

## MORALIZAÇÃO DO SUICÍDIO?

PEDRO CATTAPAN

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor Adjunto do curso de psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF-PURO), psicanalista membro do EBEP.

Contatos: [pedrocattapan@hotmail.com](mailto:pedrocattapan@hotmail.com)  
[pedrocattapan@ig.com.br](mailto:pedrocattapan@ig.com.br)

## MORALIZAÇÃO DO SUICÍDIO?

Pedro Cattapan

**RESUMO:** Este artigo busca criticar a proposta de criação de uma rede de controle de depressivos com fins de prevenir a sociedade do risco dos suicídios. Para tanto, é buscada a posição ético-teórica de dois campos: A psicanálise e a obra de Michel Foucault. O artigo defende que se abandone uma abordagem moral calcada numa perspectiva patologizante e biopolítica da depressão em prol de um reconhecimento da legitimidade da liberdade do sujeito de optar por viver ou morrer. É apenas reconhecendo a morte como parte integrante da experiência da vida que o sujeito é capaz de abandonar duas posições intolerantes: a do suicida, que não tolera sua existência e a do defensor de uma sociedade biopolítica que também não tolera a existência do suicídio.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão, suicídio, psicanálise freudiana, biopolítica.

## MORALIZATION OF SUICIDE?

**ABSTRACT:** This article tries to criticize the proposal of the creation of a depressives' control network that aims to prevent society from the risks of suicides. To accomplish this proposal, this article takes the ethical-theoretical position of two fields: Psychoanalysis and the work of Michel Foucault. The article defends the abandon of a moral and biopolitical perspective of depression in favor of recognition of the legitimacy of the subject's freedom to choose to live or die. The subject is only capable of abandoning two intolerant positions (the suicidal one, which doesn't tolerate its existence and the defender of a biopolitical society one, which also doesn't tolerate the existence of suicide) when he recognizes death as part of life's experience.

**KEYWORDS:** Depression, suicide, freudian psychoanalysis, biopolitics.

## INTRODUÇÃO

Este artigo foi construído como uma tentativa de problematizar algumas idéias desenvolvidas num outro artigo, este publicado no Jornal *O Globo*, no dia treze de novembro do ano de 2009. O

artigo se chama *O complexo de Agar* e foi escrito pelo sociólogo e pesquisador do IES-UERJ Gláucio Ary Dillon Soares.

Ali, o autor se propôs a mostrar como a depressão é uma doença que em muitos casos leva ao suicídio; em seguida argumentou em prol da criação de uma rede de controle dos deprimidos para impedir que se suicidem. Como autor cuja orientação teórica é a psicanalítica, percebo uma grande diferença entre a abordagem psicanalítica do problema da depressão (e do suicídio) da proposta de Soares. Entendo ser importante marcar esta diferença e mostrar que este problema pode ser trabalhado de forma diferente.

Reproduzo a seguir um trecho do artigo de Soares para que se explicita seu estilo e seu objetivo:

A construção de uma rede de proteção para detectar e tratar casos de depressão e bipolaridade pode ser um dos procedimentos mais difíceis e necessários para tratar com esses problemas na população. Se os pacientes não buscam o tratamento, é importante que o tratamento busque o paciente (SOARES, 2009, p. 7).

Proponho que utilizemos este artigo como exemplo extremo de uma forma de pensar a depressão e o suicídio que pode ser sintetizada na seguinte frase: “Temos de controlar a população de deprimidos para que não ocorram mais suicídios”. É preciso que tentemos nos afastar um pouco da naturalidade com que se pode escutar isto; meu objetivo neste artigo é problematizar tal forma de pensar e agir.

Para tanto, entendo ser uma boa estratégia buscar encontrar as raízes, os determinantes desta forma de pensar e criticá-los a partir do ponto de vista psicanalítico e também das contribuições de Michel Foucault sobre o tema, que, como se verá no desenvolvimento do artigo, são fundamentais para uma melhor compreensão do problema.

