundários de uma doença cria a possibilidade de que os mesmos benefícios possam ser obtidos sem a doença, de forma a se eliminar um fator que possa tornar a doença desejável, consciente ou inconscientemente.

Todo o trabalho é acompanhado por técnicas de relaxamento e de formação de imagens mentais .

A formação de imagens mentais, técnica que chamamos de visualização, é desenvolvida com o indivíduo em estado de relaxamento. Permite que o paciente entre em contato com os conteúdos de seu mundo interno, conhecendo-o. Permite também que esses conteúdos possam ser trabalhados e transformados. Assim, por exemplo, conteúdos de cunho depressivo, que levem o paciente a adotar atitudes de vida pouco e fízes, gerando insucessos e com isso confirmando a tendência depressiva, podem ser transformados, desenvolvendo-se conteúdos que resultem numa forma mais eficaz de lidar com a vida, levando a uma reversão do sentimento de desesperança em sentimento de esperança, trazendo melhor perspectiva de vida, melhora da auto-estima e conseqüente melhora da qualidade de vida.

Dentro do programa de atendimento emocional ao paciente de câncer dedicamos um período de trabalho ao contato do paciente com aspectos ligados à sua infância, à dinâmica com sua família de origem e como esta

³ As técnicas de relaxamento visam ensinar o paciente a relaxar e controlar tensões. O procedimento usado é baseado nas técnicas de E. Jacobson, nas quais o indivíduo aprende a relaxar grupos musculares, cada grupo por sua vez. Há a idéia básica de que o relaxamento muscular leva com eficácia ao relaxamento emocional.

dinâmica é atualizada nas suas relações presentes. Muitos pacientes têm através da doença a oportunidade de ver atendidas necessidades emocionais e isto pode se constituir num fator que os leve, de forma consciente ou não, a não colaborar para a recuperação. É desenvolvido com o paciente a noção de que ele pode obter a gratificação de suas necessidades emocionais sem precisar da doença.

O medo da recaída e o medo da morte são sentimentos constantes no paciente de câncer. Toda dor que antes da instalação da doença era pouco levada em conta, após o diagnóstico de câncer é sentida freqüentemente de forma assustadora. A dor fica associada à recidiva ou ao avanço da doença, ao surgimento das metástases. É fundamental abrir um canal de expressão para esse medo, de como repercute na vida e no corpo do paciente. A dor pode ser usada como um elemento importante de informação. Não só a respeito do que se passa no organismo, mas também, a respeito de pensamentos, fantasias e emoções. Freqüentemente a dor está relacionada ao medo e se se entra em contato com o medo pode ser que a dor diminua. O medo da morte está sempre presente, além disso, culturalmente o câncer e a morte estão sempre ligados. Da morte não se fala ou se fala muito pouco, muitas vezes de forma toda eivada de preconceitos, crenças, visões regredidas. Com o paciente de câncer e sua família ocorre o mesmo. A relação é informada pelo medo e se estabelece um tabu quanto a esse assunto. Família e paciente mergulham num teatro, sempre de má qualidade, em que o resultado da farsa é a permanência do medo intocado, a solidão e perda da confiança, que o paciente não pode mais ter nas pessoas próximas.

À medida que, por ação do medo, não se revela ao paciente seu diagnóstico, impõe-se a ele uma infantilização. Estabelece-se uma dinâmica em que o paciente é visto como incapaz de suportar tal informação e outros se arrogam serem capazes de suportar o peso da notícia. Impede-se o paciente lidar com esse momento de sua vida. Trabalhar o medo da morte, abrir a possibilidade de expressão de fantasias a este respeito leva muito freqüentemente, a um alívio, já que muitas dessas fantasias podem então ser vistas, revistas e elaboradas.

Dedicamos uma sessão para tratar das fantasias a respeito da morte. Poder olhar de frente as fantasias sobre ela e os medos existentes faz com que haja a possibilidade de que o medo diminua. Muitas vezes o medo

está ligado a formas infantis de sentir ou entender a morte. Revelar estas formas permite lidar com o assunto de um modo mais maduro e frequentemente leva à diminuição do medo. Com menos medo, há melhora da qualidade de vida.

Neste trabalho encaminhamos o paciente a fazer uma revisão dos valores de vida. Diante de uma doença que ameaça a vida, geralmente é possível um novo olhar para as prioridades. Frequentemente o paciente pode estabelecer novas metas em que as prioridades possam ser atendidas.

Reservamos um período de trabalho para encaminharmos esta revisão. Propomos aos nossos pacientes que estabeleçam metas factíveis, com prazos determinados, de forma que, uma vez cumpridas, possam ajudá-los a vivenciar maior auto-estima, abrindo a possibilidade de que haja reversão de uma atitude de desesperança e desamparo para uma atitude ativa e potente em relação à vida.

Um outro aspecto fundamental na lida com pacientes de câncer é ouvi-los. Ouvir é uma arte difícil. É um ato que sofre inúmeras interferências do mundo interno de quem tenta fazê-lo de forma que, muitas vezes, deixamos nosso interlocutor sozinho, sem ser acolhido ou compreendido. É um fato observado que os pacientes de câncer, comumente, têm muita dificuldade em se fazer ouvir e, muitas vezes, são pessoas com dificuldade de ouvir a si mesmas, de compreender as suas necessidades mais importantes, de escutar a linguagem de seu próprio corpo. Ouvi-las é um ato que pode ajudá-las também a aprender a se ouvir. Assim poderão atender suas mais legítimas necessidades, o que pode ser fundamental no processo de aquisição de melhor qualidade de vida.

Dedicamos uma sessão ao tema "comunicação", quando são debatidos modelos de comunicação usuais entre as pessoas, de forma que fiquem claros os que são ineficazes. Os pacientes são estimulados a substituir estes modelos por outros mais eficientes, o que leva a maior clareza na comunicação e, conseqüentemente, maior possibilidade no atendimento de suas necessidades emocionais.

Cabe aqui uma palavra final a respeito dos resultados que são obtidos com os tratamentos psicoterápicos, associados aos tratamentos convencionais de câncer. Estudos desenvolvidos por Spiegel (1989), ao longo de dez anos, na Universidade de Stanford, demonstraram que mulheres por-

tadoras de câncer de mama, submetidas à psicoterapia de grupo, tiveram uma sobrevida duas vezes maior do que aquelas que receberam apenas cuidados clínicos habituais. O trabalho psicoterápico ajudou-as a superar a depressão, o que resultou em melhor qualidade de vida e melhores condições de saúde física. Simonton (1987) assinala esta mesma relação, apresentando conclusões semelhantes.

