

IDEAÇÃO SUICÍDA: Manejo na Clínica Psicanalítica

Dayse de Cássia Pereira, Anna Sílvia Rosal de Rosal

Resumo: A ideação suicida é entendida como uma representação mental que pensa e planeja o ceifar da própria vida, sem, contudo, concluí-lo. Essa temática tem apresentado questões que merecem a atenção do âmbito acadêmico, principalmente em relação à suas motivações, formas de evitamento e manejo clínico. Contudo, pouco é abordado ao longo da formação do psicólogo no Brasil, o que justifica este estudo. Cada escola da psicologia entende o homem a partir de um prisma específico. A psicanálise o compreende como um sujeito dotado de desejo, singularidade, cujos comportamentos são influenciados por conteúdos inconscientes. Em relação ao sujeito que planeja tirar a própria vida, a psicanálise entende que na verdade, o desejo é cessar uma dor insuportável para a qual não identifica perspectiva de melhora. Em função disso, esta pesquisa buscou compreender como se dá o processo psicoterápico do sujeito que recorre à terapia psicanalítica em decorrência da ideação suicida. Para tanto, foram entrevistados quatro psicólogos com formação em Psicanálise e experiência sólida com esta demanda. Os resultados apontam para visões heterogêneas acerca do manejo adequado para estes pacientes, a importância da subjetividade do sujeito na construção da ideação suicida e a ausência de técnicas padronizadas que abarquem a complexidade do sofrimento humano. Ficou evidente que a ideação suicida não é a causa do sofrimento psíquico, mas a consequência de uma dor intensa que requer acolhimento, empatia e sensibilidade tanto do psicólogo/psicanalista quanto dos demais profissionais que dispensam cuidados ao sujeito com ideação suicida.

Palavras-Chave: Ideação Suicida. Psicanálise. Manejo clínico.

Abstract: Suicidal ideation is understood as a mental representation that thinks and plans the reaping of life itself, without, however, concluding it. This theme has presented the issues that deserve the attention of the academic level, mainly in relation to its motivations, avoidance forms and clinical management. However, this is a long-term study on the training of psychologists in Brazil, which justifies this study. Each school of psychology comes from man from a specific prism. Psychoanalysis behaves as a subject punctuated with desire, uniqueness, with the same behavior through the unconscious. In relation to the sense of gliding to take one's life, a psychoanalyst is actually the desire is to cease unbearable pain for which is not a prospect of improvement. As a result, this research sought to understand how the psychotherapeutic process is done rather than to respond to psychoanalytic therapy as a result of suicidal ideation. For that, four psychologists with training in Psychoanalysis and Therapy were interviewed. The indicators that aim to make heterogeneous about the appropriate management for these patients, the importance of subjectivity of the individual in the construction of suicidal ideation and the absence of standardized techniques that cover the complexity of human suffering. The evidence of suicide does not cause the psychiatric psychoanalyst, such as patients, the potential of psychiatric psychoanalyst, who are dispensing care to subject with ideation suicide.

Keywords: Suicidal Ideation. Psychoanalysis. Clinical management.

1 INTRODUÇÃO

O sujeito com alto sofrimento psíquico e tendência autodestrutiva vê na morte voluntária a única maneira de desvencilhar-se de tamanho sofrimento. Alguns agem de súbito, outros planejam o suicídio, deixando sinais ou pedidos sutis de socorro que nem sempre são percebidos. O ato suicida em si representa o auge do sofrimento humano, quando já não se consegue enxergar razões para acreditar que o sofrimento pode ser rompido e o sujeito enxergado em sua singularidade.

O suicídio, como um fenômeno histórico, já foi entendido de diferentes formas. Santo Agostinho, no século V a.C. via o suicídio um ato pecaminoso. Na Idade Média teve conotação criminosa, já que infligia dano à Coroa. Esta, por sua vez, confiscava os bens do suicida e penalizava o cadáver para que servisse de exemplo. Quando a Coroa se separou da Igreja, no final da Idade Média, a medicina passou a ter um espaço privilegiado. Os médicos passaram a avaliar se a morte voluntária advinha da loucura ou não, deslocando para o campo da patologia o fenômeno que antes era visto como pecado (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Cassorla (1991, p.28) afirma que “o suicídio é a ponta do iceberg de uma série de comportamentos e fantasias”. O suicídio, no entanto, é precedido pela ideação em torno do modo como este ato deve ser realizado: a ideação suicida. Werlang, Borges e Fensterseifer (2005) definem ideação suicida como pensamentos, ideias, planos e desejo de se matar, podendo evoluir para o suicídio consumado. Desse modo, ao contrário do suicídio, a ideação suicida se traduz na incompletude do ato, como uma representação mental que pensa e planeja o ceifar da própria vida, sem, contudo, concluí-la. De acordo com Cassorla (1991), raramente o sujeito com ideação suicida é capaz de reconhecer que este ato levará a morte.

A ideação suicida abarca uma pulsão instintivo-afetiva. Quem a produz carrega consigo um forte apelo pela vida. Ao mesmo tempo em que exprime tristeza e dor, deseja intensamente que o outro possa auxiliá-lo na dificuldade de lidar com o sofrimento existencial. Espera receber ajuda para que os sentimentos autodestrutivos acabem e, então, possa viver sem dor e sofrimento (BRUNHARI, 2015).

Para alguém que idealiza a própria morte, não há esperanças de que o mundo venha a ser melhor. Sua dor é vista como um ciclo interminável e perpétuo, que ninguém ouve, ou vê. Ou se vêem, não se importam o bastante para exprimir empatia sem julgamento (CREMASCO; BRUNHARI, 2009).

Como afirmou Freud (1915/1996), é difícil pensar na própria morte. Assim sendo, a negamos. Munimos o inconsciente da “quase” certeza de nossa imortalidade. Pensar e falar da morte são tabus na maioria das culturas, principalmente quando esta se dá pelo suicídio. Pelo mesmo motivo, torna-se inconcebível pensar nos motivos que levam alguém a findar a própria vida.

Em uma visão contemporânea, o psicanalista Cassorla (1991), compreende que o afrouxamento dos laços na era pós-moderna, a rapidez do tempo e o sentimento de desamparo, traz angústia e medo de ser substituído tal como ocorre com os objetos, o que deixa o sujeito ainda mais temeroso para enfrentar o dia seguinte. Sendo insuportável esse sentimento, o indivíduo se volta para si mesmo, introjetando e se identificando com aquele que, supostamente, o iria abandonar um dia, seu objeto de desejo e, ao mesmo tempo, objeto provocador de angústia.

Cassorla (1991, p.28) diz ainda que “a pesquisa clínica mostra que o suicida não quer morrer: o que ele deseja é fugir de um sofrimento insuportável, a morte sendo algo acessório, casual”.

Macedo (2007) assegura que a intensidade do sofrimento produzido pelo superego é tão grande, que o ego se vê sem esperança. Sem forças para resistir a uma pulsão de morte tão extrema e angustiante que supera a pulsão de vida. O ego se vê desamparado pelo superego e para fugir desse sofrimento, se deixa morrer. Nessa perspectiva Freitas (2015, p. 216) aponta que:

O sujeito que escolhe morrer, via de regra, está submerso em uma angústia avassaladora. Dito de outra forma, é um sujeito atravessado pela irrupção do real no corpo. A angústia é sempre angústia de castração, portanto angústia de quem está vivo, angústia do homem, no corpo, na vida. A morte não é a causa da angústia, mas uma forma de exterminá-la.

Segundo Macedo e Werlang (2007) o que é descarregado no ato do suicídio tem íntima relação com vivências traumáticas que não foram possíveis ressignificar, pois o sujeito não pode capturar a representação simbólica dessas vivências em vida. Para Cremasco e Brunhari (2009, p. 811), o ato suicida é visto como:

[...] um movimento perante a angústia, seja de uma saída de cena, um caminhar do sujeito em direção à evasão da cena, numa 'queda', como ato momentâneo que impede qualquer representação para o sujeito; seja por uma ênfase demonstrativa ao Outro, um clamar pela interpretação.

Ao entrevistarem pessoas que tentaram suicídio, os autores supracitados perceberam uma relação desestruturada desses sujeitos com suas mães. Isto estaria diretamente relacionado com o auge do sofrimento e da ideação suicida. Observaram também que sujeitos que têm filhos recuaram em relação ao ato suicida no momento em que se lembraram das crianças, ou seja, o vínculo parental surgiu como impedimento para o ato destrutivo. Estas pessoas disseram que caso efetivassem o ato, inevitavelmente seus filhos seriam criados pelas avós e isso foi significado como um ato de punição dos pais que os obrigaria a sofrer como elas sofreram na infância.

Freud (1924/1996, p. 205) reconhece que "a pulsão de morte operante no organismo - sadismo primário - é idêntica ao masoquismo", o que chamou de libido erógena. Já quando essa libido é projetada para o mundo externo, (exógena), a pulsão de morte adquire função de destrutibilidade. Para Cremasco e Brunhari (2009), a parte que não é direcionada para fora pela libido, permanece dentro do eu e o masoquismo erógeno se manifesta mobilizando a necessidade de autodestruição.

Carvalho (2014), em um estudo sistematizado sobre a visão da psicanálise frente ao suicídio, diz que o ato de tirar a própria vida representa o último recurso, uma espécie de luz no fim do túnel, capaz de tirar o indivíduo da dor quando esta se mostrar insuportável. Complementa:

O homem suporta a vida pela possibilidade que dispõe de matar-se. A morte é o que torna a vida possível. A vida é real e a morte simbólica, e se o real é impossível, viver é o exercício da impossibilidade. E o suicídio é uma

escolha capaz de dar um significado à vida quando ela chega ao limite da impossibilidade (p.145).

A psicanálise acredita que ao acessar conteúdos inconscientes por meio da fala, o paciente consegue entrar em contato com a pulsão de morte que o angustia, fazendo com que os conteúdos reprimidos tenham vazão e, a partir disso, possam ser ressignificados (FOCHESATTO, 2011).

Por meio do olhar psicanalítico, Talento (2016) afirma ser possível entender o sujeito a partir de sua história privada e não pelos aspectos de sua vida social. Por essa razão, complementa este autor, a escuta psicanalítica é sempre diferente para cada sujeito. Essa escuta se configura como algo extremamente importante, conforme Harari (1997, p.48):

Há uma necessidade de ser escutada, há algo a ser dito. Como isso pode ser dito? Cortando-se? Tomando remédios e produtos perigosos? O movimento pode ser significado nesta relação com o sofrimento. Sobre o movimento, a certeza advém ao sujeito por meio da ação e esta subtrai a certeza da angústia, 'apropriando-se dela'.

Maia (2003) citado por Macedo e Werlang (2007) afirma que em um processo de análise, o sujeito poderá se recuperar de experiências traumáticas e desafetas, conferindo um lugar psíquico a estas experiências.

A partir do exposto, surge a seguinte pergunta de pesquisa: como o manejo clínico que considera a escuta, a transferência e a resistência, pode favorecer nova perspectiva de vida para aqueles que encontram na ideação suicida uma forma apropriada de lidar com suas angústias e desalentos? Nessa direção, buscamos ainda entender como se dá a ressignificação de sentimentos e crenças a partir da relação estabelecida no *setting* analítico.

