Anatomia do suicídio

EDITH RAMOS *

1. Introdução; 2. Abordagem sociológica; 3. Abordagem psicanalítica; 4. Abordagem psicológica; 5. abordagem psicossociológica; 6. Abordagem etnográfica; 7. Suicídio *versus* tentativa; 8. A suicidologia em ação.

1. Introdução

A cada minuto uma pessoa tenta suicidar-se nos Estados Unidos. Diariamente 60 ou 70 suicídios são registrados. Em muitos casos, poderiam ser evitados, se nos convencêssemos de que o suicídio é mais freqüente que o homicídio, e seus prenúncios muito mais fáceis de captar. Outras formas de morte são mais difíceis de evitar e, entretanto, sérias campanhas são empreendidas para combatê-las. O suicídio continua sendo um tabu: quase nenhuma discusão científica sobre ele, muito poucas pesquisas relevantes para explicá-lo. Foi o que disse Menninger, no preâmbulo para o livro *Clues to suicide,* de Shneidman e Farberow (37), pesquisadores que em seus estudos contínuos do fenômeno tentam, a todo o transe, descobrir alguns sinais de perigo que os ajudem a prevenir o suicídio.

Por que tantas pessoas são levadas ao desespero? Quem são? Como são? Que se pode fazer para salvá-las? Estas e outras perguntas constituem um desafio para que se faça a anatomia do suicídio, na ânsia de compre-

* Do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

ender esse fenômeno. Ao nos propormos tal tema, temos em mira o objetivo modesto de divulgar alguns trabalhos que constituem verdadeiros marcos na literatura do suicídio.

Os dados estatísticos, seja qual for o país em que esses se processem, são elucidativos, quanto ao perigo que o fenômeno representa, porém não cobrem o problema em toda sua extensão, já que, muitas vezes, o suicídio é camuflado de tal forma que passa por acidente. Muitos e muitos acidentes de automóvel, especialmente em estradas, nada mais são que suicídios camuflados. Além disso, há os que se revestem do caráter que Menninger (31) denominou "suicídio crônico ou parcial", como ocorre na autodestruição progressiva, que pode ser exemplificada pelo alcoolismo crônico, causador, freqüentemente, de cirrose do fígado. Em São Francisco (Califórnia), 1/5 das causas de óbito é devido à cirrose do fígado e 1/8 das mesmas é representado pelo suicídio. Quando se trata de tentativa, com efeito letal tardio, semanas ou meses depois, a morte não é registrada como suicídio. O inverso pode ocorrer, quando uma pessoa, ao deitar-se, ingere uma superdose de tranqüilizantes, sem nenhuma intenção de morrer, mas apenas para desfrutar um bom repouso, e adormece para não mais despertar. Outro exemplo de suicídio crônico ou parcial pode ser representado pela dependência de drogas, que transforma em mortos-vivos os seus dependentes.

O tópico que ocupará nossa atenção possui inúmeras facetas; por isso mesmo, é preciso que o contemplemos de vários ângulos, o que nos impõe diferentes abordagens.

2. Abordagem sociológica

É indubitável que o trabalho de Durkheim (11) tem servido de bússola para orientar as investigações sociológicas de quantos se aventurem a navegar nesse *mar de intranqüilidade,* que é o tema do suicídio. Durkheim se enquadra dentro do ponto de vista de que o todo é muito mais que a soma de suas partes. Isso desviou o seu interesse do indivíduo para as forças da sociedade que o afetam, o que o levou a comparar o homem às marés, que estão à mercê da lua.

Inequivocamente, os livros de Durkheim (11), Halbwachs (16), Cavan (9), Menninger (31,32), Dublin e Bunzel (10), são verdadeiros marcos. Halbwachs, discípulo de Durkheim, empreendeu uma larga investigação estatística que corroborou uma grande parte das formulações teóricas de Durkheim. Talvez não seja temeridade afirmar que todos os estudos que lidam com o tópico que ocupa nossa atenção deram guarida às três categorias de suicídio propostas por Durkheim: "egoísta", "altruísta" e "anominal'". O suicídio egoísta resulta da inabilidade do indivíduo em se integrar à sociedade. Usando a religião, os padrões familiais e os grupos políticos como sustentáculos de sua teoria, concluiu Durkheim que nos países católicos a percentagem de suicídios é mais baixa que nos países protestantes, onde a individualidade é encorajada e valorizada. A re-

legião católica, segundo afirma, integra o indivíduo na vida coletiva. Encarando a família como outro grupo integrativo, concluiu que, quanto maior for a densidade do grupo, tanto maior será a imunidade ao suicídio.

Observando que as menores percentagens de suicídios coincidiam com crises políticas (note-se que ele escreveu em 1890), foi levado a raciocinar em termos de integração, afirmando que, sob crises políticas, a sociedade é mais fortemente integrada e o indivíduo é socialmente mais ativo e, em conseqüência, menos exposto ao suicídio. Esse último raciocínio nos leva a pensar em Voltaire e em sua pessimista afirmação de que o homem, para não pensar em suicídio, deve estar sempre trabalhando.

O suicídio altruísta, antítese, é óbvio, do egoísta, é representado por exemplos em que o indivíduo está fortemente integrado à sociedade: é uma espécie de imolação religiosa ou ato de lealdade política. A década de 60 assistiu a vários suicídios desse tipo, que ganharam a denominação moderna de *martírios simbólicos*. Ocorre-nos à mente o caso de um indivíduo que se atirou da janela de um arranha-céu, envolto na bandeira de um clube de futebol, do qual era torcedor, porque esse havia perdido um campeonato. O fato talvez não ilustre muito bem o martírio simbólico, mas faz meditar: imolação? frustração?

O suicídio por anomia é explicado por Durkheim como a perda das normais sociais, nas quais o indivíduo estava enquadrado. Assim, quando os horizontes individuais são subitamente ampliados, ou indevidamente restringidos, as motivações para o suicídio por anomia são favorecidas. Quando esse ocorre após súbita recuperação da saúde, é também catalogado sob anomia, com a explicação de que o indivíduo está impossibilitado de preencher os deveres do novo *status*. O mesmo se passará em casos de divórcio, pois a sociedade conjugal cessa de exercer sua influência reguladora.

Embora a versão de suicídio por anomia seja a mais controvertida das três, ela passou a integrar a categoria de suicídio egoísta, que retém, em parte, o seu conceito de anomia, em estudos modernos. Esses enfatizam a desorganização social como variável que engloba uma combinação de suicídio egoísta, e por anomia.

Short (39), em recente monografia, tentou fazer uma síntese de discrepantes teorias acerca do suicídio, emanadas de sociólogos, psicólogos e psiquiatras, sugerindo que o suicídio e o homicídio deveriam ser enquadrados no mesmo arcabouço de conceituação. Essa perspectiva sugere que tanto um como o outro são atos de agressão, em conseqüência de frustração. O suicídio é visto como o produto final de agressão autodirigida.

Dados compilados pela Organização Mundial da Saúde demonstraram que a tendência à autodestruição varia de maneira considerável em relação à raça e à religião. Na Alemanha, Áustria, Dinamarca e Japão os índices de suicídios são dos mais altos, enquanto na Itália, Espanha e Irlanda são dos mais baixos. Também os negros têm um baixo índice de suicídio, contrastando com o de homicídio, que é alto.