Apêndice

Para maior esclarecimento publicamos neste apêndice, de forma mais ou menos detalhada, a estruturação do Programa Avançado de Auto-Ajuda (PAAA) do CORA - Centre Oncológico de Recuperação e Apoio.

Como já foi anteriormente mencionado, o programa se desenvolve ao longo de nove sessões. Realizamos geralmente uma sessão por semana, com a duração de seis horas cada sessão. O programa tem sido excepcionalmente desenvolvido de forma intensiva, com as nove sessões seguidas ou em três fites de semana sucessivos. As seis horas são divididas em dois períodos de trabalho de três horas de duração cada um, intercalando-se uma hora de almoço quando os pacientes, acompanhantes e membros do *staff* se alimentam juntos.

A equipe está estruturada da seguinte forma: um coordenador, geralmente psicólogo ou psiquiatra, um subcoordenador, preferencialmente pessoa treinada para o programa e que seja paciente ou ex-paciente de câncer e monitores, que são psicólogos, na proporção de um para cada quatro participantes do grupo. Faz ainda parte do grupo de trabalho um massagista.

A primeira sessão está estruturada da seguinte forma: no primeiro período são dadas informações gerais sobre o desenrolar do programa. A seguir o coordenador discorre acerca dos princípios que norteiam a proposta de trabalho. A partir de então conduz um relaxamento e uma introspecção, preparando todos os participantes para que se apresentem a seguir. Esta apresentação já oferece material para que as emoções possam ser trabalhadas. No segundo período da primeira sessão o coordenador discorre em termos gerais sobre o funcionamento do sistema imunológico e sua inter-relação com o psiquismo e a importância que tem a maneira pela qual o indivíduo lida com situações de estresse. É introduzida a noção de que existem recursos que podem auxiliar a lidar com

situações de vida de forma eficaz, de maneira que o indivíduo não se sinta fracassado e deprimido. É conduzida uma primeira experiência de relaxamento e a visualização em que é demonstrada a possibilidade de se conseguir uma resposta orgânica, evidenciando a inter-relação mente/corpo. A seguir, é proposta a visualização do sistema imunológico em ação, em caso de câncer, e depois se usam técnicas expressivas (desenho) para que se evidenciem conteúdos inconscientes. Os participantes são divididos em subgrupos, sendo então trabalhadas as crenças a respeito do câncer e dos tratamentos.

Iniciamos a segunda sessão com um relaxamento e introspecção, para que os participantes possam fazer contato com os conteúdos de seu mundo interno. A seguir passamos a um processo de compartilhamento das vivências que os participantes tiveram, e que sintam necessidade de serem trabalhadas. Usamos para isso todo o período da manhã. No período da tarde retomamos o processo de relaxamento e visualização e voltamos a trabalhar mais detalhadamente imagens relacionadas ao sistema imunológico, usando também algumas técnicas psicodramáticas que reforçam o trabalho. O grupo de participantes é dividido em outros menores, coordenados por monitores, para que seja possível um aprofundamento maior do trabalho.

A terceira sessão inicia-se como a anterior: relaxamento, introspecção e partilhamento. Ao final da manhã, trabalhamos o tema: "Formas de Contribuição para o Adoecer" e no período da tarde trabalhamos "Ganhos Secundários da Doença". Estes assuntos devem ser preferencialmente conduzidos por um monitor que seja um ex-paciente de câncer.

A quarta sessão é inteiramente dedicada a trabalho corporal. Usamos como instrumento de trabalho a técnica "Radix". "Radix" é uma técnica que descende da terapia reichiana. Consiste em exercícios que permitem a diluição de coraças, facilitando a liberação e conseqüente conscientização de emoções.

A quinta sessão, também a exemplo das outras, inicia-se com um relaxamento, introspecção e partilhamento. A seguir trabalhamos o tema a que chamamos de "Decisões de Infância". É um trabalho que visa colocar o paciente, através de técnicas de relaxamento e visualização, em contato com experiências de sua infância e que foram significativas no estabelecimento de padrões de comportamento que permaneceram presentes ao

longo da vida, mesmo tendo se tornado inadequados. Este trabalho é seguido por um outro complementar a que chamamos de "Escultura Familiar", já que usamos como técnica expressiva a escultura com massa de modelar. Visa identificar modelos desenvolvidos na relação do indivíduo com sua família de origem e de como estes modelos podem estar sendo atualizados com a família atual, levando a relacionamentos inadequados.

A sexta sessão é dedicada ao trabalho com fantasias de morte. Também aqui usamos técnicas de relaxamento e visualização. Sugerimos aos pacientes que visualizem a situação de sua própria morte e a possibilidade do renascer, construindo então uma nova vida. Como em outras atividades, o grupo é dividido em subgrupos nos quais os comentários emergidos são processados. O objetivo visado, como já mencionamos anteriormente, é permitir ao paciente uma revisão de fantasias e emoções em relação à morte, bem como, o restabelecimento de prioridades para a sua vida. A sétima sessão inicia-se como as demais sendo que no final da manhã volta-se ao tema da segunda sessão, ou seja, o trabalho com o sistema imunológico. Nos subgrupos o trabalho é orientado no sentido de se verificarem as mudanças de crenças e expectativas a respeito do câncer e dos tratamentos que ocorreram no decorrer do trabalho. À tarde trabalhamos com os participantes do grupo o estabelecimento de metas de vida. São sugeridas metas de trabalho, de relacionamento, de exercícios físicos e, por fim, metas de prazer. Pedimos aos pacientes que se comprometam com as metas que eles estabeleceram e que de fato tentem cumpri-las. Metas factíveis e cumpridas com sucesso ajudam os pacientes a melhorarem sua autoconfiança e auto-estima.

A oitava sessão é conduzida, em seu período da manhã, de modo que os participantes estabeleçam seus próprios roteiros de relaxamento e visualização e, no período da tarde, é desenvolvido um trabalho com técnicas de comunicação inter-pessoal.

A nona sessão é dedicada ao encerramento do trabalho.

Ao longo do trabalho nossos pacientes podem ter com os outros monitores algumas entrevistas individuais. Recebem ainda três sessões de massagem terapêutica, que podem ajudar os participantes a ter um contato maior com seu corpo, estabelecendo maior intimidade e conhecimento de suas necessidades.