Este estudo tem como objetivo geral compreender como se dá o processo psicoterápico com pacientes em ideação suicida, na perspectiva de psicoterapeutas de formação psicanalítica. Este objetivo desdobra-se nos seguintes objetivos específicos: (a) conhecer os conceitos psicanalíticos que favorecem a compreensão da ideação suicida; b) compreender o manejo clínico de pacientes com ideação suicida; (c) entender as questões psíquicas consideradas no encerramento da psicoterapia, tanto no caso de alta quanto de interrupção desse processo.

A realização dessa pesquisa justifica-se pelo alto índice de suicídio no planeta. A Organização Mundial de Saúde (OMS¹, 2016), estima que 800 mil pessoas morram desta forma anualmente, uma a cada 40 segundos, o que equivale a 1,4% dos óbitos totais. A média global de mortes por suicídio é de 10,7 por 100 mil habitantes, sendo 15/100 mil entre homens e oito entre as mulheres. Cerca de 78% dos suicídios ocorrem em países de renda média e baixa. Apenas 28 países possuem estratégia nacional de combate à morte voluntária.

Além disso, a literatura sobre o suicídio é vasta, mas quanto à ideação, os estudos são escassos. Silva e Botega (2006) se empenharam no estudo da ideação suicida e reforçam a dualidade de conceitos elencados por diversos autores e a escassez de pesquisas voltadas para esta fase do comportamento suicida. O que se percebe é que há grande material elencando fatores de risco e predisposições, mas são escassos os estudos voltados para aspectos subjetivos, motivos e a invisibilidade do sujeito que idealiza a própria morte.

¹ Traduzido do inglês World Health Organization (WHO).

Soma-se aos fatores apresentados, o fato desse tema ser pouco abordado na formação de psicólogos é outro fator que confirma a importância desse estudo. Seus resultados poderão contribuir para complementar tal formação à medida que pretendemos divulgá-los à comunidade científica.

2 IDEAÇÃO SUICIDA

O dicionário Houaiss (2014) de língua portuguesa conceitua ideação como sinônimo de idealizar, tendo sentido de fantasiar e projetar. Assim, observa-se a linha tênue entre projetar e planejar, o que se tratando do suicídio e do comportamento suicida é algo preocupante.

A ideação suicida é uma das nuances que perpassa pelo comportamento suicida. Consiste no pensar, idealizar, encontrar motivos subjetivos, e usualmente identificar possíveis razões para viver/morrer. Desse modo, precede o ato suicida. A última instância do comportamento suicida ultrapassa a ideação: diz respeito ao ato de tirar a própria (SHNEIDMAN, 1993).

A ideação suicida é, portanto, o estágio em que o sujeito ainda pensa, pondera e está aberto a encontrar significados para continuar vivendo ou não. Tendo em vista o não desejo pela morte, é na ideação que algo pode ser feito, antes que o sujeito chegue aos próximos estágios: o planejamento e a tentativa. Silva e Botega (2006) sugerem que há um *continuum* ao comportamento suicida, reforçando que a ideação consiste em um estágio precoce e passível de intervenção. É a partir dos sinais de ideação suicida que a família, os amigos e o psicólogo podem fazer intervenções pontuais para cuidar da ferida do sujeito em sofrimento psíquico intenso, dando a este nova perspectiva de vida (FUKUMITSU, 2014).

Quanto à representação da ideação suicida para o sujeito, Berlim et al. (2003) afirmam que idealizar a morte indica um sofrimento psíquico intenso, e quando somados aos fatores de risco como depressão, transtornos mentais não tratados, isolamento e perdas, entre outros, podem maximizar os resultados levando sofrimento psíquico aos familiares e mobilizando outras pessoas em igual sofrimento a tentarem suicídio.

A prevenção da ideação suicida, conforme Lester (1989), citado por Silva e Botega (2006), aparece como prevenção primária para o suicídio. Sendo assim, a prevenção do pensamento e da intenção suicida pode promover ações que potencializem a saúde psíquica da sociedade de modo que a ideação da própria morte não ocorra. Interrompendo o ciclo da progressão do comportamento suicida, a consumação do ato fica cada vez mais fora de cogitação ao sujeito.

Freud defende a importância da fala para tratamento e cura dos sintomas psicopatológicos. A psicanálise se mostra uma grande aliada para a compreensão do sofrimento psíquico do sujeito, compreendendo-o em sua singularidade. Isto é feito por meio de uma escuta atenta ofertando a empatia do analista para se promover o conforto psíquico, muitas vezes escasso, no caso dos que idealizam a própria morte (CELES, 2005).

Conforme Justus (2003), o estudo do suicídio foi introduzido na psicanálise por Freud em 1901, em sua obra denominada Psicopatologia da Vida Cotidiana. Já em Luto e Melancolia (1917/1969), afirmou que o suicídio pertencia ao mesmo *roll* dos atos falhos e lapsos. Algo que transborda do inconsciente para o consciente, impulsionado pela extrema angústia e sofrimento psíquico.

A pulsão de morte e a tendência à autodestruição também foram assuntos da produção de Freud (1917/1969). O pai da psicanálise afirma que o sujeito em melancolia já tem consigo o desejo sádico de autoflagelação, e a ideação suicida ou o ato suicida são mecanismos que a psique encontra para retornar o sadismo ao eu, por meio da identificação narcísica com o objeto de desejo. Para Freud, o instinto de morte é uma “compulsão à repetição de uma energia psíquica, que tende ao

inanimado, isto é, à morte”. Já para Klein (1937/1996), esse instinto configura-se aos impulsos sádico-destrutivos do indivíduo, e pode incorrer em ideações suicidas ao longo da vida.

Freud, em 1920, no texto “Além do Princípio do Prazer” destaca noções de excesso, intimamente ligadas a “quantidades”; somas que invadem o psiquismo e deflagram traumas. Diz que o aparelho psíquico é intolerante às invasões repentinas, e tenta desprender-se dessa situação por caminhos já conhecidos e que foram eficazes anteriormente. Nesta espécie de fuga, observa-se o dualismo pulsional do homem e a força da pulsão de morte no sujeito, por não ter registros de como agir com esses excessos (MACEDO; WERLANG, 2007).

A ideação suicida, segundo a psicanálise, nasce diante de excessos que o aparelho psíquico ainda não possui repertório para confrontar. Segundo Macedo e Werlang (2007, p.92), a tentativa de suicídio nada mais é do que a única opção vista pelo sujeito para se livrar de tamanha dor psíquica. “Frente à ação do traumático, a ausência de palavras, provocada pela força do irrepresentável, leva o indivíduo a um ato de tentar dar fim à própria vida”. Os autores supracitados afirmam:

[...] Assim, a tentativa de suicídio, como saída, põe em evidência um ao que precisa ser escutado e historizado. Ao buscar a própria morte, o sujeito convoca o analista a uma escuta do que está além do desejo recalcado da neurose. Trata-se de uma escuta da urgência, pois se sabe da possibilidade de que, frente a um fracasso de uma tentativa, outra poderá vir a ocorrer.

Carvalho (2014) explana que o ser em angústia, prefere seguir à repetição do traumático, escolhendo a morte ao invés da vida, uma vez que os eventos que se sucedem ao longo desta são muitas vezes a repetição da dor e dos momentos de angústia vividos.

Havendo essa repetição contínua do traumático, o sujeito se vê submerso por uma angústia de castração, o que entendemos remetê-lo a vivência edípica, um sentimento de impossibilidade de fazer e ver a vida de forma diferente da qual vem vivendo e se repetindo, sofrimento após o outro, em um *looping* contínuo e infundável. A idealização da morte não é algo irreal, mas sim, passa a ser uma ideia fixa e concreta, em que o sujeito se apoia de maneira que sinta certo controle sobre suas ações, quase sempre determinadas pela frustração, dor, perdas e abandonos (CARVALHO, 2014).

Nos estudos desse autor, observa-se a preocupação em diferenciar as idealizações de morte para o neurótico, psicótico e para o melancólico, posto que cada um deles faz uma relação distinta entre a fantasia e o ato. Para o neurótico, por exemplo, a fantasia é um suporte e uma ferramenta para lidar com a falta do Outro, seu objeto de desejo. Desta maneira, perder esse objeto de desejo pode abalar tanto as fantasias do neurótico, apresentando a falta do Outro no real, ao ponto que o comportamento suicida possa ser rapidamente instalado no inconsciente e aos poucos, deflagrado no ato propriamente dito. Já para o psicótico, tudo o que foi perdido no simbólico volta ao real e a partir daí surgem às alucinações, tanto visuais quanto auditivas. Na psicose o sujeito se pauta no Outro, no gozo do Outro e suas inclinações. O psicótico pode idealizar a própria morte diante da angústia dessa submissão ao Outro, ou mesmo para obedecer à ordem, advinda de suas alucinações em que o Outro deseja sua morte. Diante do pedido do Outro, o psicótico pode cometer suicídio (CARVALHO, 2014).

O comportamento suicida do melancólico foi amplamente estudado por Freud (1917/1996) em “Luto e Melancolia”, explanado também nos estudos de Carvalho (2014). A passagem ao ato geralmente ocorre de forma impulsiva, uma vez que o melancólico e o objeto estão inteiramente ligados. Não se dispõe da fantasia, mas sim da sua identificação com um Outro. O não querer do outro para o melancólico o faz sentir-se resto, indesejado. Contudo, sente culpa, e este sentimento provocado pela perda do objeto é sentido de modo tão intenso que o sujeito se pune de forma sádica e vinga-se do objeto por meio da autopunição. O suicidar-se para o melancólico é não somente matar-se, mas matar seu objeto de desejo perdido.

Brunhari e Darriba (2014, p. 204) também estudam a melancolia diante do ato suicida, e citam a ambivalência como base no processo do melancólico. O amor e o ódio partilham uma linha tênue. “É assim que, após o abandono do objeto e a consequente identificação narcísica, o conflito passa a ser representado para a consciência como uma tensão entre o eu e o agente crítico, [...] o supereu”.

Essa tensão sobrepuja a ideação suicida, pois conforme Freud (1923/1969), o instinto de morte tende a obter êxito impulsionando o ego à morte. Esse supereu proporciona o sentimento de culpa ao ego e este, por sua vez, se castiga, sem qualquer objeção.

Mais uma vez, o que se observa nos estudos freudianos é que o sadismo e a identificação narcísica que ocorrem na psique do melancólico podem levar à ideação suicida e ao ato suicida, uma vez que a sombra do Objeto amado e perdido se sobrepõe ao eu, e este, para ser punido, pune a si mesmo. Para que o objeto, fonte de toda sua libido morra, o sujeito inflige a morte a si mesmo (BRUNHARI; DARRIBA, 2014).

As técnicas psicanalíticas podem ser grandes aliadas no tratamento dos transtornos causados por sentimento de abandono vivenciados na infância, cujos sintomas podem transparecer na adolescência e idade adulta, desencadeando a ideação suicida. As técnicas serão amplamente exploradas neste estudo posteriormente, elencando o manejo adequado para acolher este tipo de demanda.