Wiele (46), sugere que nos subúrbios progressistas o suicídio resulta do *taedium vitae,* enquanto nas áreas afluentes, de apartamentos, as razões sempre são enfermidades. Relaciona também o suicídio ao estado civil. Sua percentagem entre divorciados é mais alta, o mesmo acontecendo entre viúvos. Por último, relaciona-o com a idade e o *status* socioeconômico. O *status* elevado está positivamente correlacionado com um alto índice de suicídios. A diferença que se verifica entre o número de suicídios masculinos e femininos talvez possa ser atribuída ao *status,* já que os homens desfrutam de *status* superior ao das mulheres, dado o seu maior envolvimento político e profissional, especialmente no "mundo dos negócios".

Estudos da distribuição de suicídios em Chicago, Seattle, Mineápolis e Londres revelaram extrema concentração em setores centrais e desorganizados. Nessas áreas são encontrados os anônimos, os solitários, os homens sem lar. A solidão é um tema que está exigindo sérios estudos e, nas circunstâncias mencionadas, os indivíduos estão livres de compromissos para com outras pessoas, não despertam expectações em pessoas significativas e, portanto, não farão sofrer aos demais com o seu comportamento. Essa desintegração poderá ser encarada, também, como resultante da falta de identidade, socialmente formada e revigorada. Zilboorg (48) descreve o suicídio de escravos, após a morte de seus senhores, como exemplo da perda de identidade.

Em resumo, podemos concluir que as atitudes sociais, o sentimento de participação, de competição interpessoal, de confrontação de realizações próprias e alheias, de auto-apreciação, segundo padrões sociais, são muito importantes para se compreender a dinâmica do suicídio, porém não narram toda a estória. Atribuir ao *status,* ao desenvolvimento social e econômico a elevação dos índices de suicídio, ou atribuir esses índices a desorganizações sociais, a depressões econômicas, é perder de vista uma questão muito importante; por que, nessas circunstâncias, somente algumas pessoas são levadas à autodestruição?

Explanações psicológicas, psicanalíticas, psicossociológicas se impõem para preencher a lacuna que a abordagem sociológica oferece.

3. Abordagem psicanalítica

Se é verdade que a quase totalidade das investigações, que se referem ao suicídio, tecem comentários em torno da monumental obra de Durkheim, ou dela recolhem inspirações, não será menos verdadeiro afirmar que nenhum trabalho dessa natureza faz omissão aos conceitos freudianos. Freud (15) interpretou o suicídio como incapacidade para externar sentimentos agressivos. Conseqüentemente, esses são auto-orientados. Menninger, interpreta o pensamento de Freud, ao que parece, ao afirmar que o ato suicida engloba três componentes: a) desejo de matar; b) desejo de ser assassinado; c) desejo de morrer. Traduzindo seu pensamento em relação a esses componentes, de modo pragmático, Menninger escreve: "I think you might use as very rough criterion, conscious hate, conscious

guilt feelings, and conscious hopelessness, or discouragement as roughly determining the three components that I suggested." Menninger usa termos descritivos adicionais, tais como, para o "desejo de matar" agressão, acusação, censura, domínio, destruição, vingança; para o "desejo de ser assassinado", submissão, masoquismo, auto-acusação; para o "desejo de morrer', desvalia, medo, fadiga, desespero. Referências a enfermidades e sofrimentos, como motivo para dar cabo da vida, estão incluídas no último componente.

Talvez não haja outra teoria tão conhecida e referendada por tantos psicanalistas como a de Menninger, exceto a do próprio Freud. O terceiro elemento envolve o controvertido instinto de morte. A despeito dos argumentos e especulações, *Thanatos* permanece sendo um conceito nebuloso. Contudo, a teoria da depressão segue sua marcha. Zilboorg (47) a sumariza do seguinte modo: "... quando uma pessoa está identificada com outra, a quem odeia e ama ao mesmo tempo, esses fortes sentimentos ambivalentes se voltam contra ela mesma e um inconsciente sadismo é dirigido à sua própria pessoa". Os suicidas são, pois, as vítimas de fortes impulsos agressivos que, impedidos de se exteriorizarem, volvem-se contra seus portadores. Zilboorg acrescenta à sua concepção de suicídio a afirmativa de que este é um meio para desbaratar as forças externas que fazem a vida impossível. Em seus estudos, ele chegou à conclusão de que cada caso potencial mostrava uma forte e inconsciente hostilidade, combinada com uma inusitada incapacidade de amar outras pessoas, a não ser aquela em quem estavam cristalizados sentimentos ambivalentes. Há outro aspecto apontado por ele que constitui um paradoxo: o suicida visa a ganhar imortalidade e fama, pretende manter o ego, e não, destruí-lo. O'Connor (33) também focaliza o aspecto da imortalidade, afirmando que o suicídio de um paciente deprimido é um retorno ao primitivo *power-narcissism;* dentro do qual alcançará onipotência.

Bergler (5) estabelece uma diferenciação entre os tipos de suicídio: a) *introjeção* (que, em linguagem psicológica, chamamos interiorização ou internalização), na qual o paciente tem sentimentos de culpa e contra eles mobiliza uma pseudo-agressão; b) o *histérico,* que é uma inconsciente dramatização de como o paciente não gosta de ser tratado, acompanhada de concepção infantil da significação da morte; c) *miscelânea,* que engloba vários tipos, entre os quais o paranóico-esquizofrênico, que projeta o superego no exterior, o qual lhe ordena que cometa suicídio. Esse autor aponta, como elemento decisivo, a passividade interior, de modo masoquista matizada, duvidando de agressão auto-orientada, mobilizada por sentimentos de culpa. Contraria, assim, a tendência que predominou entre os psicanalistas de que o principal mecanismo defensivo do superego é um *turning against the self,* que é sem dúvida a de McNeil (30), que caracteriza o suicídio como patologia do superego, que consuma uma vingança simbólica contra uma figura punitiva, significando uma tentativa para "... to punish, not the self, but the 'other' inside the self". Acrescenta que indivíduos com um superego muito severo e bloqueados por inibições prejudiciais se situam no ápice das curvas de suicídios.

Seria errôneo, entretanto, atribuir ao superego apenas um papel punitivo e restritivo. O insucesso em realizar as expectações cristalizadas no ego-ideal é um importante fator na gênese dos descontentamentos e desesperanças, que retiram o desejo de viver e motivam autodepreciações que, muitas vezes, impelem ao suicídio.

Se um superego severo pode compelir à extrema forma de autopunição e se ele resulta de uma forte interiorização, é possível esperar que, se uma parte desse superego puder ser reprojetada ou exteriorizada, o perigo do suicídio possa ser substancialmente reduzido. Wahl (44) fala de estruturas religiosas como "prevenção simbólica". Contudo, pensamos, para compreender as relações entre suicídio e religião, é necessário entender o significado particular de uma religião em uma cultura peculiar e, ao mesmo tempo, o significado de suicídio em uma cultura específica.

Stone (A.A.) cujas idéias somente conhecemos através de Beall (4), faz referências a um síndrome que, a seu ver, é responsável pela maioria de tentativas de suicídios masculinos. Tendo estudado, em profundidade, a vida de sete homens que haviam sido levados à tentativa de autodestruição, observou que todos eles possuíam certas características idênticas: caráter obssessivo-compulsivo, sinais latentes de homossexualismo passivo, uma crônica de relações difíceis com o pai e de acentuado apego à mãe, ciúme paranóico da esposa e predisposição ao alcoolismo. Stone concluiu que certas modalidades de suicídio nada mais eram senão o resultado de dificuldades de identificação ou crise de identidade.