Referências Bibliográficas

- ARNETZ, B. - Psychophysiological effect of social understimulation. In: *Old Age. Laboratory for Clinical Stress Research*, Karolinska Institute and National Institute for Psychosocial Factor in Health, Stockholm, 1983.
- BALTRUSCH, H. J. F., SEIDEL, J., STAMGEL, W. e WALTZ, M. E.- Psychosocial stress, aging and cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1988 vol. 521.
- BERNARD, C. - *Introdução 4 medicina experimental*. Lisboa, Guimarães Editores, 1959.
- BOWLBY, J. - *Apego, separação e perda*. São Paulo, Martins Fontes, 1985.
- DATTORE, P. J., SCHONTZ, E C., COYNE, L. - Premorbid personality differentiation of cancer and noncancer group: a test of the hypothesis of cancer proneness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 48 : 388-394.
- DEGORATIS, L. R., ABELOFF, M. D. A., MELISARATOS, N. - Psychological coping mechanism and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA*, 1979, 242: 1504-1508.
- FOX, B. H. - Psychosocial factor and immune system in human cancer. In: ADER, R. - *Psychoneuroimmunology*. New York Academic Press, 1981.
- GREER, S., MORRIS, T., PETTINGALE, K. W. - Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *The Lancet*, 1979, Oct 13 :785-787.
- LOCKE, S., COLLIGAN, D. - *The healer within*. New York, New American Library, 1987.
- REDD, W. H., JACOBSEN, P. B. - Emotions and cancer: new perspectives on an old question. *Cancer*, 1988, 62 :1879

- SIMONTON, O. C., MATTHEWS-SIMONTON, S., CREIGHTON, J. - *Com a vida de novo*. São Paulo, Summus, 1977.
- SPIEGEL, D., KRAEMER, H. C., BLOOM, J. R., GOTTHEIL, E. - Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 1989, Oct 14:888-891.
- THOMAS, P. D., GOODWIN, J. S. - Effect of social support on stress, related changes in cholesterol level, uric and immune function in an elderly sample. *Journal Psychiatry*, 1985, 142: 735-737.

Capítulo 13

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA MORTE

Maria Júlia Kovács

A diferença básica entre as pessoas em geral e os profissionais da área de saúde, médicos, enfermeiras e psicólogos é que na vida destes, a morte faz parte do cotidiano e pode se tornar sua companheira de trabalho diária. Toda doença é uma ameaça à vida e, portanto, pode aparecer como um aceno à morte.

O que faria um estudante escolher a medicina como área de realização profissional? Feifel (1967), após pesquisa com médicos, estudantes de medicina, pacientes e indivíduos sadios, verificou que os médicos têm um medo maior da morte e que poderiam estar buscando, na sua futura profissão, uma forma de controle e domínio sobre ela. Uma das formas mais usadas pelo profissional é a formação reativa, a conquista da doença, o desafio da morte e a tentativa de tomar medidas heróicas para salvar o paciente a todo custo. Se o paciente morre, o narcisismo do médico fica ferido e isto faz com que, em algumas situações, o cuidado com o paciente grave fique relegado a outras pessoas, normalmente às enfermeiras. Segundo autores como Brim (1960), o médico algumas vezes não se permite conhecer os seus sentimentos em relação à morte, entre os quais: a impotência, a culpa e a raiva. A impotência foi associada à perda dos pacientes, a culpa com o fato de enganá-los e a raiva como decorrência das duas anteriores. O profissional de saúde pode reexperimentar medos infantis de separação, abandono e o medo da sua própria mortalidade.

O afastamento do paciente e a delegação de funções podem estar relacionados a problemas contratransferenciais diante do indivíduo que está

morrendo, e a ambivalência entre tentar ainda uma medida heróica e a raiva do fracasso, como afirma Hagglund (1981).

Segundo Clarke (1981), defesas contra processos contratransferenciais podem ser despertadas, tais como: negação, falso otimismo, superproteção e intelectualização, que vão interferir profundamente na relação profissional/paciente.

Byington (1979) nos traz uma belíssima imagem arquetípica do médico. Trata-se do Centauro Quíron ferido mortalmente, mas que é o mestre na arte da cura. A ferida do Centauro é uma imagem arquetípica grega precursora da ciência médica e que representa o conhecimento da doença ligado à participação existencial do médico através do seu próprio sofrimento como pessoa. A dor e a sombra estão na imagem primordial do médico o que explica o lema: "médico, cura-te a ti mesmo".

A onipotência médica pode estar ligada à fase patriarcal, onde se constela uma imagem do pai salvador e o médico se coloca como o herói poderoso diante do arquétipo da morte. O médico tornou-se o senhor da vida e da morte. Não raro vemos médicos que perderam o discernimento, tentando medidas quixotescas quando a morte já venceu a batalha. Como vimos no capítulo 3, Ziegler (1977) faz uma análise deste poder da medicina no Ocidente. Os médicos tornam-se os donos do processo de vida e morte das pessoas, transformando-se no que o autor chamou de tanatocratas. Tomam decisões sem consultar o paciente e a família, exacerbando sua função. Sem dúvida, é uma colocação muito verdadeira, mas temos a certeza de que essa mentalidade está sendo revertida e muitos dos jovens médicos já têm uma dimensão diferente do seu ofício.

Conforme a especialidade escolhida pelo médico os sentimentos e as expectativas são diferentes. Uma unidade de cardíacos exige medidas rápidas e heróicas e a morte pode ser uma terrível surpresa. Numa unidade de pacientes com câncer, onde a morte é lenta e muitas vezes sofrida, quando ocorre pode ser vista como alívio. O médico oscila entre a sensação de tudo poder e a frustração de nada poder fazer diante dos imprevisíveis processos biológicos.

O primeiro encontro do estudante de medicina com a morte é na aula de anatomia, o que pode ser muito sofrido. Como a demonstração de sentimentos não é possível, é freqüente o uso de recursos contrafóicos, como

fazer piadinhas, gozação, ou ficar indiferente, como descreve Concone (1983). O primeiro passo é tirar qualquer identidade humana do cadáver, pois pensar que ali havia um ser humano e que a vida é transitória, pode ser muito angustiante. Para o estudante de medicina, desvendar os segredos do corpo, seu funcionamento e recuperação são os grandes desafios, sendo o maior deles adiar e controlar a morte.

No treinamento do pessoal da área médica ocorre uma dessensibilização dos elementos que possam evocar a morte. As pessoas são transformadas em órgãos, ossos, sangue, numa reação contrafóbica, representando uma atitude vitoriosa e de domínio. É enfatizada a objetividade científica, o controle sobre a doença, e o paciente vira um número. O medo da morte se torna uma questão intelectual.

A função da enfermeira, segundo Quint Benoliel (1972), é de assistir o doente, promover a sua recuperação e ajudá-lo a fazer o que não tem condições de realizar só. A relação paciente/enfermeira é fundamental. Muitas vezes, a enfermeira é a pessoa mais próxima ao doente, que cuida de suas necessidades básicas e que melhor o conhece como pessoa. Está subordinada ao médico a quem compete tomar as decisões mais cruciais, e à enfermeira cabe colocá-las em prática, mesmo que tenham opiniões divergentes a respeito.