Não se pode deixar de lado a importância da família e do núcleo de convívio social daquele que idealiza a própria morte. O suicídio possui causas multifatoriais, tanto exógenas como endógenas. Mobiliza desde à psique e questões psicopatológicas, até fatores sociais, econômicos e culturais. A família, nesse *holl* hierárquico que envolve figuras de poder e identificação, é importantíssima para a saúde mental de seus integrantes. Nesse sentido, Prieto e Tavares (2013, p.30) pontuam:

Uma pessoa não pode estar bem consigo mesma quando as figuras parentais introjetadas em sua mente inconsciente são predominantemente rígidas, pois a consciência fica caracterizada pela intolerância, predispondo a excessivas preocupações e à infelicidade. Instalam-se intensos conflitos internos, o que aumenta o estado de tensão, podendo levar a profundas perturbações mentais e até ao suicídio.

Ter uma família acolhedora desde a infância oportuniza ao sujeito aprender e internalizar um grande repertório que ajuda a lidar com frustrações de forma assertiva. Em um lar afetivo, com figuras de autoridade amorosas, se aprende formas de lidar com perdas, lutos, desavenças, desânimo, entre outros, de maneira que o ego não precise se punir. Há sempre um objeto de investimento da libido que mereça uma nova chance ou mesmo o desinvestimento saudável (OSTI; SEI, 2016).

Já em famílias cujo amor é escasso e as figuras de poder atuam com excesso de autoridade, injustiça e fragilidade emocional, o sujeito tenta a procurar um objeto de desejo que supra todas as lacunas deixadas pela idealização da família perfeita. Esse objeto, quando encontrado, pode suprir por algum tempo essas expectativas, mas na menor perspectiva de fracassar, a frustração que não foi treinada para ser resistida, gera profundos desapontamentos. Dolorosas feridas da infância são abertas e o sujeito passa a agir como quem não merece o amor de outrem, como se a culpa fosse realmente dele. Nesse *looping* de autoflagelação e culpa, a ideação suicida, antes admitida inconscientemente, passa a tomar forma e a crise suicida se instaura. Para acabar com o objeto que o desprezou, o sujeito pode findar com a própria vida, uma vez que o objeto passou a fazer parte do Eu (PRIETO; TAVARES, 2014).

Essa também foi uma visão muito discutida por Klein ao postular a importância das figuras parentais como alicerce para a construção da consciência. O superego é constituído a partir da introjeção dos objetos os quais conhece em seu círculo de convivência. Klein (1937/1996) acreditava que a formação do superego envolvia os mecanismos de projeção e introjeção, tanto do que era real quanto da fantasia nutrida pela criança. Nesse processo de introjeção de objetos, o superego é constituído e sentido como concreto pelo sujeito, avaliando condutas a partir dos parâmetros interiorizados desde a infância.

Na visão Winnicottiana, a mãe e o ambiente são de suma importância para o desenvolvimento saudável do indivíduo desde a tenra idade. É importante inserir a criança no mundo pautada por um viver criativo, capaz de superar adversidades, se desenvolver e amadurecer de forma saudável (OSTI; SEI, 2016).

Litman (1970/1996) citado por Prieto e Tavares (2014) ressalta que Freud não focou no papel dos pais na instalação do desejo de viver por parte das crianças. Pontua a importância de uma constituição saudável do Eu e de hábitos de viver e amar, mesmo levando em conta a tendência à autodestruição a que Freud se refere, citada anteriormente. Acredita que diante de uma falha nesses aspectos introjetados (de forma não saudável) o sujeito fica suscetível ao sentimento de abandono.

Prieto e Tavares (2014, p.31) citam os mecanismos envolvidos na crise suicida, tendo como base da psicodinâmica do suicídio a falência dos mecanismos de defesa do ego e o aumento da destrutividade:

[...] perda de objetos de amor; injúrias ao narcisismo; desinvestimento da maioria de seus objetos; a identificação com um suicida; afetos avassaladores de raiva, de culpa e de ansiedade ou uma combinação entre esses; extrema cisão do Eu e uma oposição de partes significativas de si.

Com base nos autores supracitados entendemos que a vivência de abandono que a criança experimenta na mais tenra idade pode desencadear a ideação suicida, uma vez que em seu inconsciente fora nutrido o desejo dos pais pela sua morte.

3 PSICANÁLISE: TEORIA E TÉCNICA

Macedo e Werlang (2007, p.90) afirmam: “A psicanálise, como teoria e técnica, propõe um olhar livre de ‘pré-conceitos’ para as dores da alma”. Desta maneira, esta corrente teórica busca o alívio do sofrimento psíquico por meio da escuta ativa, da transferência, da empatia com o sujeito, de forma que a cura ocorra por meio da verbalização da angústia, e esta seja interpretada pelo analista de maneira a aliviar a dor sentida, sem julgamentos ou concepções acerca do paciente que sofre.

Conforme Justus (2003, p.1):

A clínica psicanalítica está atenta ao discurso do cotidiano. Na narrativa do “varejo do dia a dia” o analista tem sua escuta dirigida para as brechas discursivas, que expressam a manifestação do inconsciente e permitem o acesso às possibilidades de emergência de um material novo, e da diferença.

A psicanálise se volta sempre à singularidade do sujeito e de seu sofrimento. Desta maneira, não o enquadra em nada pré-estabelecido. Cada ser humano é único e com peculiaridades que o constroem dialeticamente. Mais do que introduzir o sujeito em uma categoria de sofrimento, faz-se importante ouvi-lo, assisti-lo em sua dor e despertar significados singulares do seu inconsciente que somente aquele sujeito os vivenciará (BIRMAN, 1991). Nesse sentido Macedo e Werlang (2007, p.104) enfatizam:

A escuta analítica é fator essencial quando o ato ocupa o lugar das palavras. Escutar o ato-dor é escutar o irrepresentável, [...] a escuta do que escapa ao complexo representacional do sujeito. A repetição será trabalhada e nomeada no terreno da transferência e assim poder-se-á construir, junto com o paciente, palavras que metabolizem o excesso.

A Transferência é fator preponderante na técnica psicanalítica. É por meio do manejo da transferência que a análise efetivamente ocorre. Atua como se ela fosse necessariamente ocasionada durante o tratamento psicanalítico. Freud (1905, p.101) identificou a transferência ao refletir sobre a análise interrompida de sua paciente Dora:

Que são transferências? São reedições, recriações das moções e fantasias que a análise desperta à medida que avança. O característico de todo o gênero é a substituição de uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Para dizer de outro modo: toda uma série de vivências psíquicas anteriores não é revivida como algo passado, mas como vínculo atual com a pessoa do médico.

Destacou a dificuldade desse manejo, pois a transferência não é algo que o paciente comunica com clareza. Ao contrário, é uma resistência que pode impedir o progresso da análise. É, portanto, um obstáculo imposto pelo paciente à relação analítica. Obstrui um dos princípios fundamentais da análise: a associação livre. O sujeito não diz o que vêm à mente nas sessões paralisando suas associações diante dos pensamentos que se voltam à figura do analista. Como Freud (1914/1996, p.202) explana:

Deve-se dar ao paciente tempo para conhecer melhor essa resistência com a qual acabou de se familiarizar, para elaborá-la, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico, segundo a regra fundamental da análise. Só quando a resistência está em seu auge é que pode o analista, trabalhando em comum com o paciente, descobrir os impulsos recalcados que estão alimentando a resistência; e é este tipo de experiência que convence o paciente da existência e do poder de tais impulsos.

Freud (1912/1980) em “A Dinâmica da Transferência” diz também que esta vivência é um potente recurso para a melhora do paciente e condição para o sucesso do tratamento, desde que seja interpretada. Sendo assim, identificou a transferência negativa e a positiva. A primeira está ligada a aspectos hostis do paciente para com o analista, e a segunda pode ser subdividida em transferência de sentimentos afetuosos, admissíveis à consciência, e aqueles que se prolongam ao inconsciente, vinculadas a desejos sexuais (FREUD, 1912/1980).

A escuta analítica, conforme Birman (1991, p.128), “[...] nunca é ingênua, pois traz consequências éticas inevitáveis nos diferentes processos psicanalíticos que o analista promove”. Desta maneira, o manejo clínico adequado, pautado pela ética e fiel à técnica utilizada pela corrente teórica é de suma importância para se atingir os resultados esperados, aliviando a angústia do paciente e possibilitando ressignificar questões que causam extrema dor e sofrimento.

Na clínica psicanalítica a cura é vista de forma diferente da medicina. Enquanto a medicina acredita que se curar é retornar a um estado anterior à doença, para a psicanálise significa trabalhar o potencial que anteriormente as inibições e sintomas haviam diminuído, ou seja, voltar a um estado em que não existia, senão de forma potencial (HORNSTEIN, 1989).

3.1 Manejo Clínico

Especificamente em relação ao manejo clínico direcionado ao paciente com ideação suicida, “embora efetivamente haja urgência de escutar o suicida, nem sempre há urgência de agir, de ‘fazer alguma coisa’ [...] Em matéria de tentativa de suicídio, a única urgência é a urgência da escuta” (MARCELLI; BRACONNIER, 1989, p.112). Assim, percebe-se o quanto o manejo da clínica psicanalítica é importante para os que idealizam a morte, já que a fala é o principal mecanismo de troca e cura nesta abordagem terapêutica.

Mas seria somente ouvir? O analista não deve fazer algo para impedir o suicídio do seu paciente? Fukumitsu (2014, p.271) diz que não é papel do terapeuta ter controle sobre a morte nem sobre a vida do paciente. O que cabe a este é “[...] promover a ampliação de situações nas quais o cliente possa se sentir vivo. [...] É preciso favorecer a ampliação de outras maneiras para enfrentar o sofrimento”. Por sua vez, Maia (2003) acredita que o *setting* terapêutico é o melhor lugar para o analista favorecer o surgimento de afetos que, uma vez corrompidos pelo poder do traumático no paciente, podem provocar cisões patológicas. Nesse sentido, Fukumitsu (2014, p.271) explana:

O psicoterapeuta precisa desenvolver empatia no que se refere ao sofrimento humano, isto é, o profissional pode se disponibilizar para se aproximar do lugar onde o paciente está e, por meio de sua disponibilidade

interpessoal, a esperança de que o cliente possa reconhecer suas potencialidades – a fim de ampliar sua maneira de enfrentamento de seus sofrimentos – poderá ou não emergir. Sendo assim, uma relação terapêutica que prima pelo cuidado e não pela cura pode ser facilitadora para que o cliente ressignifique seu desespero existencial e descubra perspectivas de manejo de seus conflitos.

Ferenczi (1933/1997, p.117) propõe que o analista convoque o paciente a falar sobre sua dor, seus traumas, sua infância, e que compreenda, pela narrativa do analista, que este partilha de suas dores e que nesse momento ele não está mais sozinho com suas angústias. Destaca o autor supracitado:

[...] talvez não lhe possamos oferecer tudo o que caberia em sua infância, mas só o fato de que possamos vir em sua ajuda já proporciona o impulso para uma nova vida, na qual se fecha o dossiê de tudo o que se perdeu sem retorno e, além disso, efetuando o primeiro passo, é permitido contentar-se com o que a vida oferece, apesar de tudo. Não rejeitar em bloco, mais vitalizar o que ainda pode ser utilizável.