## **AS CONDIÇÕES DO CONTROLE**

Ora, para que a forma de pensar acima referida seja possível, parecem ser necessárias algumas condições:

Em primeiro lugar, a concepção de depressão como doença.

Ver na depressão uma doença não é uma obviedade. Já houve tempos em que não era assim - a depressão e/ou a melancolia era vista como um estado da alma que não necessariamente era patológico. A filósofa Hélène Prigent mostra, por exemplo, como em 1510,

no Renascimento, Agrippa de Nettesheim, um protocientista e alquimista alemão, associou a melancolia à mente criativa, ao gênio, o que aparece com clareza na gravura de Albrecht Dürer “Melancholia I” e na tela de Lucas Cranach, o velho, “Melancholia” e também nas biografias dos mestres do Renascimento italiano escritas por Giorgio Vasari (Prigent, 2005).

Somente com o desenvolvimento da racionalização da vida humana empreendida desde a segunda metade do século XVII é que a melancolia (ou depressão) será incluída no conjunto de estados mentais chamados loucura, por sua vez entendida como desrazão e, em seguida, encaminhada à psiquiatria (FOUCAULT, 1961). Mesmo durante e após este processo não cessaram de emergir outras visões sobre a depressão e o suicídio. Não pretendo me alongar sobre este ponto, mas vale lembrar a intervenção social causada pelo livro do jovem poeta alemão Johann Wolfgang Goethe *Os sofrimentos do jovem Werther* (GOETHE, 1774). O protagonista deste romance deprime e termina por suicidar-se. O suicídio, no entanto, nesta obra, é estetizado, é tratado como uma ação que torna esta história interessante, dando-lhe um sentido, tem um quê de heróico. O efeito desta obra foi imediato: nos países de língua alemã viu-se algo inédito – uma ‘epidemia’ de suicídios de jovens leitores identificados a Werther. O suicídio era experimentado ali, e na época romântica que seguiu tal publicação, como algo que dava um lugar, um sentido especial a uma existência.

Em segundo lugar: a própria idéia de doença parece, no artigo de Soares, ser compreendida como algo que se acopla ao corpo e ao sujeito, não é da mesma essência deles, mas é algo de estrangeiro que parasita este corpo e este sujeito. Esta concepção está pressuposta na idéia de que o tratamento deve ir atrás do doente caso este não procure aquele.

Parece que o que se delinea sub-repticiamente aqui é que esta suposta doença, a depressão, nubla, turva a visão clara dos fatos, da realidade e de si mesmo, fazendo com que alguém faça algo de atroz – se matar -, coisa que não faria em plena saúde mental. Aqui já encontro um grande distanciamento das concepções psicanalíticas seja de doença, seja de sujeito, seja de depressão. No campo psicanalítico, já desde Freud, as fronteiras entre o normal e o patológico são tornadas difíceis de serem delineadas. Todo funcionamento normal descoberto por Freud, foi antes visto de modo acentuado na patologia. Seja o recalçamento – antes descoberto na histeria (BREUER & FREUD, 1895d [1893-1895]; FREUD, 1915d) -, seja o narcisismo – antes visto em sua exuberância na psicose (FREUD, 1911c; FREUD, 1914c), seja a pulsão de morte - antes evidenciada nas neuroses traumáticas (FREUD, 1920g). Por isso mesmo, Freud costumará a considerar o fator econômico – a questão das quantidades pulsionais - como decisivo para o surgimento ou não de uma psicopatologia, uma vez que a tópica e a dinâmica psíquica não diferem entre os ditos normais e os doentes (p.ex. em FREUD, 1937c).

No que se refere à concepção psicanalítica de sujeito, precisamos recorrer a Lacan, uma vez que o sujeito não é um tema freudiano, pelo menos não explicitamente. Tomemos Lacan em um de seus momentos mais radicais: No seminário *O sintoma* (LACAN, 1975-1976). Neste momento tardio de sua obra, o psicanalista francês propõe que é exatamente o sintoma o que garante o sujeito. Dito de outro modo, ali onde há sintoma, é ali mesmo em que está o sujeito. Sujeito e sintoma são, nesta perspectiva, indissociáveis. No apagamento de um, apaga-se o outro. Há aqui uma positivação do sintoma como singularidade subjetiva.