Tratar de pacientes terminais, mantê-los limpos, confortáveis e sem dor é uma das tarefas mais difíceis como, vimos. No curso de enfermagem também são mais enfatizados os aspectos técnicos e práticos da função de enfermagem. Há pouca ênfase em questões ligadas à emoção. A enfermeira é quem está próxima nos momentos mais difíceis, é quem o paciente busca para conversar sobre os seus temores, ou quando está morrendo. É a enfermeira também que está mais próxima à família, tendo de lidar com os sentimentos dos parentes, as dúvidas, angústias, temores e quando o paciente falece é quem toma as primeiras providências.

Boemer (1986) realizou um estudo sobre o que denominou a faticidade do paciente definido como terminal, e como enfermeira tem uma convicção muito forte com estas pessoas. A autora fala das práticas da enfermagem envolvendo cuidados com a higiene, hidratação, medicação. Entretanto, ressalta que estas práticas se tornam rotineiras, mantendo-se iguais durante vários dias, sem alterações significativas em seu conteúdo.

O caráter funcionalista da instituição prevê que determinadas tarefas têm de ser cumpridas e registradas e o pessoal de enfermagem precisa adaptar-se a elas. Observou que quando é feita a escala das enfermeiras há um temor muito grande de ficar responsável por um paciente terminal, há tentativas de modificação da escala.

Tendo a abordagem fenomenológica como a sua fundamentação, a autora se questiona no seu papel de profissional de saúde, sentindo-o incompleto se não pensar na importância a ser dada no período que antecede a morte. Desde 1983 começou a abordagem do tema da morte e o relacionamento com o paciente terminal em uma unidade dos programas de disciplinas do curso de enfermagem. No seu trabalho em muitos pontos semelhante ao de Kubler-Ross, como mencionamos no capítulo anterior, a autora se dedicou a escutar os pacientes em suas falas, em sua forma de ser no mundo, buscando responder às seguintes questões: *o que é ser um paciente terminal? O que é estar vivenciando a finitude próxima? O que é conviver com a idéia de morte iminente? O que é estar morrendo?*

E como fica o psicólogo diante da questão da morte? Hoje em dia este problema vem se tornando muito importante para o psicólogo, que está sendo chamado para trabalhar em hospitais, clínicas, com pacientes portadores de doenças graves e também com suicidas. Pouco se tem escrito sobre este profissional diante da questão da morte. O que não deixa de ser um paradoxo, porque se a morte é uma preocupação universal do homem, e a psicologia estuda a relação do homem com o mundo, então a morte deveria ser área de preocupação primordial da psicologia, como campo de estudo e como prática profissional.

Kastenbaum e Costa (1977) fizeram um levantamento das principais áreas de pesquisa vinculadas ao tema da morte, dentre as quais podem ser citadas as seguintes: desenvolvimento cognitivo emocional e atitudes diante da morte, morte ligada ao comportamento e ao estilo de vida, suicídio, processos de morrer, luto, perda e tristeza. Resta saber de que forma podemos relacionar o trabalho do psicólogo com a questão da morte. No capítulo 4 no livro *Da morte: estudos brasileiros* (1991), tentamos fazer uma sistematização destes pontos. É inegável que a morte faz parte do cotidiano do ser humano, quer por atração, repulsa, curiosidade ou terror. Como vimos, pode estar na gênese de vários quadros neuróticos ou

psicóticos e aparecer sob as mais variadas formas, como medo da castração, fobias ou ansiedades de separação entre outras.

O psicólogo pode se defrontar com a questão da morte em qualquer situação de trabalho, até naquelas onde nem se imaginaria. Na escola, por exemplo, pode estar com uma criança, que acabou de perder seu animal de estimação ou alguém da família. O psicólogo industrial também entra em contato com várias situações de "morte" no trabalho, desde o falecimento de colegas ou superiores, acidentes dos mais variados tipos, configurando processos autodestrutivos crônicos como vimos no capítulo dez até situações de perda ou mudança de emprego, muitas vezes vividas como mortes.

Esta ligação parece ser mais evidente no trabalho clínico, quer institucional, quer em consultório particular. Será que os psicólogos estão atentos a sinais que indicam o início de processos mórbidos, autodestrutivos muitas vezes inconscientes para o paciente e que resultam em doenças psicossomáticas? Ansiedades e fobias podem levar a uma paralisação, que seria quase uma morte em vida.

A intencionalidade da ação autodestrutiva, a princípio latente, pode em algumas situações transformar-se num processo mais explícito, como evidenciado pelo grande número de tentativas de suicídio e também por ações letais, como dirigir perigosamente ou se intoxicar com álcool e drogas. Estes indícios podem vir camuflados por outras queixas e é necessário que sejam percebidos e apontados desde o início do processo terapêutico, quando a ação psicológica pode ser mais efetiva.

Outra questão freqüentemente perturbadora é a perda de pessoas significativas, a separação, o abandono e o luto. Outros processos podem ser vividos no cotidiano como perdas: são os processos de mudança de casa, relacionamentos novos, rompimento com os antigos, alterações de emprego. Estes podem, às vezes, ser sentidos como pequenas mortes, pois implicam na perda de uma situação antiga conhecida, e na passagem para uma etapa nova desconhecida, sendo evidenciadas em momentos críticos da vida como, por exemplo: adolescência, casamento, maternidade, paternidade, aposentadoria. Cada um deles tem suas características peculiares, mas estes processos podem vir acompanhados de muito sofrimento, pois representam a perda de um ponto conhecido e o lançamento em direção a uma etapa nova, na qual o desconhecido se faz presente, surgindo ansie-

dade, medo ou dor. Essas crises mantêm uma analogia com a morte, pelo seu fator de desconhecimento.

O trabalho com idosos é outra modalidade de ação para o psicólogo. Esse grupo caracteriza-se por estar cronologicamente mais próximo da morte física e, talvez, para alguns idosos conversar sobre o tema da morte seja vital. Mas para outros, é justamente sobre a vida que querem falar. É importante lembrar que a velhice é uma fase do desenvolvimento e como tal tem as expectativas e desafios inerentes a este período e trabalhar estas questões, o aprofundamento de certas relações, a revisão da vida, a busca do significado existencial podem ser os temas da terapia. Atualmente, nota-se um grande movimento no sentido de propor psicoterapia a pessoas mais idosas.

Um novo campo de trabalho está se abrindo para o psicólogo dentro dos hospitais não só na área da psiquiatria, mas também em outras, fazendo parte das equipes multidisciplinares de saúde em campos como a oncologia, cardiologia, nefrologia, ortopedia, só para citar alguns. Seu trabalho pode constar de acompanhamento pré e pós-operatório, trabalho com os familiares e atendimento a pacientes terminais, além da possibilidade de orientação e apoio à equipe médica e de enfermagem no que concerne a questões de saúde mental.