Fukumitsu (2014) manifesta sua compreensão sobre a temática em questão ao apontar uma fala que compreende apropriada ao paciente com ideação suicida: “Não gostaria que você se matasse sem que me desse o direito de saber sobre seu desespero”. Assim, o paciente pode trazer para o concreto a importância em expor sua angústia ao analista, pois sentirá que este realmente se preocupa com sua dor.

Nesse momento, por meio da associação livre, é possível que o paciente se depare com questões que lhes fazem sentido, além de poder iniciar uma transferência com a analista, ou mesmo passar a ver o mundo de outra forma. Sem o paciente verbalizar suas angústias, o analista nada pode contribuir para o progresso do cuidar da dor ou da angústia de seu paciente, uma vez que a escuta ativa, a atenção flutuante, e as significações dadas por parte do analista dependem predominantemente do discurso do paciente (COELHO, 2002).

Do mesmo modo, o psicoterapeuta deve estar atento aos seus conteúdos internos diante do manejo clínico, primando pela conduta analítica sadia sem preconceitos e contratransferências que prejudiquem a análise. Nesse sentido Cassorla (2000, p.174) explana:

Sua capacidade analítica deve permitir-lhe acolher os fenômenos que são transmitidos pelo paciente, através das formas possíveis, incluindo as identificações projetivas anormais, sem que seus conflitos relacionados a violência, destruição, morte, culpa, agressividade, narcisismo, inveja, etc., sejam reativados patologicamente.

Fukumitsu (2014, p.273) reconhece três fases de conduta do manejo psicoterapêutico na lida com pacientes que apresentam ideação suicida: “1) Perguntar e explorar; 2) Compreender, confirmar e acolher; 3) Encaminhar e acompanhar”. Na primeira fase se objetiva ouvir o problema e explorar todos os demais problemas que se imagina resolver com o suicídio. Cabe também nessa fase explorar a ideação suicida, questionando de forma objetiva o desejo de matar-se, como e quando (FUKUMITSU, 2014).

A segunda fase busca compreender o significado da ação suicida, acolhendo a angústia e o sentimento de impotência do paciente. É importante que o psicoterapeuta explore esses significados, pois nem sempre o sujeito quer morrer, mas sim, viver de outra maneira que não seja com tanto sofrimento. Nesse momento

pode-se mostrar ao paciente que existem diversas outras formas de lidar com a angústia, que não seja desistindo da vida. É importante enfatizar, ao longo do processo psicoterápico, que o terapeuta está com o paciente, voltado para ele, sem julgá-lo ou impor condições (FUKUMITSU, 2014).

A terceira fase é o momento de mostrar ao paciente sua preocupação com a ideação suicida, solicitando permissão para que este, a qualquer momento que deseje efetivar o ato, possa compartilhar essa angústia com o psicoterapeuta ou analista. É o momento de acolher a dor e o desespero do paciente, buscando mostrar-lhe novas possibilidades existenciais que deem sentido à sua vida. É também o momento de envolver os familiares e/ou equipe multidisciplinar para auxiliar o paciente em caso de crise suicida, considerando, inclusive, a necessidade de internação (FUKUMITSU, 2014).

4 MÉTODO

Este estudo de abordagem qualitativa buscou compreender, em profundidade, a psicoterapia de abordagem psicanalítica de sujeitos com ideação suicida. A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2001), permite compreender um universo de significados acerca do fenômeno estudado, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

Quanto ao procedimento, optamos por realizar uma pesquisa de campo para coletar dados no contato com psicoterapeutas psicanalíticos que atenderam sujeitos com ideação suicida (GERHARDT; SILVEIRA, 2009) e desse modo compreender a psicoterapia a partir da experiência de quem a conhece na prática clínica. Isto porque acreditamos que compreender o fenômeno a partir da experiência de quem os vivencia tem importância singular (GODOY, 1995).

A coleta de dados se deu por meio da aplicação de questionário e realização entrevistas narrativas. O questionário proposto teve o objetivo de identificar se os prováveis participantes atendiam aos critérios de inclusão. Já a entrevista narrativa, conforme Muylaert et al. (2014) visou atingir maior profundidade sobre o assunto pesquisado e favoreceu a imersão no tema de acordo com a experiência de vida de cada participante. A entrevista narrativa conta com um número reduzido de participantes, uma vez que a experiência narrada, em profundidade, pelos entrevistados, traz a voz de tantos outros. Desse modo, a narrativa de quatro entrevistados produz conteúdo significativo a ponto de promover a compreensão do fenômeno pesquisado: como se dá a psicoterapia de pacientes com ideação suicida. Vale ressaltar que o modelo de entrevista em questão confere profundidade a narrativa dos psicólogos de formação psicanalítica em função do modo como está estruturada. Este modelo assegura a livre associação do entrevistado à medida que não é interrompido ou direcionado ao longo de sua fala.

A escolha dos participantes ocorreu de forma intencional. Em princípio, foram contatados por meio de grupos em redes sociais constituídos por psicólogos ligados ao tema pesquisado. O segundo contato ocorreu por *e-mail* quando foi encaminhado um questionário prévio para verificar se os possíveis entrevistados possuíam critérios de inclusão da pesquisa, a saber: (a) psicólogos com especialização em Psicanálise; (b) experiência clínica, de no mínimo cinco anos, com pacientes com ideação suicida, tempo que entendemos assegurar a possibilidade de minimizar variáveis relativas a baixa experiência clínica, em especial se tratando de casos complexos como a ideação suicida, e; (c) ter atendido, nos últimos seis anos, pacientes com ideação suicida.

Dezesseis candidatos foram contatados por e-mail após terem esboçado interesse pela pesquisa. Seis deles não enviaram o questionário respondido. Outros seis responderam ao questionário, mas não possuíam os critérios de inclusão na pesquisa. Um destes não apresentou experiência com pacientes e ideação suicida demanda, e os outros cinco não possuíam especialização em psicanálise. Apenas quatro candidatos apresentaram todos os requisitos exigidos para participar do estudo e seguiram para a próxima fase da pesquisa. O número de participantes, portanto, está em consonância com o conceito da entrevista narrativa, citado anteriormente.

Os quatro participantes foram contatados para agendamento do melhor dia e horário para a realização das entrevistas. Contudo, em função de dificuldade de locomoção, optaram por realizar as entrevistas por meio de recursos tecnológicos.

Dois destes foram entrevistados via aplicativo, outro optou por responder as questões via *e-mail* e o último, foi entrevistado via *Skype*. Todos moram no Estado de São Paulo. Três na capital e um em uma cidade de grande porte.

As entrevistas foram gravadas, exceto a que foi redigida por e-mail pelo próprio participante. Foram transcritas para permitir variadas leituras e garantir uma análise mais completa. Como afirma Scheaiber (1995), possibilitando ampliar o poder de registro e captação de elementos da comunicação, analisar as pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa e permitindo maior acurácia na análise. As transcrições estão disponíveis nos apêndices.

A análise dos dados foi realizada por meio da teoria psicanalítica. Ressalta-se que a Psicanálise é um método em si e, por isso, dispensa o auxílio de outros tipos de métodos de análise de dados, como adotado por outras áreas da ciência. Desse modo, a análise dos dados ocorreu apoiada nos princípios psicanalíticos como a associação livre, a transferência e a atenção flutuante, dando sentido ao que foi exposto pelo participante (MEZAN, 2006; NAFFAH NETO, 2006).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNIP, no ano de 2018, sob o CAAE 03510818.8.0000.5512. Todos os participantes receberam o termo de consentimento livre e esclarecido e o assinaram. Uma via foi devolvida para a pesquisadora via e-mail.

Visando o anonimato dos participantes atribuímos a estes nomes fictícios, com exceção de um deles que pediu para ser identificado dispensando, portanto, o recebimento do nome fictício.

5 RESULTADOS

Esta seção propõe-se a apresentar os resultados coletados em campo e analisa-los à luz da Psicanálise. Começamos apresentando a experiência dos psicólogos entrevistados. Dos quatro participantes, duas são mulheres e dois são homens. As idades variam de entre 34 a 74 anos, evidenciando heterogeneidade tanto de gênero quanto em relação a experiência profissional.

Todos os participantes estão em contínuo aperfeiçoamento, tanto em relação aos estudos quanto em relação a publicações científicas, reforçando a importância de se manterem sempre atualizados frente às demandas psicológicas da contemporaneidade. São, portanto, profissionais que além da experiência clínica, se dedicam a atividades científicas. Observamos que estes psicólogos/psicanalistas realizam supervisão dos casos, tanto de forma individual, quanto em grupos de discussão, pontuando a presença da rede de apoio, principalmente com casos complexos como de ideação suicida.

Quadro 1 – Perfil dos participantes

	Paulo	Wilson	Rafaela	Martina
Idade	74	55	34	52
Tempo de formado	51	33	11	19
Experiência com ideação suicida	51	33	09	15
Local de moradia	Interior	Capital	Capital	Capital

FONTE: Desenvolvido pela autora

Os dados foram organizados a partir de temas definidos *a priori*: (a) a análise de pacientes com ideação suicida; (b) técnicas específicas para essa demanda; (c) resistências manifestadas na terapia; (d) relação transferencial; (e) infância dos pacientes com ideação suicida; (f) estrutura de personalidade desses pacientes; (g) a alta psicanalítica. No entanto, após as entrevistas, surgiram outros dois temas importantes: (a) rede de apoio interdisciplinar e (b) o papel da família no tratamento desses pacientes. Explorando cada tema, as categorias citadas permitem compreender a análise de pacientes com ideação suicida, desde sua chegada ao consultório até à prospecção da alta.

5.1 O início da análise: queixa latente e emergente

Em relação ao início da análise de pacientes com ideação suicida, o participante Paulo afirma: “[...] O começo da análise é justamente entender o motivo pelo qual ele nos procurou, ou os fatores que o levaram a ideação suicida. Se ele veio, é uma forma de mostrar que está querendo ajuda”. Rafaela discorre: “Tem que tentar entender ‘diretinho’ onde se localiza esse suicídio: o que significa esse suicídio para aquela pessoa? Pra poder começar o trabalho”. Martina completa: “[...] de fato, o paciente não chega dizendo: ‘Vim porque eu estou pensando em me matar’. De maneira geral, a gente recebe o paciente, a gente vai escutar, vai fazer uma anamnese para entender o que o fez buscar a terapia”.

Todos os entrevistados foram enfáticos em afirmar a ambivalência de sentimentos por trás dos pensamentos destrutivos. Há o desejo pela morte e ao mesmo tempo um pedido urgente por ajuda, como pode ser percebido na fala de Paulo:

[...] Se a pessoa chega dizendo: “eu não quero mais viver”, é porque ela quer ajuda. Ela precisava me procurar para dizer que não quer viver. Então tem uma parte dela que não quer viver, e outra parte que está buscando ajuda. Quando a pessoa chega, já há uma esperança. [...] o maior problema é quando a pessoa não chega, porque aí ela não acredita mais que ela possa ser ajudada.

Wilson corrobora com esta compreensão quando diz:

“[...] são pacientes que demonstram em sua fala e ações uma ambivalência quanto ao desejo de viver. Ainda, essas pessoas vivenciam forte sofrimento e falta de sentido em suas vidas, e a tentativa de suicídio aparece como pedido de ajuda”. [...] O paciente, no mais das vezes, pretende ‘matar’ algo que se apresenta como insuportável e isso não significa que seja sua vida.