Explica-nos que, nos casos estudados, o suicídio era tentado quando o indivíduo renunciava dramaticamente ao seu *lado* feminino, dando lugar a que emergisse dele o macho sadista, em atuação agressiva e enérgica, para submeter, destruir e, ao mesmo tempo, gratificar, de modo masoquista, seu frágil ego feminino. O suicídio representaria, pois, uma afirmação masculina e uma gratificação passivo-masoquista.

As conclusões de Stone nos pareceram forçadas até o momento em que, lendo nos jornais notícias sobre a consumação de uma seqüência de suicídios, na França, de jovens *cabeludos,* em reação às críticas e insinuações de seus pares, ou de professores, patrões, pais e parentes, fomos levadas a reconsiderar o síndrome apontado por Stone, em conotação com a "crise de identidade". Essa teoria, defendida por Erickson (12,13), tem encontrado grande ressonância, talvez por ser uma das raras teorias psicanalíticas que não negligencia os estágios progressivos do processo de socialização e o papel da educação formal. Recentemente, o Papa Paulo VI se referiu, em um discurso, a essa crise, dizendo: "... em uma época em que dizem que o próprio sacerdócio sofre... uma crise de identidade". Lembramos que a "crise de identidade" tem diferentes núcleos e que os jovens são mais sujeitos a ela. Um jovem, em recuperação por tentativa de suicídio, descreveu a si mesmo como um *camaleão.* Outros investigadores, além de Stone, têm visto no suicídio dificuldades de identificação. Não seria esse o caso dos jovens suicidas franceses? Felizmente, poucos são os jovens *cabeludos,* mesmo na França, cujo *establishment* foi apontado como sendo o responsável pelo fato de que levam tão a sério

críticas e restrições semelhantes. Neste ponto nos separamos de Stone. Antes de fazê-lo, porém, gostaríamos de lembrar que o mais importante em seu estudo é o ponto de vista de que o suicídio não é mais que um insucesso na busca de soluções para resolver um problema de identificação. O síndrome, a que alude, fornece um subsídio à compreensão do problema em si mesmo (41).

Retomaremos, aqui, uma idéia já enunciada em outro lugar: *descontentamentos, desesperanças.* Em estudos psicanalíticos o suicídio é, freqüentemente, associado à depressão e/ou à esquizofrenia. Appelbaum (1), Bibring (6) e Stengel (40) atribuem ao sentimento de desamparo, de desvalia, a causa principal de suicídios. Balser e Masterson (3), ancorados em um estudo que enquadrou 300 pacientes, concluíram pela existência de uma definida associação entre esquizofrenia e suicídios de adolescentes, de um lado, e entre depressão e suicídios de adultos, de outro. Todavia, em muitos estudos relevantes vemos verberadas generalizações desse teor. Os estudos de Stone e Zilboorg enquadram-se entre eles: insistem em que o suicídio não cabe em nenhuma nosologia psiquiátrica tardicional, embora possa ser encontrado em associação com desordens afetivas e, especialmente, com a dinâmica da depressão, conforme sugeriram Freud e Abraham: dependência ambivalente, sentimentos de culpa, incorporação de fantasias orais e agressividade autodirigida.

Ostow (34) atribui à depressão uma dinâmica que contraria o que foi dito anteriormente, pois reduz o sentimento de culpa, mediante o sofrimento, diminui a hostilidade, através da alienação, faz os outros sofrer, pela manipulação, reduz a tensão, reestrutura a integração do ego. Em alguns casos, porém, essa mesma dinâmica pode desencadear o suicídio, mas não em todos.

Enquanto Freud concebeu o suicídio como reação à perda do objeto amado de modo ambivalente, sob estado depressivo, Federn encara os suicidas como exaltados e não como deprimidos. Friedlander e Schmiseberser encarecem a relação do suicida com um objeto amado ainda existente, mas causando dificuldades, de preferência, à identificação ambivalente e negativa com um objeto amado morto ou perdido, como sugere Freud.

4. Abordagem psicológica

Os dados que projetam suas luzes sobre o suicídio são, como estamos vendo, provenientes de diferentes fontes. As informações psicológicas são encontradas em histórias de casos, anamneses, testes psicológicos ou comentários psicoterápicos disponíveis, bem como em cartas e declarações de suicidas.

O estudo de casos é sumamente importante, pois revela um *continuum.* Contribui, assim, para demonstrar características comuns, as quais, por sua vez, oferecem pistas para a prevenção do suicídio.

Examinemos, em particular, os casos que trazem a justificativa: *taedium vitae.* Essas duas palavras nada explicam ou explicam muito pouco. Será que o suicida tem esgotada a taça dos prazeres, que tudo constitui

para ele repetição enfadonha, que a nada mais aspira? Inversamente, suponhamos que o indivíduo não tenha realizado suas aspirações e que não tenha mais nenhuma esperança de realizá-las. Está no caso focalizado pelo poeta: "Quem não fez sua casa, já não a fará." Há ainda as hipóteses de ele estar deprimido, ansioso ou exaltado.

Pode ocorrer que a razão do suicídio não resida no *taedium vitae,* mas em algo que o suicida quis ocultar. Não se trataria aqui de suicídio camuflado em acidente de trânsito, mas de uma máscara afivelada ao rosto no momento supremo. Alguém disse que "tudo é mal entendido, nunca acabamos de tirar máscaras. A última, colada ao nosso rosto, não há certeza de que a própria morte consiga arrancá-la".

As estatísticas revelam que os ricos se suicidam, em sua maioria, para escaparem a uma doença incurável e que os pobres o fazem, em quase todos os casos, quando perdem o emprego em idade em que são difíceis novos ajustes. Desorientação vital é o termo que cobre grande número de casos de suicídio. A desorientação vital levaria a uma fuga. Parece-nos muito sumária a explicação.

Nosso estudo, Anatomia do suicídio, pressupõe claramente algo seco e frio. Assim sendo, nós não nos propusemos estudar casos em que tivéssemos tido qualquer atuação. Não nos especializamos em suicidologia, porém, mesmo aqueles que o fizeram, sem sombra de dúvidas, reconhecerão que, em matéria de suicídio, só existe uma questão pacífica: é um ato tremendamente complexo. A abordagem psicológica do fenômeno é ainda mais complexa.

Tentativa mágica ou simbólica para resolver um problema conflitivo ou para punir alguém, como os ilhéus de Tobriand, os quais, como relata Malinowski, [1] quando recebem uma afronta inadmissível reagem a ela subindo em uma palmeira, das mais altas existentes e, daí, fazem uma catilinária contra a pessoa que a praticou, diante de uma audiência crescente. Ao fim, atiram-se de cabeça para baixo para a morte certa. Nesses casos, o desejo de vingança excede o desejo de viver e o procedimento é aberto, é o que se pode concluir. Mas, quanta complexidade!

O suicídio, como outros sintomas neuróticos, não é um ato racional praticado para conseguir fins racionais. É uma solução simbólica, na maioria das vezes, para um conflito, e os propósitos de solução simbólica podem ser inconscientes, ou apenas, minimamente conscientizados, é o que diria um seguidor de Jung. Que dirá um suicidólogo?

Por que a maioria das pessoas que suportaram horrores nos campos de concentração da Alemanha lutou desesperadamente para preservar a vida, enquanto outras dão cabo da mesma por *taedium vitae?* Por que muitas pessoas se suicidam pensando que com isso terão assegurada a imortalidade? Quais são os objetivos que o suicida persegue e que são mais fortes que a própria vida? Não são perguntas a que se possa responder sem um estudo aprofundado de cada caso, em que é preciso mergulhar

1 Malinowski, Bronislav. *The sexual life of savages.* New York, Halcyon House Publications, 1920.

mesmo em conceitos irracionais, que teriam tornado desejável o término da vida.