Como aponta Camon (1984), o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar ainda é polêmico, muitos tentam adaptar modelos de atuação em consultório particular nos hospitais, o que causa problemas. Em seu livro relata experiências de psicologia em unidades de pediatria, ortopedia, UTI, com pacientes mastectomizadas, com pacientes que tentaram suicídio e no manicômio judiciário. Trata-se de um livro que nos oferece a possibilidade de refletir sobre a prática destes psicólogos pioneiros em uma área ainda em expansão no Brasil.

O trabalho do psicólogo é minimizar o sofrimento ligado à hospitalização e, por isso, ainda nos surpreende o fato de muitos hospitais se recusarem a ter psicólogos em seu quadro de profissionais, alegando problemas financeiros; acreditamos, no entanto, não ser esta a única razão.

Gostaríamos, neste momento, de retomar um projeto de lei defendido pelo sr. Mário Hato, em 1984, que propunha a regulamentação da contratação de psicólogos em instituições de saúde, escolares e hospitalares. Esse projeto não foi aprovado, entretanto, resolvemos lembrá-lo pois

contêm importantes reflexões sobre o trabalho do psicólogo em hospitais. O projeto propõe que hospitais, casas de saúde e outros estabelecimentos da mesma natureza, que funcionam sob regime de internação de pacientes, fiquem obrigados a contratar e manter psicólogos clínicos no quadro de profissionais, que atuam na área de saúde, na proporção de um psicólogo para cada 25 pacientes. Estes psicólogos deverão atuar na sua área de competência, junto aos doentes que demandam abordagem psicológica para a solução de seus problemas de ajustamento, colaborando em assuntos psicológicos ligados a outras ciências e integrando as equipes multidisciplinares de saúde que se constituem em hospitais.

A justificativa para este projeto envolve a necessidade da presença do psicólogo nos hospitais, considerando-se a sua atuação indispensável para uma abordagem total do indivíduo, que enquanto está doente vivencia, nesta situação de debilidade física, uma nova e traumatizante experiência que é a internação hospitalar. Sem considerar o sofrimento físico provocado pela disfunção orgânica, a internação hospitalar já significa, em si, uma quebra na rotina cotidiana do paciente e na acomodação ao estilo de vida que escolheu para si. Há uma mudança de hábitos, uma série de intervenções e exames que o magoam, machucam e invadem a sua privacidade e nem sempre respeitam a sua dignidade, como mencionamos, no capítulo onze. Isto pode gerar uma sensação de dependência, limitação e impotência, levando a conflitos psicológicos intensos, que somente um profissional especializado pode prever, diagnosticar, indicar terapia adequada, com reais possibilidades de transformar o trauma hospitalar numa experiência positiva de reflexão sobre a vida e de equilíbrio íntimo em relação às agressões externas, permitindo ao indivíduo a assimilação de seu estado em sua atual circunstância de doente.

O autor do projeto fala então de uma coerção aos hospitais para que contratem psicólogos, apontando a insensibilidade de algumas instituições quanto a estas questões ligadas à influência da psique sobre a gênese e desenvolvimento de quadros orgânicos.

Não acreditamos que se devesse coagir os hospitais a contratarem psicólogos, mas concordamos inteiramente que esta deveria ser uma obrigação moral das instituições de saúde, por tudo que foi apontado até aqui. Sabemos que várias instituições hospitalares já têm psicólogos em seus qua-

dros, e a experiência tem se mostrado muito válida, como atestam depoimentos de pacientes, artigos e pesquisas realizadas em hospitais.

Mas estarão os psicólogos dispostos e preparados para trabalhar neste contexto? Como vimos, não é possível simplesmente transplantar uma experiência de consultório privado, para hospitais. Ainda não há uma sistematização sobre esta nova área de trabalho, entretanto, algumas reflexões já são possíveis, principalmente no que concerne ao trabalho com pacientes portadores de doenças graves, os assim chamados pacientes terminais.

Torres e Guedes (1987) elaboraram um artigo em que tecem reflexões sobre o psicólogo e a questão da terminalidade. O primeiro ponto a ser considerado para quem vai trabalhar com pacientes terminais, é o de caminhar em direção ao medo em relação à morte e o morrer. Assim como ocorre com outros profissionais de saúde, é uma tarefa difícil de enfrentar-se com a própria negação, para aí poder entender a da instituição de saúde e a do paciente. Essa negação pode manifestar-se no silêncio ou na omissão ante a questão da morte.

Segundo as autoras, trabalhar com o sofrimento ou a perda de significado da existência pelo paciente, pode despertar no profissional as mesmas vivências, ferindo o seu narcisismo, e a sua onipotência, colocando-o diante do incompleto e do não-terminado.

O trabalho com pacientes terminais, pode se desenvolver numa linha de apoio em situação de crise, ou configurando-se como um processo psicoterápico onde se busca autoconhecimento, *insight*, e em que algumas defesas são mais trabalhadas. Existem algumas peculiaridades, como vimos no capítulo onze, que requerem flexibilidade por parte do psicólogo, como o *setting* terapêutico, que além do consultório pode envolver o domicílio e o hospital, com recursos nem sempre adequados. A regularidade das sessões pode ser alterada, sessões são suspensas por conta de intervenções cirúrgicas ou pela impossibilidade física do paciente. Outras vezes, é necessária uma assiduidade maior, sessões mais longas, sessões não-verbais, onde é necessária a presença física, segurando as mãos do paciente. Não há regras fixas, nem procedimentos específicos nesta situação. Muitas vezes, o psicólogo tem de presenciar manifestações de sofrimento físico, a que não está acostumado. Será que ele agüenta tantas incertezas, descer da onipotência das suas interpretações, do seu saber

sobre o subjetivo do outro, e aceitar um contato que se faz no momento da relação, envolvendo inclusive uma proximidade física e pessoal?

O psicólogo neste caso tem de desenvolver o seu poder de escuta, perceber as necessidades do outro, tornar-se disponível para esse contato tão íntimo. Os médicos se escoram nos exames, nos instrumentos na tecnologia e na farmacologia, o psicólogo se escora na sua "tecnologia", suas interpretações psicológicas sobre o viver do outro. Devemos verificar se o "psi" não entra como defesa contra um contato profundo com o paciente, que neste momento está tão necessitado de ajuda.

Será que o não-espço do psicólogo em algumas instituições hospitalares, também não estaria relacionado a uma certa ineficiência deste profissional, numa área nova de trabalho que está se abrindo? Será que os cursos de formação de psicologia têm estado atentos a estas novas áreas de trabalho do psicólogo?

