

TENTATIVA DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

Suicide Attempt In Adolescent: Psychoanalytic Perspective

Carolina Araújo Zanette¹
Cristina Kern²
Ana Regina da Silva Losso³
Graziela Amboni⁴

103

RESUMO

O suicídio na adolescência é considerado um problema de saúde pública e essa problemática se caracteriza como a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 24 anos no mundo. Essa faixa etária é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como mais vulnerável ao comportamento suicida. Este artigo aborda a tentativa de suicídio na adolescência, considerando-o um ato decorrente da vivência de situações traumáticas, por meio da análise de dois casos de adolescentes que tentaram o suicídio. Foram feitas duas entrevistas semidirigidas, elaboradas conforme o estudo realizado por Mônica Macedo¹ e utilizaram-se, ainda, os prontuários como instrumento para coletar os dados. Os estudos de casos foram analisados a partir do método de Análise Interpretativa e com base na Teoria Psicanalítica. Cinco aspectos principais permitiram compreender e avaliar os efeitos psíquicos provocados pelo trauma. Nos casos estudados, identificou-se que o acolhimento e a escuta são fundamentais na tentativa de suicídio, especialmente na adolescência.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio; trauma psíquico, adolescência.

¹ Acadêmica de Psicologia – UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma – SC – Brasil. Correspondência: Rua Angelo Ronchi, 98. Laranjinha, Criciúma –SC. CEP: 88818-690 E-mail: carol_zanette@hotmail.com

² Psicóloga – Mestrado em Psicologia Clínica – Professora do Curso de Psicologia da UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma – SC – Brasil.

³ Enfermeira – Mestrado em Saúde Coletiva – Professora do Curso de Enfermagem – Coordena o Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde – NUPREVIPS - UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma – SC – Brasil.

⁴ Psicóloga – Mestrado em Saúde Coletiva – Professora e coordenadora do Curso de Psicologia da UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma – SC – Brasil.

ABSTRACT

Suicide in adolescence is considered a public health problem and this problem is characterized as the second leading cause of death among young people aged 15 to 24 in the world. This age group is recognized by the World Health Organization as the most vulnerable to suicidal behavior. This article discusses the attempted suicide in adolescence, considering it an act arising from the experience of trauma, through the analysis of two cases of adolescents who have attempted suicide. Two semi-structured interviews were conducted, prepared according to the study carried out by Mônica Macedo¹ and is used also the medical records as a tool to collect data. The case studies were analyzed from the Interpretative analysis method and based on the Psychoanalytic Theory. Five main aspects allowed us to understand and evaluate the psychological effects of the trauma. In the cases studied, it was found that the reception and listening are key in trying to suicide, especially in adolescence.

Key words: suicide attempt; psychic trauma, adolescence.

INTRODUÇÃO

Esse estudo partiu da experiência de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Criciúma, município ao sul de Santa Catarina onde verificou-se um aumento importante nos casos de tentativa de suicídio na adolescência, nos anos de 2004 a 2013, conforme o gráfico abaixo²:



O aumento nos quinquênios foi de 62 mortes de 2004 a 2008 e 84 mortes de 2009 a 2013². O suicídio é considerado um problema de saúde pública e essa problemática é considerada a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a

24 anos no mundo. Esse público é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como mais vulnerável ao comportamento suicida, o que denota a necessidade de medidas de prevenção sugeridos em 2014 pela World Health Organization³ e, somase a isso, o fato de que a ocorrência de uma tentativa de suicídio é importante preditor de que a morte venha a ocorrer. Investigar a dinâmica da tentativa de suicídio torna-se útil devido às vidas que se perdem, aos efeitos que gera em pessoas próximas de quem comete o ato, bem como, contribui para a sugestão de medidas preventivas e de favorecimento à manutenção da vida¹.