Ora, o sujeito é, portanto, indissociável da doença. A psicanálise não autoriza aquela concepção de doença como algo que se acopla ao sujeito, desresponsabilizando-o. Ao contrário, o sujeito deve se responsabilizar por seu sintoma, deve se responsabilizar por si.

E a concepção psicanalítica de depressão também se afasta de uma compreensão unicamente negativa da mesma. Propositadamente, acompanharei aqui a reflexão de outros dois autores, Pierre Fédida e Melanie Klein, cujos desenvolvimentos teóricos são distintos de Freud, de Lacan, bem como um do outro. Minha intenção é demonstrar que, na variedade teórico-clínica de algumas linhas psicanalíticas, ainda assim, podemos encontrar certa convergência quanto aos temas aqui colocados, o que parece demonstrar certa posição ética da psicanálise.

Em *Dos benefícios da depressão* (2001), por exemplo, Pierre Fédida, inspirado pelo movimento freudiano acima citado – aquele da descoberta de um funcionamento psíquico na patologia para depois encontrá-lo na normalidade –, o faz exatamente com o que se costuma chamar em psicanálise de melancolia. Na verdade, ele não distingue depressão de melancolia a não ser pelo fato de a segunda ser uma radicalização da primeira, posição, aliás, semelhante à de Freud (FREUD, 1917e [1915]; 1926d [1925]). Para Fédida, a condição depressiva é uma radicalização da nossa própria condição humana. O autor nos lembra que apenas desejamos, fantasiemos, temos uma vida psíquica – pobre ou rica, pouco importa –, mas temos uma vida psíquica exatamente porque não conseguimos elaborar, realizar o luto primordial, do seio materno, estamos assombrados por aquele objeto – e é por isso que criamos fantasias, sintomas, enfim: vida.

É claro que Fédida não quer dizer que somos todos melancólicos no sentido patológico do termo – do mesmo modo Freud não quis dizer que nós todos somos psicóticos porque somos narcisistas. O que Fédida busca enfatizar é o fato de todos termos sofrido um trauma constitutivo de nossa subjetividade – o trauma da perda do seio materno que era, num momento precoce, experimentado como uma perda de parte de nós mesmos; e o próprio movimento do desejo, eternamente buscando reencontrar o objeto perdido, é um sinal de que a elaboração daquela perda não se fez completamente.

Num desenvolvimento diferente, Melanie Klein (1952a, 1952b, 1952c), já destacava a importância do que chamou de posição depressiva para o desenvolvimento do sujeito. Klein tentou demonstrar que quando a pequena criança percebe que o objeto de seu amor (a mãe) e de seu ódio é o mesmo, ela gradativamente tende a inibir suas tendências agressivas em direção à mãe para preservá-la da destruição fantasiada do objeto. Desenvolve assim tanto um sentimento de culpa quanto o movimento de reparação de seus atos e/ou desejos destrutivos, que se expandirão na capacidade de dar algo, acrescentar algo, ser criativo. Ora, Klein nomeia tal momento do desenvolvimento de posição **depressiva** porque percebe, de fato, comportamentos e fantasias depressivas da criança que passa a voltar sua agressividade contra si mesma e inibe suas ações. Não se trata da patologia depressão, mas de uma capacidade depressiva que, justamente, protege da depressão.

O desenvolvimento dos raciocínios de Klein e de Fédida, por vias diferentes, leva, portanto, à conclusão de que a experiência depressiva é importante para uma vida criativa, até mesmo para proteger o sujeito de uma depressão mais severa e mortificante.