A abordagem psicológica abre muitos caminhos e é impossível percorrê-los todos. Muitas vezes vem vinculada à psicologia profunda, como nos casos em que é praticado como ato mágico, ou à psiquiatria: depressão, exaltação, ansiedade, desorientação vital, etc.

5. Abordagem psicossociológica

Entre os estudos mencionados, poucos chegaram a um genuíno ponto de vista psicossocial. Bosselman (8) traduziu correlações, sociologicamente elaboradas, em termos de dinâmica psicológica, explicando a correlação do suicídio com o individualismo, porém não o fez baseado na falta de integração de grupos sociais. Ao invés, ele viu o suicídio como o resultado de altas ambições individuais, de acentuada rivalidade e de discrepância entre as oportunidades (numerosas) e os resultados alcançados (minguados), o que conduz ao desapontamento, ao sentimento de autodepreciação e à depressão. Em outras palavras, as afirmações de Durkheim de que os suicídios egoístas eram mais freqüentes entre protestantes, cuja fé é mais individualista, entre pessoas viúvas e divorciadas, e em hospedarias, foram traduzidas de termos sociológicos para termos psicológicos.

Ultimamente, as contribuições mais relevantes, em suas explanações relativas ao fenômeno que estamos considerando, derivam de Hattem (17), Kobler e Scotland (26) e Hendin (18–1962), para falar naquelas que usam termos psicossociais. Hattem devotou maior atenção às rupturas do comportamento adaptado e a seu conseqüente papel nas discordâncias interpessoais. Em estudos comparativos de personalidades de suicidas e de seus respectivos cônjuges, observou ele que os suicidas se viam como o oposto de seus cônjuges, em suas relações interpessoais. Viam-se diferentes, mas preferiam ser iguais e tendiam à conformação e à identificação com o objeto amado. Tendiam também ao masoquismo, à alienação. Em relação aos cônjuges dos suicidas, Hattem chegou à conclusão de que não eram sadistas, nem masoquistas, mas narcisistas e competitivos, pessoas que usavam a frieza no trato social como meio de preservação da auto-estima. Hattem não vê no suicídio o resultado de uma causa única, intrapsíquica, mas uma alternativa final para uma relação interpessoal confusa, frustradora e angustiante. Lembraremos neste ponto as considerações de Jurard (23) sobre as características letais, em quase todas as famílias, de um pai, mãe ou filhos, esposo ou esposa que fazem a vida impossível, pelo menos, para um membro da família.

Kobler e Scotland parecem apoiar-se em um aspecto particular dos estudos de Jensen e Petty (22), que acham que aqueles que recorrem ao suicídio, quase invariavelmente, alimentam a fantasia de serem salvos. O desesperado recurso começa com a perda de um papel estável e termina quando o ambiente confirma as piores expectativas do indivíduo, respondendo a suas intenções com impotência e desamparo. O suicídio *bem-*

sucedido depende da resposta do ambiente social. Vale dizer que a teoria de Kobler e Scotland se desenvolveu em um período de súbita *epidemia de suicídios,* em um hospital que antes nunca registrara suicídios. Em cinco detalhados estudos de casos, lhes foi possível verificar que os pacientes haviam ingressado no hospital alimentando a esperança de serem salvos. Mas, por infelicidade, alguns membros do *staff* eram novos e desprovidos de autoconfiança. Não estiveram à altura das esperanças dos pacientes. Em resumo, os autores vêem no suicídio esforços, ainda que mal dirigidos, para a solução de problemas vitais, vêem gritos de socorro, vêem a esperança: os problemas que os afligem poderão ser resolvidos por alguém.

Em abordagem psicossocial, uma importante contribuição vem de Hendin (18-1962), cujos estudos foram realizados na Escandinávia e que fazem comparações transculturais sumamente interessantes. O principal objetivo de Hendin foi compreender as razões das diferenças nos índices de suicídios verificados nos três países escandinavos. A Dinamarca e a Suécia tinham os índices mais altos, no mundo, ao lado do Japão, Suíça e Alemanha, enquanto a Noruega apresentava um dos mais baixos. As diferenças econômicas haviam sido sugeridas como explicação do fenômeno, mas, tais sugestões não ofereceram grande auxílio. Nem as variações intrapaís, nem as interpaíses puderam ser explicadas, no que dizia respeito aos índices, em termos de variações econômicas.

Os novos programas de bem-estar social não poderiam ser responsáveis, evidentemente, por esse fator (na Suécia e na Dinamarca), já que os índices de suicídio eram altos, muito antes da introdução das reformas econômicas. Hendin colocou seu interesse predominante na interação das atitudes sociais e psicodinâmica das constelações familiares. O contexto, dentro do qual ele focalizou o fenômeno, foi o do estilo de adaptação e de alternativas de solução disponíveis. Em outras palavras, estilos de vida predominantes, espécies de problemas catalisados por esses estilos, soluções que as atitudes sociais e o caráter do estilo ofereciam, foram os focos de sua atenção, pois, "o suicídio não é simplesmente uma fuga da vida, mas um desejo de morrer". Assim pensando, Hendin procurou penetrar no sentido da morte, tal como é inculcado pela cultura e pelas sanções contra quem destrói a própria vida. Em entrevistas, psicanaliticamente orientadas, ouviu pacientes que haviam tentado suicídio, ouviu outras pessoas que nunca haviam pensado em tal procedimento, nos países escandinavos. Familiarizou-se com a linguagem e a literatura daqueles países, para melhor compreender o caráter social de cada um deles. E encontrou diferenças altamente pronunciadas, não somente entre noruegueses (com baixo índice de suicídios), mas entre dinamarqueses e suecos (com altos percentuais).

Na Dinamarca e na Suécia, as constelações familiares revelaram diferenças marcantes em relação ao psicodinamismo. Os suicídios ocorrem na Dinamarca, mais freqüentemente, quando a patologia depressiva é desencadeada pela perda de uma pessoa, com a qual o suicida mantinha estreita relação de dependência. Nesse país, o principal método para disciplinar uma criança é o de inculcar-lhe sentimentos de culpa. A submis-

são, a dependência aos pais é encorajada, enquanto a agressão é severamente condenada. As relações entre marido e mulher reproduzem, mais ou menos, as que se verificam entre mãe e filho. O suicídio entre homens, freqüentemente, é o desfecho resultante da morte da esposa. No caso das mulheres é, na maioria das vezes, precedido pelo nascimento de um filho, geralmente o primeiro, fato esse que constitui a ruptura de uma relação de dependência, o que vem a ser algo frustrador, dado o encorajamento que a dependência recebe e, também, pela falta de alternativas, socialmente aprovadas. Relativamente à Dinamarca, Fromm parece ter razão, ao afirmar que "cortar o vínculo com as figuras protetoras, entre as quais a mãe é a mais influente, é uma das tarefas mais difíceis que o ser humano tem de enfrentar".