A adolescência é um período entre os 10 e 19 anos, marcado por grandes mudanças e instabilidade emocional, fase de decisões biológicas, sociais e, principalmente, psicológicas significativas.⁴ Por caracterizar-se como um período de vulnerabilidade, a adolescência tem sido alvo de estudos e, em especial, quando trata-se de tentativa de suicídio, fato que tem aumentado na última década.⁵

Os efeitos do trauma no aparelho psíquico e a sua relação com a tentativa de suicídio

Na perspectiva Freudiana, o trauma reporta à passagem por uma circunstância que não pôde ser processada psiquicamente pelo sujeito, devido à convergência de quantidades excessivas de excitação:

Acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações.⁶

Nesse sentido, quando ocorre o traumatismo, o aparelho psíquico não é capaz de mobilizar suas energias para efetuar o contrainvestimento, tornando inoperante a capacidade de ligação desse afluxo que ingressa no psiquismo¹. Ligação é o termo utilizado por Freud para assinalar, de modo geral e, em registros diversos, no nível biológico e no aparelho psíquico, uma operação que tende a “limitar o livre escoamento das excitações, a ligar as representações entre si, a constituir e manter formas relativamente estáveis.”⁶. Por efeito do traumatismo, passa a ocorrer um trabalho de repetição, no intuito de dar conta do excesso de excitação que inundou o aparelho¹ e, assim, passa a imperar um agir repetitivo, que

é representado sob a forma de compulsão⁷. A repetição mostra uma falta de simbolização que afeta a atividade psíquica e coloca o sujeito num ciclo de repetição que o aprisiona¹.

Tomando como ponto de partida a teoria freudiana do trauma, Macedo¹ construiu a perspectiva da tentativa de suicídio como um ato-dor, decorrente do efeito do traumático. A ideia de traumatismo, segundo Freud⁸ associa-se à fantasia e à intensidade dos conteúdos psíquicos e, em 1920, Freud,⁹ apresenta o conceito de compulsão à repetição, que se refere a repetições que se dão além do princípio do prazer, exemplificando o caráter demoníaco da pulsão¹⁰. O trauma caracteriza-se como uma dor irrepresentável, que tem como consequência um ato que ocorre sem mediação e sem adiamento, daí seu caráter violento. A quantidade que irrompe no psiquismo buscará uma forma de descarga sendo que, na situação da tentativa de suicídio, o “violento” dirige-se contra a própria pessoa, no ato de buscar a própria morte¹.

MÉTODO

Esta pesquisa teve como objetivo principal estudar a ocorrência de tentativa de suicídio frente à vivência, por parte do sujeito, de situações traumáticas. Para tanto, tomou por base a metodologia utilizada na investigação feita por Mônica Macedo¹ em sua tese de doutorado. A coleta de dados realizou-se através de documentos anexados nos prontuários dos participantes escolhidos (pesquisa documental) e entrevistas semidirigidas que, em seu conjunto, constituíram estudos de casos. Obtida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense e da instituição pública CAPSi, foi possível começar o estudo. Foram escolhidos para realização da pesquisa 2 indivíduos menores de 18 anos (localizados por conveniência) que ingressaram por tentativa de suicídio no serviço de saúde pública do CAPSi de uma cidade ao sul de Santa Catarina, no período entre julho de 2014 e abril de 2016.

Os critérios de inclusão foram: ser paciente da instituição escolhida para o local de estudo; ter sido acolhido no serviço por tentativa de suicídio, aceitar participar dessa pesquisa e aceitar fornecer o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) aos pais. Os critérios de exclusão foram: apresentar transtorno psicótico, apresentar retardo mental e/ou que estivessem fazendo uso de medicação com propriedades que pudessem alterar sua capacidade lógica de raciocínio. Todas as identificações foram alteradas e criaram-se nomes fictícios (Jéssica e Carla), para preservar o anonimato dos participantes.

Foram observados os prontuários com as avaliações feitas pelos psiquiatras do serviço que atenderam os participantes candidatos a serem entrevistados, com o objetivo de averiguar o diagnóstico do participante, identificando a presença ou ausência de características psicopatológicas.