Verificamos que o currículo mínimo obrigatório de psicologia não sofre alterações há vinte anos, apesar de terem ocorrido grandes modificações em nossa sociedade. Em discussões sobre esse fato, têm surgido idéias interessantes na forma de empreender mudanças envolvendo alunos, professores e a própria comunidade. Seria a construção da psicologia a partir da ação dos profissionais em contato com a realidade.

Parece-nos que neste momento de reflexão e eventual ampliação do currículo, a inserção do tema da morte, em suas várias abordagens e instâncias, poderia ser pensada, incluindo módulos interdisciplinares e uma diversidade de abordagens para perceber e compreender fenômenos psicológicos, principalmente diante de um tema tão complexo e abrangente como é a questão da morte. Um programa de psicologia que tenha um leque de opções sobre os mais variados assuntos permite que os alunos busquem as disciplinas de acordo com os seus interesses. E neste sentido que se pensou na inclusão do tema da morte como opção para o aluno. É indiscutível, como já foi visto, a importância do estudo desta questão pela psicologia, mas o envolvimento e a busca de um maior aprofundamento é uma opção, assim como foi a escolha da psicologia como saber e profissão. Como conjecturamos a escolha da psicologia na busca de autoconhecimento pode envolver, mesmo que de forma subliminar, uma busca de compreensão e reflexões sobre a questão da finitude, portanto, da morte.

Cursos sobre a Morte e o Morrer

Em *minha* tese de doutorado (1989) fiz uma análise e uma reflexão sobre cursos que tratam da questão da morte, arrolando as experiências internacionais a que tive acesso. Elaborei uma síntese das idéias principais sobre estes cursos no capítulo 4, do livro *Da morte: estudos brasileiros* (1991), no capítulo 4 do qual reproduziremos alguns trechos.

Os cursos de educação para a morte, com os mais variados tipos de materiais e programas, são oferecidos nos EUA, envolvendo todos os níveis de escolaridade, inclusive para crianças.

A expectativa destes cursos, segundo Leviton (1977), era diminuir o medo da morte e levar a uma facilitação e preparação para o processo de morrer. Esta expectativa parece ser exagerada, pois é muito difícil atingir este objetivo com um curso. Por outro lado, havia o temor de que um curso deste tipo poderia induzir as pessoas ao suicídio ou a uma predisposição para morrer. Estes pensamentos parecem mágicos ou onipotentes e, embora se saiba que se um aluno tenta suicídio depois de frequentar um curso sobre a morte e o morrer, inevitavelmente a relação entre o curso e o suicídio será feita, mas terá um curso o poder de decidir a questão de vida e morte de uma pessoa?

O periódico *Omega Journal of Death and Dying*, 1975, 6 (3) traz um histórico sobre este tipo de cursos nos EUA desde a década de 60. Fundamentei-me neste periódico e em outros artigos mais recentes para traçar alguns pontos que nortearam a criação de um espaço para a discussão do tema da morte na graduação, em psicologia.

Alguns artigos descrevem propostas de cursos, outros avaliam seus efeitos, há sugestões de metodologias e estratégias, ligadas às necessidades dos alunos que buscam esses cursos.

Os artigos de Leviton, Bluestein e Doka (1975) apontam entre os principais motivos de escolha dos cursos sobre a morte os seguintes: curiosidade, busca da compreensão da morte do ponto de vista pessoal, ajuda para lidar com pessoas diante da morte e preparação para enfrentá-la. Autores como Leviton, Bell e Bloom (1975), Whelan e Warren (1980/81) e Cook e outros (1984/85) procuraram estudar os efeitos deste tipo de curso e verificaram

que alguns enfatizam aspectos cognitivos, como uma maior sistematização; de idéias e pensamentos sobre a morte e um maior interesse em leituras sobre o assunto. Quanto aos aspectos emocionais e atitudinais, mudou a forma de encarar a morte, de lidar com os medos pessoais, no entanto as maiores influências observadas foram nos aspectos cognitivos.

No Brasil ainda não temos uma sistematização tão clara. Uma das iniciativas mais proficuas em nosso meio foi a criação do curso de Tanatologia, coordenado pelas psicólogas Wilma da Costa Torres, Wanda Gurgel Guedes, Terezinha Ebert e Ruth da Costa Torres, no Rio de Janeiro. Estas psicólogas também coordenaram um simpósio sobre a psicologia e a morte, em 1980, no Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais, onde profissionais de diversas áreas debateram vários temas como: educação e morte, suicídio, velhice e morte, doentes terminais, a morte no contexto hospitalar. Houve também sessões de trocas de experiências. O relato deste evento está contido num livro denominado *Psicologia e morte* (1984). Além deste relato o livro contém uma vasta bibliografia sobre o tema. Supomos que na imensidade de nosso país certamente existem outras experiências das quais ainda não tomamos conhecimento.

A partir da constatação da existência de poucas experiências deste tipo, em nosso país, e dada a importância da questão da morte para a formação do psicólogo, como vimos, surgiu a idéia de oferecer um curso sobre o assunto na graduação em psicologia, na Universidade de São Paulo, cuja experiência relatarei a seguir.

Decidi-me pela criação de uma disciplina optativa, a ser inserida no currículo de psicologia da referida universidade. Cabe comentar que o tema é obrigatório na formação do psicólogo, por tudo que foi discutido neste livro, entretanto, o envolvimento pessoal de cada um diante dele é uma escolha também individual. Embora este curso possa ser interessante em qualquer área de saúde, ele foi introduzido na graduação em psicologia, por eu ser professora nessa unidade.

A disciplina foi oferecida pela primeira vez em 1986, e a partir dessa data consta no rol de optativas do Instituto de Psicologia da USP, com o nome de Psicologia da Morte.

Neste capítulo farei apenas um breve apanhado das idéias principais que nortearam o início do curso, para maiores detalhes remeto o leitor às duas obras já citadas neste capítulo.