Como se percebe, para a psicanálise, normal e anormal não são distinções nítidas, sujeito e sintoma são indissociáveis e depressão e vida psíquica não são tão opostas quanto parece. Nesta perspectiva, não é mais possível dizer que alguém se suicida necessariamente porque é doente, nem que o apagamento dos sintomas depressivos (p.e. através de psicofármacos, como aparece no artigo *A síndrome de Agar*) será benéfico para o sujeito e nem que será importante para salvarmos sua vida.

Assim, chegamos a uma outra condição da posição defendida pelo artigo com que discuto – à terceira condição, portanto. Parece que o que a psicanálise chama de vida não é a mesma coisa que a vida defendida por uma posição que necessariamente patologiza e é intolerante ao suicídio.

A partir do referencial psicanalítico pode-se conceber o quadro depressivo como uma defesa da vida daquele sujeito. É exatamente o que propõe, por exemplo, outro importante autor, Donald Winnicott, a respeito do que chama de **Falso Self** (WINNICOTT, 1964), quadro clínico de grande parentesco com a melancolia. Para Winnicott, um **Falso Self** se forma exatamente como defesa que impede um **Verdadeiro Self** de se manifestar, mas, ao mesmo tempo, o preserva tal como uma máscara preserva um rosto. Monta-se um modo desprovido do sentimento de ‘sentir-se existindo’ de responder às exigências do mundo externo, monta-se uma existência mortificada, anulada, mas que, mesmo assim, preserva-se como existência que se coloca razoavelmente afastada da necessidade da confiança na realização dos próprios desejos, ilusão necessária a uma vida que tolere a eventual frustração daqueles.

Pode-se conceber também que alguém pode se matar ou deixar-se morrer não por conta de um apagamento da clareza das coisas causado por esta intrusa, a doença, mas como uma via

possível para seu desejo se realizar, como uma posição possível do sujeito para não se apagar, como pode ser lido na análise lacaniana da Antígona de Sófocles (LACAN, 1959-1960).

No entanto, há uma outra significação possível para vida que não permite este posicionamento e, creio eu, é ela que está na base desta repulsa à depressão e ao suicídio.

## BIOPOLÍTICA OU LIBERDADE

Cito outro trecho do artigo de Soares:

O suicídio não é a única consequência negativa e mensurável da bipolaridade: mulheres bipolares perdem, na média, nove anos na expectativa de vida, doze anos de saúde normal e quatorze anos de produtividade, incluindo não apenas as grandes crises, mas as minicrises e depressões do cotidiano (SOARES, 2009, p. 7)

Pois bem, a vida aqui é algo quantificável, mensurável a partir de três pontos interligados: 1) longevidade, 2) saúde e 3) produtividade. E vale ressaltar, a grande depressão leva ao suicídio, mas as “depressões do cotidiano”, nas palavras do autor, também trazem uma espécie de morte: seja por conta de uma vida mais curta, de uma má saúde ou de uma falta de produtividade.

Quando fala em falta de produtividade, não sabemos exatamente o que o autor quer dizer, pois ele pára por aí. No entanto, pelo conjunto do artigo e pela tentativa de criar uma rede de controle da população para que não ocorram suicídios, o termo produtividade parece estar ligado aos interesses que a população, a sociedade, pode vir a ter no indivíduo. Ele deve ser produtivo, útil, para que a sociedade o considere incluído, normal, parte dela que a potencializa ao invés de trabalhar contra ela.

Michel Foucault desenvolveu alguns trabalhos interessantes sobre a fabricação do indivíduo útil, dócil e normal (FOUCAULT, 1974-1975; 1975) bem como sobre toda a tecnologia desenvolvida na Idade Moderna para a produção de vida – uma vida que seja, é claro, útil, dócil e normal (id.,1976). É aqui que o nosso referencial teórico psicanalítico precisa aliar-se ao pensamento de Michel Foucault, mesmo consciente da posição crítica deste autor também quanto ao papel de certo emprego da psicanálise para a construção deste mesmo indivíduo útil, dócil e normal (id., 1961; 1973-1974; 1976).