Rafaela destaca: “Tem de fato um desejo de morte e um desejo de vida, se ela tá me buscando! Tem algum nível de vida [...] Quando a pessoa tem esperança ela busca [...]”.

A ideação se manifesta, portanto, não como a causa do sofrimento, mas como a consequência da proporção que o sofrimento psíquico atingiu. Nesse sentido Paulo acrescenta:

[...] a ideação suicida não é a causa de nada; é a consequência final de um sofrimento mental. Então, a pessoa está sofrendo, provavelmente ela quer que alguém a ajude a lidar com este sofrimento. Você começa a tratar a ideação suicida e em poucas sessões esse deixa de ser o problema. Passa a ser o sofrimento mental que está por trás da ideação suicida.

Nesse interim, retoma-se a questão de causa e consequência, tão discutida na psicanálise. Como pontua Lacan (1965/1966, p.879), “não sou, no entanto, causa de mim mesmo”. Em outras palavras, embora seja necessária a atuação do sujeito para haver uma causa, não é o sujeito quem a cria. A ideação suicida surge como consequência de um sofrimento insuportável, e não é, por si só, o que causa esse sofrimento.

O conteúdo emergente ou manifesto é aquele que o paciente trás para análise, expondo de forma consciente sua queixa, aquilo que ele acredita ser o motivo de seu sofrimento.

O conteúdo latente foi explicado por Freud em “A interpretação dos Sonhos” como sendo a interpretação do desejo inconsciente do sujeito. Trata-se daquilo que não está evidente para o paciente, mas emerge em análise diante da interpretação do psicanalista.

A ideação suicida e o pedido de ajuda são, portanto, a queixa emergente (ou conteúdo manifesto), sendo aquilo que o paciente tem consciência. Já o que causou tal queixa e sustenta a dor psíquica desses pacientes é a queixa latente.

5.2 Técnicas Psicanalíticas

Esse tema foi colocado como polêmico pelos participantes. Como psicanalistas de longa data, destacaram que não existem técnicas específicas para tratar a ideação suicida, uma vez que a ideação é apenas um sintoma do sofrimento psíquico intenso. Para a psicanálise não há um roteiro que abarque um manejo específico para pacientes, de modo geral. O psicanalista trabalha com um olhar individual para cada paciente, em função de sua singularidade, como bem traduz a fala de Paulo: “[...] você não tem uma psicanálise para uma ideação suicida, mas você tem uma psicanálise do Antônio, do João, da Maria. Cada paciente vai se apresentar de uma forma diferente”.

Nesse sentido, Birman (1991) destaca que a psicanálise se volta para a singularidade do sofrimento humano. Ainda assim, como afirma Cassorla (2000), embora cada qual possua suas peculiaridades, impossíveis de se generalizar, isso não é impeditivo para tentar compreender cada situação única.

Assim como Paulo, Wilson pondera: “Desconheço técnicas definidas para o atendimento dessas manifestações. Considero que a sensibilidade do psicólogo ainda é a principal ferramenta”. Rafaela também coloca: “[...] depende muito de qual é o caso, qual é a compreensão que eu tenho do que está acontecendo”. Martina completa: “[...] não é porque há ideação suicida que existe o manejo específico, e sim o acolhimento”.

A fala dos quatro participantes evidencia que a análise psicanalítica é singular, não havendo técnica específica para pacientes com ideação suicida. O que pode haver, segundo Paulo, é o trabalho emergencial com psicoterapias breves derivadas da psicanálise. O psicanalista vai trabalhar esse sentimento autodestrutivo do paciente de forma mais objetiva, entendendo como o paciente significa os eventos antecessores à ideação, ou seja, tentar compreender o funcionamento psíquico deste sujeito e os motivos que o levaram a perceber determinadas perdas de forma tão intensa. Paulo completa:

[...] você pode fazer um atendimento emergencial [...], e depois se a pessoa tiver disponível e tiver condições emocionais, aí ela entra no tratamento mais analítico. [...] por mais consciente que seja, o psicanalista está sempre alerta para tentar descobrir o sentido do sintoma, o que é que tem por trás daquilo.

Do mesmo modo, Rafaela expõe o manejo que considera como uma boa estratégia no início da análise:

[...] em geral, o meu principal caminho é fortalecer muito o vínculo com essa pessoa. Essa pessoa está prestes a romper todos os vínculos dela, então algo por aí perdeu o sentido. O vínculo não está sendo mais algo que é forte o suficiente pra essa pessoa querer permanecer. Então eu fortaleço muito o vínculo no começo da análise.

Nesse sentido, outro ponto relevante é o fortalecimento dos vínculos que estão rompidos ou frágeis. Martina pondera: “[...] é raro ela dizer: ‘eu penso em me matar’, mas a gente percebe que ela está se desconectando das referências vitais dela”. Assim como afirmam Marcelli e Braconnier (1989), deve-se haver a urgência pelo acolhimento, pela compreensão do analista, e não pelo agir propriamente dito. Em outras palavras, o analista não precisa necessariamente exigir de si uma conduta específica, querer fazer algo, mas sim, estar disponível para a escuta ativa, buscando compreender as causas desse sofrimento que impedem o sujeito de

vislumbrar o futuro. Deve-se primar pelo cuidado, e não pela cura (FUKUMITSU, 2014).

Rafaela explica:

[...] suicídio pode ser tanto um rompimento de vínculo com uma concretização de uma existência. A pessoa às vezes já sente que ela existe no vazio, sente que ela existe na ausência, na morte, na ruptura, então o vínculo vai dizendo por onde eu posso ir. O vínculo pode ser uma possibilidade de existir de um outro jeito; [...] pode ser uma retomada de conexão com outras possibilidades.

5.3 Resistência

O tema da resistência é compreendido de modo distinto pelos participantes. Para Paulo, a resistência não pode ser vista como algo generalizado para o paciente com ideação suicida. Segundo ele, cada paciente irá apresentar um tipo de resistência, ou mesmo, não apresentar nenhuma. Paulo destaca: “[...] Não podemos ser generalistas [...]. O paciente vai resistir ou não. [...] A psicanálise é artesanal, cada paciente é diferente”.

Wilson pontua que em pacientes com ideação suicida, a resistência mais percebida é a desesperança pela vida. “[...] o paciente não consegue imaginar-se ‘resolvendo’ ou superando aquilo que o leva a pensar em suicídio. Parece que o ato tem valor superior às perspectivas”.

Rafaela acredita que a resistência é uma das questões mais interessantes de se trabalhar com esses pacientes. Para ela, a resistência é vista como:

“Um mecanismo de sobrevivência”. O paciente pode começar a faltar sem avisar, mas isso é visto como uma fase no processo. [...] se a pessoa está resistindo é porque ela está em processo [...] é porque ela tem um mecanismo de sobrevivência funcionando [...]

Nesse sentido, percebe-se a importância do manejo adequado com essa demanda, pois é preciso compreender os momentos de oscilações do paciente como um processo. Acolhê-lo e respeitá-lo para que ele sinta que o analista está ali para ajudá-lo. Conforme Ferenczi (1933/1997), é importante que o analista demonstre partilhar das dores do paciente; demonstre essa disponibilidade afetiva; acolha-o em sua dor verdadeiramente, de modo que ele entenda que para melhorar, ter mais qualidade de vida, ele precisa escolher viver; precisa entrar em análise e confiar no psicanalista.

Segundo Paulo, também é importante que o analista consiga suportar toda a descarga emocional que este paciente irá trazer, para que possa dar significado, interpretar o que essa resistência está querendo apontar. Do mesmo modo, deve-se ser claro com o paciente sobre o desejo de querer ajudá-lo, de estar à disposição, mas que isso só será possível em parceria, “pois não podemos escolher por ele”. Paulo destaca:

[...] Se a pessoa, por exemplo, diz assim: ‘você não vai me convencer de nada’, você vai dizer: ‘bom, eu não estou aqui para te convencer, eu estou aqui para tentar te ajudar... agora, se você não quiser ajuda, eu não vou poder fazer nada. Eu estou aqui à sua disposição’.

5.4 Relação Transferencial

Como se viu em Freud (1905 e 1912), a transferência é a parte mais importante do processo psicanalítico, pois possibilita que conteúdos vividos anteriormente sejam revividos através do vínculo atual com o analista.

Há dois tipos de perfis de pacientes com ideação suicida: aqueles que chegam agressivos e transferem a agressividade que têm do mundo ao analista; e aqueles que chegam carentes, traumatizados, e transferem para o analista a necessidade do *Holding* (CASSORLA, 2000).

Como destaca Martina, “[...] inicialmente, a gente tende a perceber uma transferência idealizada. [...] pode ser da mãe imaginária que é o lugar mais comum. Então, a gente passa a ser a pessoa mais maravilhosa do mundo que vai dar conta de todas as coisas”.

Paulo completa:

[...] Outra possibilidade é que o paciente seja tão traumatizado que cria um vínculo com a gente, ele fica dependente da gente, então ele precisa que você seja sempre disponível [...] ele nos procura, então nesse desespero muito grande, [ele pensa que] a gente tem que estar disponível pra ele.

Wilson, por sua vez, acredita que o paciente com ideação suicida – salvo cada subjetividade – exige do analista uma resposta de vida ou de morte, transferindo a este a responsabilidade por suas escolhas, a impotência em tomar decisões:

[...] percebo que aqueles pacientes que conseguem procurar ajuda, apresentam-se como pessoas que buscam transferir a decisão para o espaço terapêutico. Buscam ‘transferir’ para a sessão de análise e para o analista a decisão pelo suicídio. [...] A impotência é transferida e, muitas vezes, o analista identifica-se com ela.

Rafaela corrobora ao dizer que o analista tende a “achar que de fato, [...] consegue impedir que alguém se mate...[...] coloca a gente em contato com a questão do controle da morte”. Ressalta-se a importância de o analista estar sempre se aperfeiçoando e atento à contratransferência, pois conforme Wilson “[...] O impacto disso pode paralisar o terapeuta”.

Cassorla (2000) afirma que “[...] todo psicanalista sabe que ele e a psicanálise não são onipotentes, e que o suicídio pode ocorrer, por melhor que seja o processo analítico”. Do mesmo modo, Fukumitsu (2014) entende que não cabe ao psicoterapeuta ter o controle sobre a vida do outro. Diante disso, o analista precisa estar atento a contratransferência, não sucumbindo ao desejo de que o paciente continue vivo exclusivamente por sua vontade.

Segundo Paulo, o paciente que está com “ódio da vida” vai transferir esse “ódio” para o analista. Apresenta-se mais agressivo, com respostas ríspidas, e é papel do analista deixar claro que ele só pode ajudá-lo se este quiser ser ajudado. Martina complementa esta compreensão ao dizer:

[...] é uma tendência de que as partes ruins venham para o atendimento. Então o analista acaba se tornando aquele que persegue, aquele que não entende, e cada continência dessa transferência negativa fortalece o

vínculo, e essa pessoa vai podendo fazer uma reparação 'né' [...] porque ela está trazendo as partes agressivas dela, e ela percebe que a gente não sucumbe, que a gente não desiste [...] é a persistência do analista em seguir, apesar da agressividade que vem se manifestando.