Na Suécia, entretanto, o trabalho parece ser uma grande fonte para propiciar auto-estima, ao mesmo tempo que se constitui em válvula de escape para a agressão. O insucesso no trabalho, nas realizações individuais produzem o que o autor chama de "performance failure". É evidente, naquela sociedade, sua conotação com o suicídio. Enquanto a dependência dos dinamarqueses, em relação à figura materna, encorajada e prolongada exageradamente, os suecos, ao contrário, são estimulados à auto-suficiência muito precocemente. Cedo, são retirados do convívio materno diário. Relativamente às mulheres, a percentagem de suicídio é mais baixa que na Dinamarca, o que pode ser, parcialmente, atribuído ao fato de que, na Dinamarca, as mães se sentem culpadas pela sua aversão à contingência de terem de cuidar de seus filhos. As mães suecas também consideram esses cuidados um fardo, mas não experimentam sentimentos de culpa em conotação com o mesmo.

O suicídio, entre as suecas, também resulta, parcialmente, da "performance failure", mas, ao contrário dos homens, esse sentimento não tem conotação com o trabalho, mas com as relações heterossexuais.

Na Noruega, a frustração de dependência é menor, porque esta não é encorajada excessivamente, nem a independência é forçada prematuramente. Em lugar do apego passivo e dependente dos dinamarqueses e da desprendida independência dos suecos, os noruegueses demonstram dependência agressiva e colérica. Conclui Hendin que, se os dinamarqueses são, basicamente, mais deprimidos e os suecos mais esquizóides, os noruegueses são mais paranóides. Dado seu caráter social, eles têm menos necessidade de interiorizar ressentimentos e maior liberdade de expressar agressividade. A dependência é permitida, mas não é estimulada. O trabalho, por seu lado, é visto como prazer e não como dever. A contemplação e a fantasia oferecem mais incentivos que a ambição e a competição. Na Noruega, a criança e o jovem recebem estímulos para serem bons, e não para serem bem sucedidos. Os noruegueses aprendem a aceitar as frustrações, mediante a racionalização e defesas paranóicas, deixando em segundo plano a autocensura. Assim, reduzem a necessidade de suicídio como forma de autopunição por um insucesso.

As conclusões de Hendin relativas à Suécia nos conduzem a um tema subsidiário, em que o sucesso e o insucesso são resultados de qualidades

pessoais: aquele que é mal sucedido só tem de censurar a si próprio, em corolário ao conceito de *the self-made man is the self-unmade man*. A corrida pelo sucesso e o concomitante medo do insucesso são as características reconhecidas por muitos cientistas sociais como sendo as que predominam na sociedade norte-americana contemporânea. Estudos de Lewin, Dembo, Festinger e Sears (28), Lantz (29) e Rotter (35) e outros, sustentam que o insucesso, ou a alta discrepância entre o nível de aspirações e o de realizações, está relacionado com variáveis negativas da personalidade e, bem assim, com as dificuldades de ajustamento social. A experiência de sucesso, ou a baixa discrepância entre aspirações e realizações, está relacionada com características socialmente desejáveis, tais como o ajustamento, autoconfiança, realismo, cooperação e atitudes amistosas. Dessa literatura se infere que os padrões de sucesso e de insucesso, em uma sociedade aberta, têm uma dimensão subjetiva e outra objetiva: a primeira, a dimensão psicológica, é um *continuum* de sucessos e de insucessos, em conotações com as autopercepções e aspirações do indivíduo ("eu sou" ou "eu não sou" um indivíduo realizado); a outra, é o *continuum* sucesso-insucesso societário, objetivo.

Neste ponto, reencontramos Hendin, que nos dirá algo sobre suas conclusões finais: "para compreender a dinâmica do suicídio é mister estudá-lo dentro de um contexto cultural e encará-lo como fenômeno psicossocial". Temos de reconhecer que ele, em sua abordagem psicossocial-transcultural do fenômeno, foi ao âmago dos problemas que a suicidologia está procurando dissecar, utilizando para tanto todos os meios disponíveis. Falando em meios disponíveis, deve-se destacar toda e qualquer mensagem deixada por um suicida. Se o suicídio é uma forma de "comunicação" e se a *mensagem* é um "grito de socorro" que representa uma forma de *comunicação indireta*, é inegável que uma carta, um bilhete, uma nota proveniente de um suicida traduzem uma mensagem, cujos aspectos latentes significarão muitíssimo, pois, em muitos casos, será o equivalente desse grito de socorro, de um epitáfio, de um ato de última vontade, de um testamento.

6. Abordagem etnográfica

Essa ocupará um lugar muito restrito em nosso trabalho. Com isso, não queremos restringir-lhe a importância. É insofismável a existência de estilos culturais de suicídios. Disso, o Japão nos oferece exemplos seculares.

Muitos psiquiatras, entre os quais poderemos destacar Juris J. Draguns, têm pesquisado exaustivamente "estilos culturais de neuroses". As características étnicas da sintomatologia psiquiátrica constituem o foco de interesse daquele psiquiatra.

O único quadro ilustrativo do presente trabalho é devido a Kalish (25): *Suicide: an ethnic comparison*. Oito grupos étnicos foram aí comparados e um exame do quadro será elucidativo.

Não queremos deixar sem menção o problema de como o americano e o mexicano enfrentam o *stress* (o primeiro, ativamente; o segundo, passivamente) estudado por Dias-Guerrero e exposto em uma fascinante teoria.

Naroll [2] estudou 58 sociedades (1964). De suas amostras transculturais deduziu uma unidade básica, a *cultunit*. Sucintamente, uma *cultunit* vem a ser uma unidade etnográfica estandardizada: um grupo de pessoas, possuindo características comuns e falando a mesma língua. Especialização artesanal, estruturas organizacionais e urbanização oferecem direções para uma determinada *cultunit*.

Para Naroll, a causa principal do suicídio não advém da estrutura social, nem tampouco de características populacionais ou de contextos grupais, como muitos psicólogos parecem aceitar. Nem poderá ser explicado apenas por conceitos psicológicos, como depressão, desejo de morrer, *Thanatos,* tendência autodestrutiva, etc., embora possam ser causas contributivas e de muita importância. Seu nexo causal, segundo Naroll, é o sentido percebido, pelo agente, de uma situação, onde a percepção é determinada pela interação entre a personalidade e o enfoque sociocultural da situação.

O exame de um crescente corpo de teorias e de evidências tem sugerido que essas relações devem ser entendidas em termos de sociedades peculiares, ligadas por padrões hierárquicos em suas relações sociais, levando em consideração seus diferentes níveis de desenvolvimento.

7. **Suicídio** versus **tentativa**

Ato simulado de suicídio, isto é, praticado com a intenção de atrair simpatia, piedade e atenção, de conseguir vantagens, de manipular pessoas, enternecendo-as ou atemorizando-as, não constitui tentativa de suicídio. Esta, quando genuína, poderá revelar uso de meios inadequados ao fim, mas a determinação de supressão da existência está sempre presente.

A intencionalidade, entretanto, escapa facilmente à análise mais minuciosa. Uma superdose de tranqüilizante basta, muitas vezes, para adormecer para sempre quem apenas se propunha um bom repouso. Inversamente, muitos acidentes, assim considerados, especialmente os de trânsito, são suicídios disfarçados.

Simulação de suicídio ou genuína tentativa são problemas que reclamam muitos estudos para sua compreensão, sobretudo porque despertam atitudes negativas em muitos grupos sociais, das quais não estão imunes nem mesmo aqueles envolvidos no atendimento de emergência dispensado, nos hospitais, a quem praticou um desses atos. Ansel (1) relata que, em sua experiência de observador em enfermarias de emergência, constatou que as enfermeiras não tocavam no cadáver de um suicida. Os tabus que prevalecem em muitas sociedades vedavam qualquer contato.