É numa lógica de intervenção social que visa à produção da utilidade, da docilidade e da normalidade que parece ser possível temer tanto um suicida quanto um homicida através de argumentos científicos. Afinal, Soares lembra: um suicida não destrói apenas a si mesmo, mas o

mal que causa aos entes queridos é terrível e pode desencadear neles uma depressão. O que quer dizer: o deprimido que se suicida é perigoso, pois além de ser uma vida desperdiçada, poderá tornar outros inúteis e improdutivos, ao torná-los deprimidos; e se eles se tornarem deprimidos, podem se matar e continuar o ciclo vicioso.

É por conta deste perigo social que é percebido no deprimido – e ainda mais no suicida – que a posição de Gláucio Ary Dillon Soares não aceitaria uma contra-argumentação do tipo: “Se o indivíduo quer se matar é problema dele, porque tenho de me ocupar com isso? Eu quero viver a **minha** vida, ele viva (ou não) a dele como ele quiser”. Portanto uma argumentação em prol da liberdade, da valorização da multiplicidade de estilos de vida e de morte não parece estabelecer qualquer ponto de encaixe, de encontro com uma vontade de ordem social pautada num mandamento: Devemos ter uma vida normalizada.

O que está em pauta aqui é o que Foucault chamou de uma **biopolítica** (FOUCAULT, 1975-1976; 1976). Trata-se de uma injunção social a produzir, a maximizar a produção (de bens, riquezas e principalmente da própria vida humana como bem, riqueza), tanto no nível dos indivíduos através do disciplinamento e correção quanto num nível populacional. É preciso que tenhamos saúde, que sejamos dóceis e obedientes para nos tornarmos fortes, inteligentes, hábeis, para, enfim, nos especializarmos, nos tornarmos capazes de desempenhar uma função, um papel e, assim, seremos úteis. A depressão e o suicídio são, deste modo, pontos de resistência ao biopoder – resistência que não precisa ser consciente, voluntária nem sequer eficaz. A resistência é efeito do poder, algo que não se submete a ele pelas mais variadas razões e desrazões. E é como resistência que devemos compreender estas práticas de incentivo e auxílio ao suicida em potencial a passar ao ato, como aconteceu com o rapaz Vinicius que se matou por asfixia no dia 26 de julho de 2006 através de auxílio via internet (BRUM, AZEVEDO & LEAL, 2008). No entanto, são modos de resistir que não parecem conseguir – até então – transformar a sociedade biopolítica; apresentam-se apenas como limites do biopoder, destroem indivíduos e nada mais – na melhor das hipóteses. Na pior delas, poderíamos dizer que servem para alguns sádicos e voyeurs a gozar, pela internet, com a morte do outro.

Mas, voltemos para aquilo que Soares chama de “depressões do cotidiano” e afastemo-nos destas práticas raras. Mesmo que se proliferem na internet, ainda assim, são raras frente à depressão do cotidiano. A depressão banal, quotidiana já é o bastante para fazer o deprimido ser tomado como anormal em nossa sociedade. Ela já é algo de difícil digestão tanto para o indivíduo deprimido, quanto para outros que não estão deprimidos. A depressão é interpretada pelo social, hoje, como uma grande evidência de falta de adaptação, de anormalidade, de doença, um mal.

Em *Entre o amor e os estados de paixão: conversa com Werner Schroter* (FOUCAULT, 1981), Foucault sinaliza tanto o controle social sobre o suicídio através do mal causado a outrem como através da associação do suicídio a uma doença:

Uma das coisas que me preocupam há certo tempo é que me dou conta do quanto é difícil se suicidar. Refletem e enumeram o pequeno número de meios de suicídios que temos à nossa disposição. Cada um mais desgostoso que os outros: o gás, que é perigoso para o vizinho, o enforcamento que é tão desagradável para a faxineira que descobre o corpo na manhã seguinte, atirar-se pela janela, que suja a calçada. Além do mais, o suicídio é, certamente, considerado da maneira mais negativa pela sociedade. Não somente se diz que não é bom se suicidar, mas se considera que se alguém se suicida é porque estava muito mal (FOUCAULT, 1981, p. 7).