Entre os objetivos do curso estão os seguintes:

1. Apresentar teorias psicológicas, que trazem a questão da morte como objeto de estudo. No caso de nosso curso escolhemos a psicanálise, a abordagem analítica de Jung e a abordagem fenomenológico-existencial de Heidegger, para ilustrar concepções bastante diversas do homem em face da morte.
 2. Possibilitar a sensibilização e a escuta dos processos internos perante a morte. Supomos que o aluno, ao escolher este tipo de curso deseje consciente ou inconscientemente aprofundar o tema. São criadas condições para favorecer esse mergulho interno e ver como ecoam internamente certos temas, como por exemplo: a morte, o luto, o suicídio, o ser portador de uma doença incurável, entre outros. Os alunos não estão vivendo esta experiência neste momento, mas sim a possibilidade de se transportar para esta vivência e tentar escutar os seus próprios sentimentos sem restrições ou críticas *a priori*, compartilhar com os colegas, ouvir os sentimentos deles e também escutar sem censura. Este poder escutar-se e escutar o outro é fundamental na prática psicológica com pessoas em crise, como as que tentam suicídio ou falam sobre o seu desejo de morrer; idéias que num primeiro momento podem parecer absurdas, mas que necessitam de um ouvinte atento, de uma atmosfera de acolhimento.
- Cabe ressaltar que, embora estejamos lidando com sentimentos e situações às vezes tristes, tensas ou conflituosas, procuramos manter o enquadre pedagógico. Em hipótese alguma é feita uma sessão psicoterápica em aula. Se o aluno pede ajuda, procuramos encaminhá-lo a um trabalho psicoterápico fora do curso. Misturar estes dois canais pode ser extremamente perigoso.
3. Refletir sobre a ação do psicólogo em situações envolvendo a questão da morte. São convidados especialistas para falarem de sua experiência e oferecerem subsídios para uma discussão sobre a prática psicológica. Em outras ocasiões, é usada a técnica de *role playing*, para que o aluno se coloque em situações que poderá enfrentar como profissional, com o intuito de poder vivenciar e depois refletir sobre a sua ação perante pessoas

enlutadas, ou pacientes com doenças graves. Não se pretende oferecer estágios, nem dar treinamento e formas de ação predeterminadas.

O programa do curso é o que compõe este livro, ou seja, os seus capítulos. Depois desses anos de prática, procurei ouvir as necessidades dos alunos e tenciono introduzir outros temas, que podem ser interessantes, como a questão da morte nas artes, a questão religiosa ou uma experiência de trabalho hospitalar com crianças ou pacientes portadores de aids. Os capítulos são os temas das aulas, onde são usadas as mais diversas estratégias como aulas expositivas, discussões em pequenos grupos, dramatizações, *role-playing*, discussão de filmes, livros e peças de teatro. Concordo com Bleger (1980) que a aprendizagem efetiva envolve o pensar, implicando numa abertura de possibilidades e a necessidade de repensar estereótipos.

Obviamente, este é um curso que demanda envolvimento, lidar com um tema tão complexo, cheio de meandros e carregado de matizes emocionais não autoriza uma indiferença, e as estratégias do curso envolvem uma facilitação para este envolvimento. Por outro lado, acreditamos que um curso se constrói na relação professor-aluno, portanto, os alunos são chamados constantemente para que se engajem com os temas das aulas e com a construção do curso.

Um ponto de angústia é a bibliografia cada vez mais extensa sobre o tema, envolvendo várias abordagens. São diversas ciências que se preocupam com o assunto, além da psicologia, como a antropologia, sociologia, filosofia, teologia, biologia, medicina só para citar algumas. Temos tido acesso a algumas obras, que recomendamos aos alunos, entretanto, o tema é inesgotável. Esta publicação é o resultado de um sonho acalentado de ter um tipo de livro-texto para o curso, que como tal é limitado e simples, mas talvez seja uma tentativa de resposta ao pedido constante dos alunos de uma bibliografia básica.

Outro grande temor dos estudantes relaciona-se com a sua avaliação, Este curso, por razões óbvias, não tem provas, portanto, o primeiro alívio já ocorreu, mas, a angústia permanece porque terão de apresentar um trabalho individual por escrito, cuja simples entrega já gar ante a aprovação. No entanto, a experiência tem demonstrado que mesmo esse pedido liberal acaba sendo extremamente envolvente para os alunos, e é fre-

quente o atraso na sua entrega e a expectativa em relação à avaliação, c que demonstra que é impossível não se envolver com um tema destes.

Os alunos que optam por este curso estão normalmente no 5º período por um dado circunstancial da psicologia da USP, ou seja, são os que têm a disponibilidade de freqüentar o curso. Os alunos dos outros anos já estão sobrecarregados com disciplinas de estágio. E o requisito de terem cursado certas disciplinas impede os alunos dos dois primeiros anos de freqüentarem o curso. Limitamos as vagas em 20, para poder trabalhar mais intensamente com cada aluno.

Os estudantes têm por volta de 19 a 25 anos na sua maioria, embora alunos mais velhos já tenham freqüentado do curso; 80% dos alunos são do sexo feminino e 20% do sexo masculino; 50% se declararam católicos e 70% destes, praticantes; 31% se apresentaram como não-religiosos.

Acredita-se ser esta uma amostra representativa do curso de psicologia de uma forma geral.

Embora seja uma amostra bastante homogênea, apresenta diversas representações de morte entre as quais: morte como perda, morte como fim ou transição, morte como parte da vida, morte como medo, morte como fascínio, morte é sempre a morte do outro, morte como sono ou descanso, sendo estas que apareceram com maior freqüência.

Quanto aos motivos de escolha do curso encontrei:

1. Busca da compreensão da morte: aparece a necessidade de pensar e refletir sobre ela e preponderância da razão sobre a emoção. Pode observar que, para alguns, pensar, estudar teoricamente, pode refletir uma necessidade de distanciamento do confronto pessoal com a morte. Este foi o motivo mais freqüentemente apontado, para configurar a morte como um objeto de estudo.

2. Busca de familiarização com um assunto considerado tabu: aponta-se a necessidade de preencher uma lacuna que o interdito da morte em nossa sociedade provoca, ou seja, debater, discutir esse tema. E apontada a necessidade de resgatar o tema e a possibilidade de encontrar interlocutores para esse diálogo. Procura de um tempo e um espaço legitimados

para discutir a morte no seu curso, pois se ela é um interdito para a sociedade, não pode ser para o psicólogo.

3. Busca de autoconhecimento: este aspecto foi ligado com o fato de se considerar a morte como um "tabu interno". Esse interdito pode levar ao que foi chamado de "pontos cegos", por alguns, aspectos inconscientes, que podem interferir na relação. Não pensar na própria morte foi considerada uma questão importante, para ser aprofundada durante o curso. Em outros relatos foi apontado que só é possível ajudar o outro se houver o autoconhecimento.

4. Busca de instrumentalização de uma práxis: nestes relatos há um pedido explícito de como lidar com pessoas durante a morte, principalmente com o "paciente terminal". E solicitada uma forma mais "adequada, correta e racional" de ação com estas pessoas, pede-se uma orientação mais clínica, e esta solicitação aparece relacionada com a futura prática profissional e também com situações enfrentadas no cotidiano.