2 Naroll, R. On ethnic classification. *Current Anthropology,* v. 5, 1964.

Merecem destaque as considerações de Farberow e Shneidman sobre o elemento comum das *mensagens* de todos os suicidas: um grito de socorro. Ora, quando se trata de tentativa, esse grito deve ser ouvido e atendido imediatamente. Os autores citados (14) expressaram suas idéias do seguinte modo:

"... aqueles que trabalham com pessoas que tentaram suicídio, especialmente com aquelas que deixaram patenteado que não tinham intenção de morrer, devem estar vigilantes contra suas próprias tendências, a fim de não assumirem uma atitude negativa ou pejorativa em relação a esse tipo de comportamento. Tais pessoas, se não tinham um genuíno desejo de 'despedir-se da vida', agiram sob a necessidade de despertar compaixão. Com demasiada freqüência confundimos o tratamento que deve ser ministrado a quem tentou suicídio com os cuidados que o trauma físico requer e esquecemos o que tem significação para suas frustrações, seu temores, compulsões e desajustamentos que experimentam em relação a seu ambiente. Um inequívoco ato de simulação de suicídio merece a mesma atenção profissional que qualquer outra crise psicoemocional, que qualquer comportamento desajustado: um grito de socorro não pode ser menosprezado, não apenas por razões humanitárias, mas porque sabemos que gritos não atendidos tendem a se tornarem mais agudos e o movimento na escala de letalidade, de grito em grito é, infelizmente, na direção letal..." (p. 201).

Embora o número de suicídios de homens exceda de muito ao de mulheres, os resultados se invertem quando se trata de tentativas. Os homens escolhem meios mais violentos e que deixam, portanto, menor margem de erro. O fato não se prende, pois, a uma questão de intencionalidade. Certamente, homens e mulheres, ajustam-se a estereótipos predominantes em sua cultura. Bergler (In: Bosselman), tratando especificamente do suicídio feminino, fez os seguintes comentários:

"Mesmo quando sua hostilidade se volve contra ela própria, a mulher tende a expressar parcialmente sua cólera em seu ato. As inibições mais profundas, estabelecidas, refreiam-na. Ela é protagonista de um *drama* de cólera e de desespero, que tem pouco a ver com um simples ato voluntário."

Trautman (42) também observa a conexão existente entre uma atuação psicodramática e uma tentativa de suicídio. Ele vê, nesse ato, uma *performance,* onde, pelo menos, duas pessoas participam.

Aqui, nos reencontramos com Ansel (obra citada) para inquirir dos resultados obtidos no estudo de atitudes negativas em relação aos indivíduos que tentaram suicídio. A relevância do estudo é incontestável, pois, muitos investigadores sustentam que "essas atitudes negativas" são as responsáveis, mormente nos Estados Unidos, por tentativas subseqüentes. Estamos, pois, diante de um importante problema. Nas limitações de um artigo, não poderíamos relatar o estudo de Ansel, dentro de seu contexto, nem tampouco enumerar todas as suas hipóteses de trabalho. Limitar-nos-

emos a citar uma delas, aliás, parcialmente confirmada, que nos parece merecedora de especial destaque: "quanto menor a intenção de morrer, percebida em uma tentativa, tanto mais negativa é a atitude das pessoas em relação a esse ato". A hipótese foi confirmada pelos seguintes grupos: enfermeiros, atendentes hospitalares e leigos (este último grupo era constituído por pessoas potencialmente significativas em crises dessa natureza). Confirmando o que já havia sido observado por Bloom (7), relativamente à atitude extremamente defensiva dos psiquiatras que são inquiridos acerca de pacientes sob seus cuidados e que se haviam suicidado, Ansel encontrou atitudes mais negativas, por parte desses, em relação àqueles que haviam demonstrado uma alta intencionalidade. Isso sugere que a alta intencionalidade pode ser vista, pelo psiquiatra, como uma ameaça a seu prestígio profissional ou a sua auto-estima. Talvez possa ser conjecturado que a condenação severa da alta intencionalidade esteja relacionada com os impulsos autodestrutivos do psiquiatra, tendo em vista o fato de que a proporção de suicídios entre psiquiatras é seis vezes a daquela referente ao restante da população dos Estados Unidos (50). Por quê? Atenção compulsiva aos menores sinais de distúrbios? Desânimo, por ver sempre diferidas as gratificações mais legítimas? Quem responderá? Talvez alguém seja levado a responder com as palavras de Winston Churchill, ao ser inquirido sobre a Rússia: "É um segredo, dentro de um enigma envolto de mistério." Por sorte, esse problema não nos aflige, diretamente.

8. A suicidologia em ação

Os dados estatísticos a que nos referimos, no início do presente trabalho, relativos aos Estados Unidos, falam por si mesmos. Não surpreenderá, pois, o fato de que a suicidologia tivesse tido ali o seu berço.

Mas o que vem a ser a suicidologia? Como nasceu?

Alguns dados históricos elucidarão a segunda questão. Em maio de 1967, patrocinado pelo Centro de Estudos para a Prevenção do Suicídio e pelo Instituto Nacional de Higiene Mental, o primeiro curso formal de pós-graduação foi inaugurado na Escola de Medicina da Universidade John Hopkins, pelo Departamento de Psiquiatria e Ciências do Comportamento. Todos os candidatos ao curso deveriam ter um MD ou um PhD e pelo menos três anos de experiência como graduado. No primeiro ano, apresentaram-se 36 candidatos; no segundo, 57; o número foi crescendo.

A suicidologia é, presentemente, um agregado de tópicos, muitas vezes, heterogêneos, mas relacionados uns aos outros por um repertório de "palavras-chave", de conceitos, de enfoques que têm como centro o fenômeno referido como suicídio. O termo suicidólogo se ajusta àquele que tem de si mesmo uma imagem vinculada a vivências relacionadas com os problemas que o suicídio deflagra e que, em caráter permanente, interessa-se por problemas dessa natureza, tendo recebido uma formação científica especializada para com eles lidar.

As três maiores áreas do currículo dos primeiros cursos realizados abrangeram: teorias sobre crises nervosas, interpretações e intervenções com elas relacionadas, prática em comunidades terapêuticas e psiquiátricas, ciências de higiene mental.

A partir de então, o currículo foi sendo, progressivamente, enriquecido.

Assistimos ao nascimento da suicidologia, ve-la-emos agora em ação. Os suicidólogos sabem o essencial sobre o suicídio: dados estatísticos, análises dos *tipos* de suicidas, indícios verbais e comportamentais, de intenções suicidas, sintomas físicos e psicológicos de depressão ou de exaltação. Sabem que, assim como existem as neuroses dominicais, existem dias da semana, meses do ano que refletem determinados tipos de *stresses*, que podem culminar em suicídio.

Mas ... esses conhecimentos permitirão avaliar o desespero de um paciente? Darão ao suicidólogo os meios para encorajá-lo, para projetar um *flash* em seu "grito de socorro"? Como poderá fornecer ao paciente de suicídio malogrado, ou a ponto de tentá-lo, os remédios necessários para que ele não repita esse grito, mais agudamente, evitando, como disse Shneidman, que o movimento na escala da letalidade, de grito em grito, seja, infelizmente, na direção letal?