## SUICÍDIO E BELEZA

Na mesma conversa com Werner Schroter, Foucault, de forma provocadora, chega a dizer: “Sou partidário de um verdadeiro combate cultural para re-ensinar às pessoas de que não há uma conduta que seja mais bela, que, por conseguinte, mereça ser refletida com tanta atenção, quanto o suicídio” (id., *ibid.*, p. 7-8).

Esta provocação de Foucault nos põe diante da seguinte questão: o que quer dizer isso – uma conduta bela? Me valerei de Freud para discutir o tema da beleza e sua relação com a melancolia – e, talvez, com o suicídio. Estou falando de seu pequeno grande artigo intitulado *Sobre a transitoriedade*, de 1916. Ali, Freud apresenta três posições diferentes diante da constatação de que toda beleza é decadente, de que toda ela é breve, de que o que consideramos como precioso e valioso morre. A primeira, representada no artigo pela posição de um poeta, é ‘pessimista’: o que é considerado o Belo não pode ser fruído justamente porque é transitório, não vale a pena investir nos objetos, entre eles o eu narcísico. Trata-se de uma posição melancólica diante dos objetos do mundo.

Outra posição possível diante da efemeridade da beleza é uma espécie de denegação. A beleza tende a passar, mas é possível intervir, fazer algo para ela durar, persistir – ser eterna. Segundo Freud, esta posição busca realizar nossos desejos à revelia do princípio de realidade. Esta ação desesperada, maníaca, por tornar possível a duração *ad infinitum* da beleza aparece como uma defesa muito pouco eficaz contra a situação melancólica do “nada vale a pena”. As duas posições podem oscilar numa bipolaridade “ou tudo ou nada”.

Um sistema de controle e impedimento do suicídio e uma tentativa de silenciar a depressão através de medicamentos parecem funcionar dentro desta lógica do “ou tudo ou nada”: nenhum suicídio deve acontecer para que seja possível ver beleza, saúde, a realização deste ideal de domínio moral e estético das condutas. Foucault realça a beleza do suicídio, tentando acertar o calcanhar de Aquiles de uma cultura que quer ser bela a qualquer custo. É como se ele dissesse: “Se um dos ideais desta cultura é tornar-se bela, devemos pensar na beleza do suicídio – tão valorada pelos românticos -, mas como nossa sociedade é biopolítica, ela não pode mais aceitar isto, ao contrário, escuta esta frase como afronta”.

Segundo alguns psicanalistas como os já citados Fédida (op. cit.) e Lambotte (op. cit.) e ainda também Jeanneau (1980), o melancólico ou deprimido idealiza um objeto, belo, perfeito, garantia de todo prazer possível, e se identifica à falta, à perda deste objeto. Sofre porque está marcado negativamente pelo objeto belo, porque está marcado por sua ausência indelével. A saída maníaca, mas, em alguns casos, também o suicídio, são exatamente tentativas radicais de poder se ligar ao Belo não mais pelo distanciamento, mas pela aproximação.

Foucault abre espaço para que seja pontuado, assim, algo importante: O suicida está tão marcado pelo ideal do Belo tanto quanto aquele que quer controlá-lo, dominá-lo, impedi-lo de se matar. O segundo é pautado pela biopolítica – e vê beleza e valor na vida física, orgânica; o primeiro é um herdeiro dos românticos e sua tentativa desesperada de viver, mas não de viver organicamente – e sim de sentir-se vivo -, que paradoxalmente se expressa na morte. Pensemos no poeta alemão Novalis, um expoente do romantismo (NOVALIS, 1798). Era apaixonado pela esposa e expressava isso em sua obra, com o falecimento dela escrevia sobre como almejava morrer para ir ao encontro dela e, ao mesmo tempo, ao encontro com o Absoluto. E morreu logo em seguida.