Rafaela acredita que, no mais das vezes, o paciente com ideação suicida transfere a desconfiança que tem do mundo ao analista. Pode ter sido tão frustrado em suas relações objetais que, em contato com o analista, continua na dúvida se este poderá, de fato, auxiliá-lo, já que tantas outras pessoas passaram por sua vida e só o decepcionaram. Outros, por sua vez, podem encontrar no analista a fonte de sua salvação, depositando nele sua única e última esperança. Assim como pontuam Prieto e Tavares (2013), o paciente com ideação suicida que vive uma sucessão de frustrações, pode transferir ao analista a indisponibilidade do mundo em suprir suas expectativas, já que a lógica de sua vida sempre foi essa.

Nesse sentido, Paulo afirma que uma terceira possibilidade no perfil do paciente é a ambivalência:

O mais comum é uma situação ambivalente. Então, o paciente cria uma expectativa imensa em relação a gente, e a gente o decepciona. E a gente não pode estar disponível sempre "né". Aí ele fica com ódio, e a gente tenta entender o ódio, o significado daquilo, e aquilo que era uma idealização no início, uma perseguição no início, começa aos pouquinhos a fazer sentido, de que no mundo real, as pessoas não podem ser assim, não existe ninguém que esteja disponível 24 horas por dia.

5.5 Infância

Acreditamos ser relevante o tema da infância para pacientes com ideação suicida diante da importância da família na constituição da identidade do sujeito, em especial da relação edípica, como nos mostrou Freud (1923/1969).

Paulo acredita que pacientes com tipos de transtorno específicos, como *borderline* ou bipolar, por exemplo, embora haja, evidentemente, a subjetividade de cada um, é possível generalizar alguns comportamentos. Contudo, no que tange à aspectos peculiares como a elaboração da infância, não é possível generalizar, já que cada qual significa suas vivências de modo singular. Paulo enfatiza:

A ideação suicida é um complexo infinito de fatores. O que você pode é identificar algumas coisas. Tem criança que não teve o colo do pai e da mãe e que não tem ideação suicida. Então não existem relações causais na psicanálise. Há um complexo infinito que se conjugam de determinadas formas.

Do mesmo modo, Wilson pontua: "[...] não é possível pensar que esses pacientes têm uma história comum [...]". Entretanto, de forma mais superficial, Wilson acredita que a baixa autoestima seja um fator importante a ser explorado. Wilson explica que é preciso entender "[...] qual a importância que vivenciou na família quando criança, como viveu o desejo, o meio ambiente por ela". E complementa:

Outro fator que destacaria é de que as experiências significativas na maioria das vezes estavam no olhar dos outros e nos anseios dos outros pelos seus

comportamentos. Poucas vezes vivenciou a experiência de que suas ações foram vistas como positivas.

Rafaela compactua com a visão de Wilson, afirmando:

[...] pra chegar até aqui do 'jeitinho' que chegou, e olhando como um todo, eu acho que têm uma infância com muitas faltas. Acho que esse vazio que fica é o vazio da infância [...] que a gente nunca vai saber o quanto, de fato é, foi, ou se não foi, mas com certeza é real, é verdade que essas pessoas viveram faltas muito significativas do começo da infância, [...] muitas faltas ou muitas violências.

Nesse sentido, Litman (1970/1996) observa sentimento de abandono naqueles que vivenciaram muitas falhas nos aspectos introjetados da infância. Prieto e Tavares (2013) apontam que quando o sujeito se identifica com figuras parentais rígidas, intolerantes, com relações confusas, isso pode ser um agravante para tendências destrutivas, já que a cobrança em torno de si é exacerbada.

Corroborando com Rafaela e Wilson, Martina explana sobre suas percepções dos casos que atendeu com demanda de ideação suicida:

[...] infâncias com pouca afetividade, pais problemáticos, pouca estrutura maternal, ou mesmo uma simbiose profunda com a mãe que afetava os relacionamentos atuais, enfim, não dá para generalizar, mas os casos que atendi permearam por histórias familiares muito difíceis, com muitas agressões (físicas ou verbais) em casa, pais com relacionamentos bastante prejudicados e infantis, em que os filhos se viam no meio das brigas, tentando cuidar desses pais. E outros casos em que a família realmente não era presente, e quando se fazia presente, principalmente no processo terapêutico, acabavam por piorar a situação [...] parece que na hora falam que vão ajudar, mas depois o paciente volta pior.

No geral, podemos pensar essas faltas como a ausência do *Holding*, e essa violência, nem sempre física, como uma agressão à individualidade e ao poder de escolha do sujeito. Há muitas famílias desestruturadas que sequer pensam que o filho (a) esteja em sofrimento psíquico, pois atuam diariamente com um universo de intempéries individuais, inviabilizando o cuidado mais criterioso com as necessidades físicas, quanto mais psíquicas das crianças.

5.6 Estrutura de Personalidade

No âmbito das personalidades e dos transtornos decorrentes como estudados por Carvalho (2014), não se observou homogeneidade nas respostas dos participantes, deflagrando que não há manejo específico para cada estrutura de personalidade, embora seja importante fazer essa identificação ao longo da análise. Como se viu no decorrer deste estudo e das respostas dos participantes, a análise inicialmente não se preocupa com essa categorização.

Wilson enfatiza:

Quanto à questão da estrutura, prefiro não chamar assim. Sem dúvida, uma pessoa com ideações suicidas mais severas, ou aquelas que já tentaram suicídio, apresentam-se cindidas, ou seja, partes psicóticas de sua vida mental não integram-se ao ego, de maneira que oferecem 'soluções' psicóticas.

Wilson ainda pondera: “[...] A expressão estrutura, típica do pensamento laciano, ainda que tenha suas razões, oferecem confusões, entre elas achar que podemos ‘prever’ coisas a partir de certas estruturas”.

Rafaela acredita que a teoria das estruturas psíquicas auxilie o analista a raciocinar sobre o paciente que está recebendo no consultório, mas pensa ser muito difícil delimitar ou definir um paciente simplesmente por uma estrutura típica de personalidade.

Martina explica que “[...] acolher a maneira de um paciente neurótico é completamente diferente do Psicótico, e é completamente diferente da histérica, e diferente do melancólico”. Contudo, ficou evidente em suas respostas que não há a necessidade de fazer essa classificação no início da análise, posto que o importante ao receber um paciente com ideação suicida é o acolhimento de seu sofrimento psíquico:

[...] Eu não me preocupo tanto em classificar: ‘esse é um paciente neurótico’; ‘esse é Psicótico’; e esse é isso, é aquilo’. A minha escuta é para o sofrimento e eu penso que nessa escuta que a gente detecta que se essa pessoa tem uma tendência suicida ela pode se manifestar.

Paulo acredita, assim como os outros participantes, que há diferença no tratamento do paciente dependendo do tipo de estrutura psíquica que ele possua. Exemplifica:

O paciente melancólico é muito difícil de tratar. Primeiro ele precisa passar com o psiquiatra para melhorar o sintoma. Ele começa com o psiquiatra e depois me procura iniciar a terapia. Senão ele não vai abrir a boca, vai ficar ali, olhando, e não vai falar nada com o terapeuta. Claro que há uma faixa, um grau de melancolia, uns mais graves e outros não, mas o mais grave não fala [...]. Mas depende de cada paciente.

Nesse interim, a psicanálise só consegue atuar diante da fala do paciente e assim, poder simbolizá-las e interpretá-las (COELHO, 2002). O silêncio também é passível de interpretação, mas nos casos de ideação suicida, o paciente precisa expor sua dor, sua angústia, para que algo possa ser efetivamente trabalhado. Como apresenta Brunhari e Darriba (2014), a ambivalência entre amor e ódio do paciente melancólico é marcante, por isso a dificuldade em tratá-lo apenas por meio da psicanálise, sendo necessária a intervenção medicamentosa em alguns casos.

Martina também explica sobre os padrões enrijecidos dos pacientes com ideação suicida do tipo melancólico:

[...] outra coisa que eu penso bastante no atendimento são os padrões enrijecidos, as estruturas de ego dessa pessoa, se ela tem um superego arcaico, muito rígido, que torna essa pessoa muito exigente com ela mesma... então, quais são os ideais? Quais são as idealizações que machucam? O que é que ‘tá’ ruim? Isso também vai caminhar se o perfil dessa pessoa for melancólico, porque ela tem uma tendência a falar de uma maneira daquilo que ela perdeu, o que torna isso sustentar a vida e a desvalorização pessoal. A partir desse momento, no melancólico, ele tende a colocar em si as partes estragadas deste objeto perdido, então o suicídio pode surgir como uma possibilidade de matar aquilo que é ruim. Mas não é verdade que todo melancólico será suicida.

Nesse sentido de enrijecimento dos padrões, Wilson também aponta: “[...] Frequentemente são pacientes cuja presença da moralidade, exigências morais, são exacerbadas. Cobram-se demais ao ponto de verem no suicídio a alternativa”.

5.7 Alta

Em relação a alta dos pacientes que apresentam ideação suicida, todos os participantes foram enfáticos no assunto: não há alta em psicanálise. Wilson explana:

Não trabalho com alta. Alguns pacientes que apresentaram ideação suicida, e até mesmo com tentativas, permaneceram em atendimento quando puderam ampliar sua visão sobre si mesmo e perceberam a oportunidade no processo de experimentarem positivamente a si mesmos. Alguns, porém, procuraram ajuda psiquiátrica e interromperam o tratamento psicanalítico.

Paulo pondera: “[...] Não é propriamente uma alta, mas sim um momento em que o processo é interrompido, pois isso [análise] não tem fim. Geralmente é de comum acordo, mas a iniciativa geralmente é do paciente. O analista jamais vai mandar o paciente embora”.

Rafaela também afirma: “[...] alta, alta, eu não me lembro de ter acontecido comigo. [...] eu tenho mais registros de rupturas abrupta, sem aviso prévio, ou de muitas faltas antes de uma ruptura”.

Segundo Freud (1923-1925/2011), a psicanálise atua com o propósito de ajudar o paciente a conhecer o seu mundo inconsciente e conhecer-se a si mesmo. Diante de um processo que tende a ser longo, reconhece-se a psicanálise como um processo interno /pessoal *ad eternum*, já que busca o conhecimento, crescimento e integração (GRINBERG, 1981).

A percepção de Martina corrobora com a dos demais participantes: “Alta na análise para mim ela não existe, o que existe é a consciência do paciente de que ele já está dando conta de si”.

Elencando os quatro pensamentos sobre a alta na análise de pacientes com ideação suicida, compreende-se que o termo mais apropriado seria a interrupção do tratamento frente à melhora dos sintomas e da construção mais efetiva do suporte para outras frustrações da vida.

5.8 Papel da Família

Este foi um tema que surgiu *a posteriori*, à medida que entrevistas foram realizadas. Como afirma Cassorla (2000, p.190), “frente a pacientes desse tipo, temos que abrir o espaço necessário para a família, que se sente muito ameaçada pelo processo analítico [...]”.