E óbvio que pedidos tão diferentes geram também expectativas muito diferentes por parte dos alunos que frequentam o curso. Pelos objetivos apresentados podemos perceber que há uma tentativa de responder às expectativas, certamente não de forma plena para todos.

Segundo os alunos, é importante para o psicólogo conhecer fatos sobre a morte, pois esta faz parte da vida. **A** outra razão apontada é que o psicólogo como ser humano e profissional deve buscar o autoconhecimento, que fundamenta a sua práxis, aliada ao conhecimento de teorias psicológicas. A área de trabalho mais apontada foi a clínica, e fundamentalmente o trabalho com pacientes terminais, refletindo ainda um estereótipo de que o único trabalho possível nesta área seria com estes pacientes.

A avaliação do curso depois de seis anos de trabalho permitiu chegar aos seguintes aspectos positivos:

- a. Contato com questões pessoais, mobilizando o lado emocional em relação a tópicos referentes à questão da morte.
- b. Abriu espaço para um tema pouco debatido.
- c. Proporcionou condições para questionamentos e reflexões.

- d. Ganhou importância para a formação do psicólogo.
- e. A abrangência dos temas possibilitou a abertura de novos caminhos.
- f. As estratégias de aula favoreceram a construção do curso em conjunto.

Como pontos negativos, foram arrolados os seguintes:

- a. O curso teve uma abordagem superficial, sem aprofundamento e conclusões, os assuntos não foram amarrados.
- b. Foi gasto um tempo excessivo com relatos pessoais.
- c. O curso deveria propiciar uma abordagem mais prática, dar mais conhecimentos sobre o trabalho do psicólogo nesta área, oferecendo estágios.

Estes pontos conduziram a reflexões, que estão possibilitando modificações.

Creio que esta experiência poderia ser expandida para outros cursos de psicologia, já que acredito que ela é fundamental para a formação do psicólogo no Brasil. Precisamos de pessoas dispostas a criarem cursos com propostas semelhantes ou até diferentes, mas com o objetivo de sensibilizar, refletir e discutir sobre o tema da morte. Imagino ser possível ampliar este tipo de curso, incluindo outras áreas de saúde como a medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e também os cursos de teologia, com pequenas modificações. Tenho um outro ideal voltando para a formação de grupos interdisciplinares de alunos ou profissionais, abordando os mesmos temas. Estes são os meus projetos futuros.

Quem pode ser o professor deste curso? Qualquer pessoa que queira entrar em contato com as questões pessoais sobre a morte, que tenha um profundo respeito pelo ser humano, desejo de ler e estudar e que possa tolerar ambigüidades.

Esta é parte de minha experiência construída com idéias, planos, propostas, mas também com dúvidas, angústias, medos. Não foi fácil introduzir este tema no currículo, entretanto, para finalizar esta obra coerente com o que expressei na apresentação deste livro, está sendo uma grande experiência de vida, estudar, trabalhar, pensar e escrever sobre a morte. Volto a enfatizar, não como uma característica mórbida, e sim como uma signifi-

ficção para a vida. Alguns poderão levantar as sobrancelhas e pensar: será uma forma de negar a morte? Quem sabe?!

Referências Bibliográficas

- BENOLIEL, J. Q. - Nursing care of the terminal patient. A psychosocial approach. In: SCHOENBERG, B. (ED) - *Psychosocial aspects of terminal care*. New York, Columbia University Press, 1972.
- BELL, B. D. - The experimental manipulation of death attitudes. A preliminary investigation. *Omega*, 1975 6 (3):199-205.
- BLOOM, S. - On teaching an undergraduate course on death and dying. *Omega*, 1975 6 (3): 223-226.
- BLUESTEIN, V. - Death related experiences, attitudes and feelings reported by thanatology students and a national sample. *Omega*, 1975 6 (3): 207-218.
- BOEMER, M. R. - *A morte e o morrer*. São Paulo, Cortez, 1986.
- BRIM, O. - *The dying patient*. New York, Russell Sage Foundation, 1970.
- BYINGTON, C. - Aspectos arquetípicos do suicídio. *Boletim de Psiquiatria*. 1979, vol. 12 (1-4): 13-32.
- CAMON, V. A. A. - *Psicologia Hospitalar. Atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo, Traço, 1984.
- CLARKE, E. - Exploration of countertransference toward the dying. *Journal of Orthopsychiatry*, 1981, 51 (1).
- CONCONE, M. H. - O vestibular de anatomia. In: MARTINS, J. S. (Ed) *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo, Hucitec, 1983.
- COOK, A.S.; OLTEJBRUN, K.A.; LANGONI, L. -The "ripple effect of a university sponsored death and dying symposium. *Omega*, 1984 15, (2): 26-33.
- DOKA, J. K. - Recent bereavement and registration for a death student course. *Omega*, 1981, 12 (1): 51-60.
- Profissionais de saúde diante da morte
- FEIFEL, H. - Physician's consider death. *Proceedings of 75th Annual Convention*, APA, 1967.
- HAGGLUND, T. B. - The dying process. *International Journal of Psychoanalysis*, 1988, 62 (1): 45-49.
- HATO, M. - *Projeto de lei número 3109*, 1984.
- KASTENBAUM, R.; COSTA, P. T. -Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*, 1977, 28: 225-248.
- KOVACS, M. J. - *Um estudo sobre o medo da morte em estudantes universitários das áreas de saúde, humanas e exatas*. São Paulo, Dissertação de mestrado, IPUSP, 1985.
- KOVACS, M. J. *A questão da morte e a formação do psicólogo*. São Paulo, Tese de doutorado, IPUSP, 1989.
- KOVACS, M. J. - Pensando a morte e a formação do psicólogo. In: CASSORLA, R. M. S. - *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas, Papirus, 1991.
- LEVITON, D. - Education for death. Or death becomes less a stranger. *Omega*, 1975, 6 (3): 183-191.
- LEVITON, D. - Death education. In: FEIFEL, H. - *New meanings of death*. New York, McGraw-Hill, 1977.
- TORRES, W. C.; GUEDES, W. G.; TORRES, R. C. - *Psicologia e morte*. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1983.
- TORRES, W. C.; GUEDES, W. G. - O psicólogo e a terminalidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, abril- junho 1987, 39 (2): 29-38.
- WHELAN, W. M.; WARREN, W. M. -Death awareness workshop, theory, application and results. *Omega*, 1980/1981, 1: 61-71.
- ZIEGLER, J. - *Os vivos e a morte*. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

Liv. Casa de Psicologia
N. E. 953
Data: 150296
Rece\$z. L
Tombamento: 18515

Impresso na **Gird**...
03043 Rua Marfim Burchard, 246
Brás - São Paulo - SP
Fone: (011) 270-4388 (PABX)
com filmes fornecidos pelo Editor.