Mas voltemos para *Sobre a transitoriedade* (FREUD, 1916a [1915]).

Freud indica uma terceira posição diante da fugacidade da beleza. O mestre vienense afirma: é isso que a torna tão valiosa - exatamente sua fugacidade. Se ela fosse eterna, não seria tão desejada e nem tão fruída. É a constante presença da morte, é porque tudo e todos nós estamos morrendo o tempo todo, que devemos aproveitar a vida, investir nos objetos enquanto eles podem nos dar prazer. A raridade da beleza a faz mais valiosa. Freud se distancia de um ideal de Belo puro, intocável, eterno e passa a valorizar o prazer possível com os objetos encontráveis no mundo.

Estamos o tempo todo fazendo lutos, perdendo objetos, reinvestindo outros, lidando e lutando com a morte. A morte faz parte da vida. Não é possível realizar uma sociedade em que não se morra e em que não nos movamos para a morte, em que não nos arrisquemos nesta luta com a morte – é isso o que dá sabor ao viver. Que alguns, nesta luta entre vida e morte,

experimentem a vitória da morte parece ser tão perigoso quanto o caso de outros que vejam a vitória da vida. Os primeiros se expressam na depressão e no suicídio, os outros se expressam numa sociedade que luta para que não haja possibilidade de morte – seja no campo da medicina preventiva, na invenção de tecnologias que mantêm um corpo vivendo por aparelhos, nas promessas da pesquisa genética, e também num sistema de controle e prevenção de suicídios.

Nas duas situações o que se perde é a liberdade, a capacidade do sujeito se transformar: ela só é possível na manutenção do conflito entre nossas pulsões de vida e de morte (FREUD, 1937c).

## CONCLUSÃO

Vê-se que esta posição estética de Freud é também uma posição ética avessa a qualquer tentativa de totalização. Lembremos o quanto Freud insistiu que mesmo a psicanálise não é uma *Weltanschauung* (FREUD, 1933 [1932]). Foi exatamente por este motivo que busquei o posicionamento de psicanalistas que pensam e trabalham de modos diferentes, mas parecem convergir para uma posição ética mais comprometida com a liberdade do sujeito do que com o controle da vida.

Pois bem, é exatamente uma discussão ética o que temos travado aqui, com implicações estéticas e políticas como tentei pontuar. A ética da vida a qualquer custo, mesmo ao custo de mortificá-la, como pontua Birman (2006), é algo que vigora na biopolítica. Mas não é a única ética condenatória do suicídio. Aliás, Gláucio Ary Dillon Soares se vale de argumentações distantes dos campos médico e sociológico para sustentar a sua de que precisamos de uma rede de proteção do suicida potencial. Cito mais um pequenino trecho de seu artigo: “Mesmo sendo católico, atendo serviços religiosos em diferentes denominações e sonho com o dia em que todas as igrejas do bem trabalhem juntas pelo bem” (SOARES, 2009, p.7).

Em seguida, o autor nos explica que a Igreja católica compreende o suicídio tão terrível como um homicídio. Sem dúvida, a ética cristã também condena o suicídio. Deus nos deu a vida e só Ele pode tirá-la. Suicidar-se é crime contra a vontade deste soberano. Seja, portanto, na lógica do poder soberano do cristianismo, seja na lógica do biopoder moderno, o autor encontra argumentos condenatórios ao suicídio.

Mas quero frisar esta sua frase: “sonho como o dia em que todas as igrejas do bem trabalhem juntas pelo bem”. Me pergunto quais seriam as igrejas do mal. Me pergunto também o que seria este bem, e para quem. Não seria mais interessante, não seria um maior reconhecimento das múltiplas formas de ser sujeito, de estilo e modo de vida e,

conseqüentemente, de morte, se ao invés de nos pautarmos no “ou tudo ou nada” maníaco-melancólicos, no ou Belo ou rejeitável, no ou Bem ou Mal, pensássemos em manter o conflito destas forças, suas contaminações, suas intrusões, suas oscilações?