Segundo Martina, é sempre importante procurar conhecer a família no contexto daquele que idealiza a morte. Diante da experiência de Martina com essa demanda suicida, ela percebeu que em alguns casos, a família acabava atrapalhando o processo analítico. Como enfatiza: “[...] em alguns casos que eu atendi, a família era fonte da ideia suicida”. Era exigido da analista que tivesse um cuidado e uma preocupação adicional no contato com a família, frente ao desejo

concreto pela morte. Martina explica: “[...] quando eu tentava ter ajuda da família, [...], ao alertar a família, tinha ajuda para aumentar a tensão do paciente”.

Nesse interim, o analista se vê ainda mais pressionado, tendo certo receio no manejo com estes pacientes mais sensíveis, uma vez que não sabem como a família poderá ser implicada no processo sem agravar ainda mais os sintomas. Conforme pontuado por Prieto e Tavares (2013), uma vida minimamente saudável requer, impreterivelmente, do apoio efetivo dos familiares, principalmente no que tange à aspectos de proteção, compreensão e aceitação.

5.9 Equipe multidisciplinar

Este também foi um tema não abordado nas perguntas da pesquisa, mas que surgiu com grande relevância para todos os participantes. Paulo afirma que no manejo clínico com pacientes em ideação suicida é importante ter uma rede de apoio multidisciplinar, principalmente do psiquiatra, pois em alguns pacientes com essa demanda específica, precisa-se antes regular o humor para que seja possível entrar em análise. Antes disso, é possível que não a aderência ao tratamento, uma vez que o nível de debilidade pode interferir inclusive nas expressões, na vontade de falar, ir ao consultório, enfim, comprometer o início e o desenvolvimento da análise.

Pacientes com ideação suicida podem se apresentar instáveis, o que demanda um cuidado especial no manejo clínico. Do mesmo modo, ter uma rede de apoio multidisciplinar composta por um psiquiatra, neurologista, e algum familiar próximo que esteja mais disponível para colaborar no processo de tratamento, é um grande diferencial que pode auxiliar na resignificação da realidade do sujeito em sofrimento (OMS, 2000).

Nesse sentido, Paulo discorre que, dentro de uma instituição onde esses recursos multidisciplinares estão disponíveis, o psicanalista consegue trabalhar com mais segurança, pois se “[...] o paciente vem te dizer isso [que tem ideação], você tem uma equipe para te ajudar a lidar com isso. Você não vai ficar sozinha”.

Em alguns casos, o paciente com ideação suicida não consegue discernir entre a realidade e a fantasia, necessitando de intervenção medicamentosa urgente, tanto para resguardar sua integridade, quanto a dos demais ao seu entorno.

Rafaela corrobora com Paulo:

[...] dependendo do caso, eu asseguro que haja alguém fazendo a parte mais prática de cuidado com a pessoa. Ou eu oriento a família, ou encaminho para o psiquiatra, ou os dois. Mas em geral, eu busco assegurar que tenha alguém cuidando da questão concreta pra eu poder ficar livre e trabalhar a questão simbólica com essa pessoa [...]

Rafaela diz em alguns casos mais graves, faz parceria com algum psiquiatra, pois entende a necessidade de um acompanhamento médico em conjunto com o psicoterapêutico. Wilson, por sua vez, afirma, diante de sua experiência clínica:

Nem sempre a intervenção medicamentosa é indicada. Observo, supervisionando casos em que o psicólogo é inexperiente, e diante da manifestação de tais ideias, a alternativa de medicação é mais uma ‘saída’ para o psicólogo que para o paciente.

Nesse sentido, compreende-se que o uso do medicamento e acompanhamento com o psiquiatra não é uma regra a todos os pacientes que apresentam ideação suicida, mas pode ser um recurso importante para auxiliar no processo psicanalítico quando o paciente não tem condições mínimas de entrar em contato com suas questões emergentes e conhecer-se melhor.

6 DISCUSSÃO

A pesquisa apontou que quando o paciente com ideação suicida chega ao consultório, é porque ainda há uma esperança. Ficou evidente que diante da dor psíquica, o sujeito se sente impotente para continuar o percurso e transfere para o analista a escolha entre viver ou morrer. Do mesmo modo, pode transferir sua frustração com o mundo, sua incerteza em ser ajudado, mobilizando conteúdos inconscientes que auxiliam o desenrolar da análise.

Como a análise visa colocar o sujeito em contato com seus conteúdos inconscientes, cada qual irá dar vazão a estes de uma forma. Há aqueles que, devido a tamanho sofrimento, não permitem acesso a esses conteúdos, uma vez que podem causar ainda mais sofrimento. Diante disso, não há como enquadrar uma técnica específica que consiga abarcar a subjetividade de todos, mas sim, debruçar-se a analisar um sujeito por vez, na singularidade de sua dor.

Esse foi um achado da pesquisa que mobilizou reflexão. Não é possível generalizar manejos e enquadrar técnicas para um determinado público, uma vez que o sofrimento psíquico deve ser manejado de acordo com a singularidade de cada paciente e sua capacidade de suportá-las. Aquele que idealiza a própria morte é um paciente que possui certa dificuldade em confrontar suas dores e transpô-las sozinho, e por isso, necessita de acompanhamento psicológico mais centrado, sem contudo, ser generalizado a outros pacientes.

Como pontua Cassorla (2000) o sujeito com ideação suicida costuma manifestar ansiedades e fantasias sobrepostas, o que gera a confusão e a ambivalência de sentimentos. Apresenta dificuldades em diferenciar com clareza o mundo interno e externo, pulsões de vida e de morte, e apresenta uma indiscriminação objetal.

A resistência foi percebida pelos participantes de forma importante para o progresso do tratamento. O analista deve interpretar seu significado como propôs Freud (1914/1996). A persistência do profissional em não sucumbir ou desistir do paciente é um dos fatores que favorecem a aliança terapêutica e o fortalecimento de vínculos, já tão fragilizados por aquele que idealiza a própria morte.

Cassorla (2000) também pontua sobre os preconceitos de alguns profissionais da saúde frente ao paciente com ideação suicida, pois vivem a mobilização de ansiedades confusionais, persecutórias e depressivas. Alguns participantes desta pesquisa enfatizaram essa dificuldade dos profissionais em atuarem com essa demanda, como se a dor psíquica pudesse ser selecionada, escolhendo-se pacientes em detrimento dos que possuem ideação suicida.

Nesse interim, ressalta-se as fantasias preponderantes de profissionais que afirmam terem estudado para salvar vidas que se veem mergulhados em suas fragilidades, fazendo uso de mecanismos de defesa para se protegerem dessas ansiedades. A onipotência é questionada internamente, e esse sentimento pode incorrer em falta de empatia para o sofrimento do outro, o que pode ocorrer também com qualquer psicoterapeuta que não se policie devidamente em seu manejo clínico, prejudicando a atenção que deveria dar ao paciente.

A pesquisa também apontou o quanto a infância do paciente com ideação suicida é relevante no decorrer da análise, mas que não é necessariamente a precursora da ideação. É analisada quando conteúdos desta época aparecem na sessão, mas como foi explanado pelos participantes, o paciente que chega com essa demanda específica já está demasiadamente fragilizado para que seja

revolvido aspectos ainda mais dolorosos. Pelo que foi observado na fala dos participantes, o analista trabalha com o que emerge na associação livre, e inicialmente se concentra na atual situação, aquela que possivelmente é a causa do desinvestimento da vida.

Como enfatizaram, não há como generalizar aspectos tão subjetivos e hipotetizar que determinados aspectos da infância são a causa da ideação suicida. Esse tipo de sofrimento psíquico que emerge com a pulsão de morte possui inúmeros fatores, não havendo determinantes ou mesmo causalidades específicas pré-determinadas.

Percebeu-se que, embora a estrutura de personalidade seja importante para interpretar o funcionamento psíquico do paciente com ideação suicida, compreender suas aspirações, entender alguns comportamentos e inferir significados, essa delimitação não é necessariamente importante em um primeiro momento, já que os pacientes precisam, primordialmente, de acolhimento, empatia e sensibilidade frente ao seu sofrimento.

A família aparece na pesquisa como pilar fundamental na formação e estruturação do ego frágil do paciente com ideação suicida. Isso nos lembra da importância dos cuidados suficientemente bons e afetivos com a criança desde a infância, como propõe a teoria Winnicottiana, mobilizando maior enfrentamento dos problemas existenciais e manejo das frustrações no decorrer da vida.

A equipe multidisciplinar e o apoio de familiares são vistos pelos participantes como imprescindíveis para a continuidade do tratamento com pacientes em crise suicida, mas alertam que não são todos que apresentam as crises e necessitam de medicação. Fica evidente que cada paciente apresenta peculiaridades que devem ser investigadas e analisadas em sua singularidade, não sendo passível de generalizações.

Outro ponto relevante encontrado na pesquisa foi que, embora a psicanálise trabalhe com o inconsciente do sujeito, se o paciente com ideação suicida chega em crise, é preferível iniciar um atendimento emergencial e posteriormente, quando este tiver condições emocionais mais estabilizadas, iniciar o tratamento psicanalítico efetivo.

Esse fato reforça a importância em compreender certas particularidades dos pacientes com ideação suicida, pois dificilmente se engajam em análise quando estão em crise. É preciso que se estabilize o humor (com o auxílio de medicamentos ou não) e se crie uma aliança terapêutica mais sólida para que o paciente se vincule ao psicoterapeuta, para posteriormente iniciar uma análise dos fatores que desencadearam a ideação.

Embora haja o desejo do psicoterapeuta em minimizar a dor do paciente ao ponto de fazê-lo desistir da morte, ficou claro durante as entrevistas que não é possível ter o controle sobre a vida do outro. O que se tem são manejos acolhedores, empáticos, disponíveis, que consigam minimamente fazer com que o paciente em sofrimento psíquico intenso entenda que a morte voluntária não será a resolução dos seus problemas, e sim, uma escapatória de algo que é passível de ser resolvido, ressignificado, se assim o desejar.

Embora haja, evidentemente, o desejo que o outro permaneça vivo, não é esse o papel do psicólogo. Deve-se atuar com humanidade, demonstrando empatia pelo sofrimento do outro e acolhê-lo, independente dos motivos que o levaram a pensar que a morte era a única saída. Nada, absolutamente, é possível ser feito sem que o outro aceite ou deseje. Cabe ao profissional a sensibilidade necessária para

compreender suas limitações, suas angústias, e mais do que agir, o psicólogo deve, sim, acolher.

Os tabus e preconceitos ainda são frequentes na atuação com pacientes em ideação suicida. Alguns profissionais se recusam a falar sobre o assunto e quando recebem essa demanda nos centros de emergência, ainda tendem a tratá-los de forma insensível, diante de crenças construídas ao longo de sua trajetória, como afirmou Cassorla (2000).

Sentem-se invadidos pela impotência e atuam com defesas internas para impedir que ansiedades persecutórias, confusionais e depressivas desestabilizem seus pensamentos e ações. Contudo, pela fala dos participantes, ficou evidente que essa postura ainda é vista em muitos profissionais de saúde mental, interferindo na capacidade do acolhimento e da empatia, tão necessária a qualquer tipo de sofrimento, seja físico ou psíquico; vitimado ou auto infligido.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente com ideação suicida apresenta um sofrimento psíquico intenso e desmedido, vendo na morte a única solução para fazer sanar tamanha angústia. Do mesmo modo, como foi visto na revisão bibliográfica, ainda há um tabu em se falar sobre o assunto, seja pela população em geral, seja pelos próprios profissionais de saúde mental que ainda vêm com certo preconceito aquele que idealiza a morte enquanto outros lutam pela vida nos leitos de hospitais.