Eis os problemas que se colocam para os suicidólogos. Onde exercem suas atividades? Ao que sabemos, as associações e os centros de prevenção de suicídios atingem, nos Estados Unidos, a soma de 123.[3]

Ramos não é suicidóloga, mas, como psicóloga, tem ouvido "gritos de socorro". A dinâmica dos conflitos era extremamente contrastante de caso para caso. Em todos eles, porém, os indivíduos estavam na flor dos anos e iniciavam-se na vida acadêmica. Meio bloqueada pela surpresa e com o despreparo que bem pode ser avaliado, ela pôde reerguer aqueles que se haviam "debruçado sobre o desespero", na expressão de Kierkgaard. Por isso, acredita nos suicidólogos, na suicidologia em ação. O objetivo do presente artigo é percurtir todas as teclas da consciência nacional, é fazer ressoarem as notas mais altas do sentimento de responsabilidade coletiva para com aqueles que lhes enviam um *brado de socorro*. O *leitmotiv* é fornecido por "... Alcindo Guanabara..." a alegria, que sabem sentir as almas puras, do bem que se faz, da dor que se anula.

Em nossa maneira de ver, a criação de centros, objetivando a prevenção de suicídios é, entre nós, problema inadiável, pois ninguém está imunizado contra o suicídio. Em reforço disso, lembraremos o trabalho intitulado *Which MDs are likely candidates for suicide?*, comentado em

3 Alabama (1), Arizona (1), California (27), Colorado (5), Connecticut (1), D. Columbia (1), Delaware (1), Florida (9), Georgia (1), Idaho (1), Illinois (4), Iowa (1), Kansas (3), Maine (2), Maryland (1), Massachusetts (1), Michigan (3), Minnesota (1), Missouri (2), Nebraska (1), Nevada (1), New Hampshire (1), New Jersey (5), New Mexico (2), New York (7), New Caroline (5), New Dakota (3), Ohio (5), Oklahoma (1), Oregon (2), Pennsylvania (2), Tennessee (3), Texas (9), Utah (1), Washington (2), Wisconsin (4).

outra epígrafe. Nele, 200 parentes próximos de médicos, que haviam cometido suicídio, no período de maio de 1965 a novembro de 1967, responderam a um detalhado questionário.

Pensamos que, inicialmente, alguns de nossos jovens psiquiatras poderiam conseguir bolsas de especialização em suicidologia, do Departamento de Psiquiatria do Hospital John Hopkins, da Universidade do mesmo nome (não conhecemos outras instituições que as ofereçam). Nossas ligas de higiene mental estariam em posição de mediadoras para que as referidas bolsas fossem concedidas. Enquanto isso, o ministro da Saúde daria os primeiros passos no sentido da criação de tais centros, nas principais cidades do país, onde, pensamos, a percentagem de suicídio deve ser mais alta. Temos a impressão de que, entre nós, o nome desses centros não deveria enunciar claramente a finalidade dos mesmos.

Falamos acima em psiquiatras, mas a suicidologia é, por excelência, interdisciplinar. No seu âmbito acolhe pesquisadores, administradores, médicos, sociólogos, higienistas mentais, psicanalistas, psicólogos, clérigos, especialistas em semântica (que se atêm à estrutura da linguagem como chave para a elucidação do fenômeno) e grafólogos (cuja contribuição nesse campo, até o presente é, ainda, restrita, mas ponderável).

Relativamente aos clérigos, gostaríamos de lembrar estudos de White (45), em que ele declara que os autores católicos rejeitam a analogia entre confissão e psicoterapia, mas admitem que a confissão tem efeito preventivo em relação a distúrbios mentais. A confissão se processa em um nível consciente e requer concentração da memória consciente, enquanto a psicoterapia analítica se baseia no livre fluxo da fantasia não-controlada. A desconfortável situação no confessionário e o confortável divã do psicanalista condicionam esses diferentes tipos de confissão. Contudo, White sugere que o sacramento da confissão, quando praticado com regularidade e com espontâneo exame de si mesmo, pode servir à finalidade de profilaxia e de higiene mental.

No que tange ao aspecto lingüístico, vale lembrar que o exame da lógica do suicida, mediante sua mensagem, ou do comportamento verbal dos indivíduos que o tentaram, são de inelidível valor, tanto para compreender as motivações dos mesmos, como, também, para orientar o diagnóstico e o tratamento adequado. Quatro tipos de lógica são apontados pelos estudiosos do assunto: a) *catalógica*: a lógica é destrutiva; b) *normal*: o raciocínio lógico é aceitável (de acordo com os padrões aristotélicos); c) *contaminada*: o erro lógico ou semântico está na ênfase sobre o ego quando percebido pelos outros; d) *paleológica*: faz identificações lógicas em termos de atributos do predicado, sem levar em conta os do sujeito (comum nos indivíduos sujeitos a alucinações).

Não conhecemos dados estatísticos publicados no Brasil, relativos ao suicídio. Não obstante, pensamos, sua ausência aqui não invalida a necessidade da criação de centros preventivos, como sugerimos, onde equipes de vigilantes suicidólogos, em cada um, integrarão um "plantão de vida". Sabemos que o nosso tópico encontrará ressonância, pois esforços isolados, aqui e alhures, já se fazem sentir no Brasil.

Se o suicídio é a forma final da agressão e se a psicologia clínica e social da agressão é uma área de estudo à qual, cada vez mais, os psicólogos estão-se devotando, é de se esperar que o problema focalizado mereça exame minucioso.

Se o suicídio é um grito de socorro, não podemos permanecer indiferentemente surdos.

Se é uma forma de comunicação, devemos estudá-la para compreender e captar os sinais de perigo. Essa é a tarefa dos suicidólogos e esses não podem ser improvisados. Contudo, havendo boa vontade, muitos podem colaborar. Um dia, Romain Rolland ficou impressionado com as qualidades estilísticas de uma carta, publicada nos jornais, de um homem que tentara suicídio. Foi visitá-lo no hospital, onde se recuperava, e o concitou a escrever um livro. E o mundo ganhou um escritor de renome: Panaït Istrati.

Sumary

To fully understand the phenomenon of suicide, it must be viewed within a variety of contexts. While early investigators tried to uncover a single cause to explain all suicides, the more recent studies clearly demonstrate the need to view suicide as a cultural-specific integration of both psychosocial attitudes and psychodynamic factors. The essence of the findings which have been reported in scientific literature is briefly reviewed and summarized under the title Anatomy of suicide, which places emphasis on suicidology, the science that is alert to the "cries for help". This scientific field holds a rich potential for contributions in the immediate as well as long-range future.

Percentagens de suicídios e de tentativas de suicídios por grupos de idade e de etnicidade

Richard A. Kalish

	Idade dos suicidas em %			Idade dos que tentaram suicídio em %		
	10-29	30-49	50...	10-29	30-40	50...
Havaianos	55	18	27	64	33	4
Parc-havaianos	48	39	13	76	21	2
Brancos (caucasianos)	24	41	35	49	39	8
Chineses	14	27	59	33	55	10
Japoneses	15	41	43	48	38	12
Coreanos	0	43	57	24	52	24
Filipinos	33	17	44	65	24	10
Porto-riquenhos	33	67	00	53	45	2

Copyright: *Suicide: an ethnic comparison.* California, Univ. Press, 1967.

Referências bibliográficas

1. Appelbaum, S. A. The problem-solving aspect of suicide. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment,* v. 27, n. 3, p. 259-68, 1963.

2. Ansel, E. L. *A study of attitudes toward suicide attempters.* Trabalho apresentado à Convenção da Southern Psychological Association, em 1969.