Parafraseando Nietzsche (1886), não seria preferível abordarmos estas questões morais, estéticas e políticas além do bem e do mal?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIRMAN, J. (2006) **Arquivos do mal-estar e da resistência**, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

BREUER, J. & FREUD, S. (1895d [1893-95]) **Estudos sobre a histeria**, v. II da ESBOPCSF, Rio de Janeiro, Imago, 1996.

BRUM, E.; AZEVEDO, S. & LEAL, R. *Suicídio.com*. **Época**. Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2008. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG81603-6014-508,00.html>>.

FÉDIDA, P. (2001) **Dos benefícios da depressão**: elogio da psicoterapia, São Paulo, Escuta, 2002.

FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1996.

(1911c) Nota psicanalítica sobre um relato auto-biográfico de um caso de paranóia (dementias paranoides), v.XII.

(1914c) Sobre o narcisismo: uma introdução, v. XIV.

(1915d) Repressão, v. XIV.

(1916a [1915]) Sobre a transitoriedade, v. XIV.

(1917e [1915]) Luto e melancolia, v. XIV.

(1920g) Além do princípio do prazer, v. XVIII.

(1926d [1925]) Inibições, sintomas e ansiedade, v. XX.

(1933 [1932]) *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*: conferência XXXV – a questão de uma *Weltanschauung*, v. XXII.

(1937c) Análise terminável e interminável, v. XXIII.

FOUCAULT, M. (1961) **História da loucura**, São Paulo, Perspectiva, 2002.

\_\_\_\_\_. (1973-1974) **O poder psiquiátrico**, São Paulo, Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. (1974-1975) **Os anormais**, São Paulo, Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. (1975) **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões, Petrópolis, Vozes, 2004.

- \_\_\_\_\_. (1975-1976) **Em defesa da sociedade**, São Paulo, Martins Fontes, 2005.
- \_\_\_\_\_. (1976) **História da sexualidade 1: a vontade de saber**, São Paulo, Graal, 2003.
- \_\_\_\_\_. (1981) **Entre o amor e os estados de paixão: conversa com Werner Schroeter**, Paris, Goethe Institute, pp. 39-47, 1982. Traduzido por Wanderson Flor do Nascimento. Em: [www.filoesco.unb.br/foucault](http://www.filoesco.unb.br/foucault).
- GOETHE, J. W. (1774) **Os sofrimentos do jovem Werther**, Porto Alegre, L&PM, 2011.
- JEANNEAU, A. (1980) **La cyclothymie: étude psychanalytique**, Paris, Payot.
- KLEIN, M. (1952a) Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional dos bebês. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S. & RIVIERE, J. **Os progressos da psicanálise**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 216-255, 1982.
- \_\_\_\_\_. (1952b) Sobre a observação do comportamento dos bebês. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S. & RIVIERE, J. **Os progressos da psicanálise**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 256-289, 1982.
- \_\_\_\_\_. (1952c) Sobre a teoria de ansiedade e culpa. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S. & RIVIERE, J. **Os progressos da psicanálise**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 290-312, 1982.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise (1959-1960)**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.
- \_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 23: o sinthoma (1975-1976)**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2007.
- LAMBOTTE, M.-C. (2001) La souffrance mélancolique. *Confrontations psychiatriques*, Paris, n. 42, p. 91-101.
- NIETZSCHE, F. (1886) **Além do bem e do mal**, São Paulo, Companhia das Letras, 1992.
- NOVALIS (1798) **Le monde doit être romantisé**, Paris, Allia, 2002.
- PRIGENT, H. (2005) **Mélancolie: lês métamorphoses de La dépression**, Paris, Gallimard.
- SOARES, G. A. D. O complexo de Agar. **O Globo**, Rio de Janeiro, 13 de novembro de 2009. Opinião, p.7.
- WINNICOTT, D. W. (1964) O conceito de falso self, in **Tudo começa em casa**, São Paulo, Martins Fontes, 1999.