Essa questão foi debatida neste estudo por autores renomados na área da psicanálise, elencando aspectos sobre o preconceito por esta população que necessita de amparo, acolhimento sem julgamentos, e compreensão do momento que vivem, cujo repertório psíquico para elaboração de novas soluções para os problemas está parcialmente bloqueado por aquele que idealiza por fim ao sofrimento, mas não reconhece outras possibilidades que não seja findar com a vida.

Por meio deste estudo foi possível compreender como se dá o tratamento psicanalítico de pacientes com ideação suicida. Vimos que quando o paciente chega para a psicoterapia é porque ele ainda deseja viver. Mesmo que tomada por ambivalências, o primeiro passo já foi dado para que possa ser devidamente assistido.

A partir da narrativa dos participantes entendemos que não cabe ao psicoterapeuta o controle da vida do outro. Contudo, o psicanalista experiente tenta minimizar esse sofrimento psíquico por meio da escuta ativa e do acolhimento, quesitos tão importantes nesse momento em que é difícil pensar com lucidez.

Embora não existam técnicas específicas para essa demanda, foi possível perceber que atender pacientes com ideação suicida exige ampla experiência clínica, principalmente porque seu manejo pode vir acompanhado de preconceitos e contratransferências, e o bom profissional deve estar atento para não sucumbir a elas.

Os resultados apontaram para visões heterogêneas acerca do manejo clínico, o que reforça a subjetividade de cada caso, de cada paciente e de cada psicoterapeuta. A estrutura de personalidade dos pacientes é analisada em segundo plano, a menos que ela interfira consideravelmente no tratamento, sendo necessário o auxílio de equipe multidisciplinar para um acompanhamento mais específico. A família entra nesse contexto como suporte emocional ao paciente e parceira do psicoterapeuta, pois a participação desta é essencial para ampliar o leque de auxílio que o paciente necessita fora do consultório.

Para a psicanálise, a concessão de alta não é uma preocupação, mas auxiliar o paciente a ressignificar experiências relacionadas com a dor psíquica. A ideação aparece como subproduto desta dor profunda sem perspectiva de fim, e que almejando este fim, acredita que tirar a vida irá cessar toda a dor.

Nesse interim, ficou evidente que a ideação suicida não é a causa do sofrimento psíquico, mas a consequência de uma angústia intensa que requer acolhimento, empatia e sensibilidade, tanto do psicoterapeuta quanto dos demais profissionais que dispensam cuidados ao sujeito que considera tirar a própria vida.

Enquanto limitação essa pesquisa encontrou dificuldade para identificar textos relacionados à ideação suicida. Encontrou-se uma gama de material acadêmico voltado para o suicídio, estatísticas, fatores de risco e prevenções, contudo, sem elencar a fase inicial do comportamento suicida: a ideação.

Em função disso, entendemos que a contribuição desse estudo para a comunidade científica pode ser atingida ao ampliar o conhecimento sobre uma temática ainda a ser desbravada. Nesse sentido, os novos profissionais da psicologia podem conhecer nuances de um manejo que exige habilidade e experiência profissional e dispensa um olhar marcado por preconceitos e condicionantes que só limitariam a atuação do psicólogo, sendo psicanalista ou formado pelas demais escolas teóricas.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, F.O. MACEDO, P.C.M. SILVEIRA, R.M.C. Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, pp. 233-243, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100013&script=sci_abstract>. Acesso em: 22 fev. 2018.
- BERLIM et al. Psychache and Suicidality in Adult Mood Disordered Outpatients in Brazil. **Suicide Life Threat Behav**, v.33, n.3, 2003. p. 242-248.
- BERENCHTEIN NETTO, N. **Suicídio**: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www4.pucsp.br/nexin/dissertacoes/downloads/nilson-berenchtein-netto.pdf>>.
- BIERNACKI, P. WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. **Sociological Methods & Research**, vol. 2, nov. 1981. p.141-163.
- BIRMAN, J. Sujeito, singularidade e interpretação em psicanálise. **Physis Rev. de saúde Coletiva**. v.1, n.2, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311991000200007&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 05 jan. 2018.
- BOTEGA, N. J. WERLANG, B. S.G. CAIS, C. F.S. MACEDO, M. M.K. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161562>>. Acesso em: 22 fev. 2018.
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n2/07.pdf>
- _____. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**. v.25, n.3, 2014. p.231-236. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231>>. Acesso em: 24 mar. 2018.
- BRASIL. Resolução n.466 de 12 de dezembro de 2012. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 ab. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: UNICAMP, 2006. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf>Acesso em: 20 maio 2019.
- BRUNHARI, M.V. **O ato suicida e sua falha**. 2015. 235 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, São Paulo: USP, 2015. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-08032016-145127/pt-br.php>> Acesso em: 10 jan. 2019.

BRUNHARI, M.V. DARRIBA, V.A. O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, 2014. p. 197-213. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v26n1/13.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

CARVALHO, S. **A morte pode esperar?** Clínica psicanalítica do suicídio. Salvador: Associação Campo Psicanalítico, 2014.

CASSORLA, R. M.S. Considerações sobre o suicídio, In: _____ (coord.). **Do suicídio: Estudos brasileiros**. Campinas, SP: Papiros, 1991.

CELES, L.A. Psicanálise é trabalho de fazer falar, e fazer ouvir. **Psyche**, v. 9, n. 16. São Paulo, dez., 2005. p. 25-48, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2019.

COELHO, H.M.B. **O vínculo no tratamento psíquico**: descoberta, construção e desenvolvimento. (2002). Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) 333 f. UNESP – Universidade Estadual Paulista Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2002. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97652/coelho_hmb_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 jan. 2018.

CREMASCO, M.V. F. BRUNHARI, M.V. Da angústia ao suicídio. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v.9, n.3, set., 2009. p.785-814. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15186148200900030003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 mar. 2018.

FREITAS, G. A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio. **Stylus Rev. Psicanálise RJ**. n.31, v.1, out., 2015. p.215-222. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/stylus/n31/n31a22.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

FREUD, S. O inconsciente (1915). **História do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos**. Trad. Jayme Salomão. Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Luto e melancolia (1917) **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas**, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. O ego e o id (1923) **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. O problema econômico do masoquismo (1924) Trad. Jayme Salomão. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O Eu e o Id, "Autobiografia" e outros textos (1923-1925). Trad. Paulo César de Souza. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**, v.16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. A dinâmica da transferência (1912). Trad. Jayme Salomão. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905). Trad. V. Ribeiro. **Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**, v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FERENCZI, S. Reflexões sobre o trauma (1933). **Obras completas de Sándor Ferenczi**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FUCHESATTO, W. P.F. A cura pela fala. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 36, dez. 2011. p.165-171. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010034372011000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2018.

FUKUMITSU, K.O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Instituto de Psicologia USP**, v.25, n.3, São Paulo, 2014. p.270-275. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0270.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

GERHARDT, T. E. SILVEIRA, D. T. (Org.) Métodos de Pesquisa. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

GRINBERG, L. **Psicoanálisis**: aspectos teóricos y clínicos. Buenos Aires: Paidós, 1981.

GODOY, A.S. Pesquisa Qualitativa - Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n.3. São Paulo. Mai./Jun., 1995. p, 20-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

HARARI, R. **O seminário "a angústia" de Lacan**: Uma introdução. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios, 1997.

HORNSTEIN, L. **Introdução à psicanálise**. São Paulo: Escuta, 1989.

HOUAISS, A. **Pequeno Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. São Paulo: Moderna, 2014.

JUSTUS, D. O suicídio nosso de cada dia... **Estados Gerais da Psicanálise**: Segundo encontro mundial. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:

<http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Justus_41040903_port.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação**. (original de 1937). Obras completas de Melanie Klein, v.1. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

MAIA, M.S. **Extremos da alma**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MARQUETTI, F.C. MILEK, G. Percurso Suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. **Rev. Ter. Ocup. USP**. v.25, n. 1, jan./abr., 2014. p. 18-26. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/download/64664/87286>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

MACEDO, M.M.K. WERLANG, B.S.G. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. **Ágora**. v.10, n.1, Rio de Janeiro, jan./jun. 2007. p.89-106. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3765/376534593006/>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

MEZAN, R. Pesquisa em Psicanálise: algumas reflexões. **Jornal de Psicanálise**. n.39, v.70. São Paulo, jun. 2006. p.227-241. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v39n70/v39n70a15.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOURA, J.F. A entrevista narrativa: dispositivo de produção e análise de dados sobre trajetórias de professoras. **Cad. de Pesquisas**, v.24, n.1, jan./abr., 2017. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/6801/4383>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

MUYLAERT, C.J. et. al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev Esc Enferm USP**. v.48, esp 2, 2014. p.193-199. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00184.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

NAFFAH NETO, A. A pesquisa Psicanalítica. **Jornal de Psicanálise**. v.39, n.70. São Paulo, jun. 2006. p.279-288. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v39n70/v39n70a18.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

NOBRE, F.C. CORRÊA, D.A. NEPOMUCENO, L.H. NOBRE, L.H.N. SOUSA, A.J. SIQUEIRA FILHO, V. A Amostragem na Pesquisa de Natureza Científica em um Campo Multiparadigmático: Peculiaridades do Método Qualitativo. **Rev. Espacios**. v.38, n.22, 2017. p.13-24. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a17v38n22/a17v38n21p13.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

NUNES, E.D. O suicídio. Reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, jan./mar., 1998. p.7-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v14n1/0199h.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2018.

OSTI, N.M.D. SEI, M.B. A importância da família na clínica infantil: um ensaio teórico-clínico. **Temas em Psicologia**, v.24, n.1, 2016. p.145-157. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n1/v24n1a07.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

PRIETO, D. TAVARES, M. Crise suicida: sofrimento narcísico e dificuldades nas relações de objeto. **Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos** .v.31 e 32, jun. 2014. p.25-39. Disponível em: <http://www.spbsb.org.br/site/images/alter/junho_2014/CriseSuicida.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SHNEIDMAN, E. **Suicide as psychache**: A clinical approach to self-destructive behavior. New Jersey, NJ: Jason Aronson, 1993.

SHEFTALL, A.H. MATHIAS, C.W. FURR, R.M. DOUGHERTY, D.M. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. **Attach Hum Dev.**, v.4, 2013. p.368–383.

SUICIDE. World Health Statistics data visualizations dashboard. **World Health Organization (WHO)**. mar. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.sdq.3-4-viz-2?lang=em>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

TALENTO, Biaggio. Saúde Mental. **Psic. Bras.** Salvador, set. 2016. Disponível em: <<https://www.psicologiasdobrasil.com.br/>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

WERLANG, B. S. G.BORGES, V. R. FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Rev. Interamericana de Psico.**, v.39, n.2, 2005. p. 259-266. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/284/28439210.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

WINNICOTT, D.W. (1960). Distorções do ego em termos de verdadeiro e falso self. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1990.

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos psicanalíticos**: Teoria, técnica e clínica. Uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 2007