3. Balser, B. M. & Masterson, J. F. Suicide in adolescents. *American Journal of Psychiatry,* v. 116, p. 400-4, 1959.

4. Beall, L. The dynamics of suicide. *Bulletin of Suicidology,* Maryland, p. 2-6, Mar. 1969.

5. Bergler, E. Problems of suicide. *Psychiatric Quarterly,* v. 20, p. 261-75, 1946.

6. Bibring, E. The mechanism of depression. *Affect disorders* New York, John Wiley & Sons, 1953.

7. Bloom, V. An analysis of suicide at training center. *American J. Psychiatric,* v. 123, p. 918-25, 1967.

8. Bosselman, B. C. *Self-destruction: A study of suicidal impulse.* Springfield, Charles C. Thomas, ed. 1958.

9. Cavan, Ruth S. *Suicide.* Chicago, University of Chicago Press, 1928.

10. Dublin, L. I. & Bunzel, B. *To be or not to be.* New York, Handom House, 1933.

11. Durkheim, Émile. *Le suicide.* Paris, Librairie Felix Alcan, 1897.

12. Erickson, E. H. The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association,* v. 4, p. 56-121, 1956.

13. ———— . *Identity: youth and grisis.* New York, W.W. Norton, 1968.

14. Farberow, N. L. & Shneidman, E. S. *The cry for help.* New York, McGraw-Hill, 1961.

15. Freud, S. Mourning and melancholia. *Collected Papers,* IV. London, Hogarth Press, p. 152-72, 1948 (originalmente publicado em 1917) .

16. Halbwachs, Maurice. *Les causes de suicide.* Paris, Librairie Felix Alcan, 1930.

17. Hattem, J. V. The precipitation role of discordand interpersonal relationship in suicidal behavior. *Dissertation Abstracts.* v. 25, n. 2, p. 1335-6, 1964.

18. Hendin, H. Suicide in Sweden. *Psychiatric Quarterly,* v. 36, n. 1, p. 1-28, 1962.

19. ————. The psychodynamics of suicide. *Journal of Nervous and Mental Diseases,* v. 136, n. 3, p. 236-44, 1963.

20. ———— . *Suicide in Scandinavia.* New York, Grune & Stratton, 1964.

21. Henry, A. F. &. Short, J. F. *Suicide and homicide: Some economic, sociological* and psychological aspects aggression. Glencoe, Illinois, The eFre Press, 1957.

22. Jensen, V. M. & Petty, T. A. The fantasy of being rescued in suicide. *Psychoanalitical Quarterly,* New York, v. 27, p. 327-39, 1958.

23. Jurard, S. *The transparent self.* Van Nostrand Reinhold Priceton, N. J.

24. ———— . *Man discloses himself.* Van Nostrand Reinhold Princeton, N. J.

25. Kalish, R. A. *Suicide: an ethnic comparison.* California, Univ. Press, 1967.

26. Kobler, A. L. & Scotland, E. *The end of hope: A social clinical study of suicide.* New York, Glencoe Free Press, 1964.

27. Krauss, H. H. Social development and suicide. *Journal of Cross-Cultural Psychology* v. 1, n. 2, 159-67, 1970.

28. Lewn, K.; Dembo; T.; Festinger, L.; & Sears, P. S. Level of aspiration. McHunter, J. V., ed. *Personality and the behavioral disorders.* v. 1, New York, Ronald, 1944, p. 333-78.

29. Lantz, B. Some dynamic aspects of sucess and failure. *Psychological Monograph,* 1945, v. 59. n. 1.

30. McNeil, E. B. Psychology and aggression. *Journal of Conflict Resolutions,* v. 3, p. 195-293, 1959.

31. Menninger, K. A. *Man against himself,* New York, Harcourt, Brace & Co. 1958.

32. ———— . Psychoanalytic aspect of suicide. *International Journal of Psychoanalysis,* v. 14, p. 376-90, 1933.

33. O'Connor, W. A. Some notes on suicide. *British Journal of Medical Psychology,* v. 21, p. 22-228, 1948.

34. Ostow, M. The psychic function of depression: a study of energetics. *Psychoanalytical Quarterly,* v. 29, p. 355-94, 1960.

35. Rotter, J. B., Level of aspirations as a method in the study of personality. *Psychological Review,* v. 49, p. 463-74, 1942.

36. Shneidman, E. S. *Orientation toward death: a vital aspect of the study of lives.* In: White, R. W. ed. The Study of lives. New York, Prentice-Hall, 1963.

37. ———— . & Farberow, N. L. *Clues to suicide.* New York, McGraw-Hill, 1957.

38. ———— . Psycho-logic: a personality approach to patterns of thinking. In: *Contemporary issues in thematic apperception test.* J. Kagan e G. S. Lesser, Springfield: Charles C. Thomas ed., 1961.

39. Short, J. F. Suicide and homicide. New York, Free Press Glencoe, 1964.

40. Stengel, E., The complexity of motivation to suicidal attempts. *Journal of Mental Science,* v. 106, p. 1388-93, 1960.

41. Stone, A. A. A syndrome of serious suicidal intent. *Archives of General Psychiatry,* v. 3, p. 331-9, 1960. Apud: Beall, L. op. cit.

42. Trautman, E. G. Suicide as a psychodramatic act. *Group Psychotherapy,* v. 15, n. 2, p. 159-61, 1962.

43. Von Bertalanffy, L. Comments on aggression. *Bulletin of the Menninger Clinic,* v. 22, p. 50-7, 1958.

44. Wahl, C. W. Suicide as a magic act. *Bulletin of the Menninger Clinic,* v. 21, 91-8, 1957.

45. White, W. he analyst and the confessor. Em *God and the Unconscious.* London, Hagwill Press, 1952.

46. Wiele, E. F. On social psychological questions in suicidal personalities. *Psychological Research,* v. 2, p. 37-44, 1960.

47. Zilboorg, G. Fear of death. *Psychoanalytic Quarterly,* v. 12, p. 465-75, 1943.

48. ———— . Considerations in suicide with particular reference to that of the young. *American Journal of Orthopsychiatry,* v. 71, p. 15-31, 1937.

49. ———— . Suicide among civilized and primitive races. *American Journal of Psychiatry,* v. 92, p. 1347-69.

50. ———— . Which MDs are likely candidates for suicide? *Medical World News,* v. 9, n. 16, p. 21-22, 1968.

NOTA: Os dados bibliográficos que dão substância ao presente artigo foram reunidos durante mais de dois anos e demandaram grande paciência. O leitor notará que a maioria deles se vincula a artigos publicados em revistas americanas e inglesas. É extremamente difícil a aquisição de um número de revista de anos anteriores. A solução foi solicitar *separatas* aos seus respectivos autores. Contudo, muitas cartas, norteadas por indicações de trabalhos, sobre o tópico que nos interessava, em programas de convenções da APA, foram-nos devolvidas por levarem "endereço incompleto". Foi quando tivemos a sorte de entrar em contato com o Prof. Edward L. Ansel, da Universidade da Flórida, que essa situação se modificou, dada a sua imensa boa vontade. Não se limitou apenas a enviar-nos trabalhos seus, mas também xerocópias de estudos que possuía, uma lista de endereços atualizados de colegas seus. Por iniciativa própria, escreveu a alguns deles, pedindo-lhes que nos enviassem seus estudos. Escreveu a Shneidman, a fim de que nos colocasse em sua lista postal, para efeito de recebimento, regularmente, do *Bulletin de Suicidology,* do National Institute of Mental Health (Maryland) . Graças ao Prof. Ansel, concretizamos o presente trabalho. Cada meia hora de síntese, em sua elaboração, custou-nos muito tempo de análise.