O procedimento baseou-se em duas entrevistas semidirigidas, as quais foram elaboradas a partir do modelo proposto por Macedo.¹ O objetivo foi possibilitar ao entrevistador e ao participante da investigação, a contextualização e a busca de significado da experiência de tentativa de suicídio. A primeira entrevista teve como objetivo conhecer a história de vida do participante: questionou-se como foi sua vida desde a infância até os dias de hoje e foi solicitado que relatasse os fatos que julgou mais significativos no decorrer de sua história que estivessem associados a eventos e sentimentos que considerou marcantes. Nessa entrevista também se questionou o que levou a tentar o suicídio, sendo solicitado que relatasse os fatos (passados e/ou atuais) que julgasse ter levado a tomar tal atitude. Ainda foi solicitado que o participante narrasse o que se passou com ele nos momentos que antecederam e sucederam a tentativa de suicídio.¹

Na segunda entrevista, o objetivo principal foi pedir que refletisse sobre o sentido da experiência de tentativa de suicídio, que dissesse o que pensou sobre o ocorrido, após a tentativa de suicídio, na primeira hora, nos primeiros dias e hoje. Estimulou-se que o participante buscasse significados, ajudando a refletir sobre os fatores de sua vida que interagiram nesse ato e as ideias associadas ao que aconteceria frente a sua morte. Fora aberto um espaço para que o participante falasse sobre o que quisesse e achasse que não foi suficientemente abordado anteriormente. Após, foi realizada a devolução do que foi compreendido pela entrevistadora a respeito das questões apresentadas, com objetivo de auxiliá-lo no fortalecimento de recursos intrapsíquicos para enfrentamento de situações conflituosas, assim como refletir sobre o processo psicoterapêutico oferecido pelo CAPSi e, caso necessário, averiguar a possibilidade de ampliar a frequência das

sessões. Nesse momento também foi verificado se esse encontro foi suficiente para essa finalização, tendo em vista o estado psicológico do participante. Após esse momento, fechou-se o processo de participação dos entrevistados na pesquisa. No decorrer do trabalho foi considerada a necessidade de abrir espaços de orientação para o próprio participante e/ou seus familiares.¹

As entrevistas tiveram a duração de, aproximadamente, uma hora, foram realizadas na frequência de um encontro semanal e ocorreram na clínica-escola de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. O material obtido nas entrevistas foi interpretado por meio do método Análise Interpretativa, proposto por Frederick Erickson (1986, 1997)¹¹, segundo o qual o trabalho com vinhetas das entrevistas realizadas com os participantes possibilita a formulação de algumas asserções a respeito do tema pesquisado. Apresentam-se asserções, ilustradas com vinhetas e fundamentadas com comentários interpretativos com base na teoria psicanalítica¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise das entrevistas, foram identificadas asserções a respeito da tentativa de suicídio, proposta como um ato-dor, em conformidade com o estudo realizado por Macedo e Werlang.¹⁰

Primeira asserção: na história de vida do tentador de suicídio, a vivência do traumático produz importantes prejuízos psíquicos¹⁰

Jéssica refere uma história de excessos, por cuidar de uma avó doente dos oito aos onze anos, por vivenciar brigas dos pais e por constantes descontroles na relação com eles, principalmente com a mãe, com quem estabelecia uma relação de agressividade constante. Refere que a forma encontrada para se *aliviar* foi a tricotilomania, aos 11 anos: (...) *a vó me chamava de tudo e eu falava pro meu pai, só que ele não ligava sabe. (...) Meu pai e minha mãe se brigavam direto, a minha mãe já saiu de casa. (...) Quando eu tinha 11 anos, eu tava vendo TV com meus pais, daí passou uma reportagem na televisão falando sobre tricotilomania e eu*

resolvi ver como era. Depois daquele dia, eu não consegui parar mais. Tipo, por tudo que já tinha passado, também era uma forma de me aliviar, sabe.

Jéssica alega também que a família não saía de casa, em virtude dos cuidados com a avó e, após a morte da mesma, sua mãe entrou *em depressão*. Ela tinha muitas dificuldades no relacionamento com os pais. Além disso, aos 12 anos tentava manter o relacionamento com um namorado usuário de drogas, era traficante e, para poder encontrá-lo, tinha que fugir de casa: *A minha avó faleceu (...) a mãe entrou em depressão. Ela ficou 3 anos só chorando, ficava dentro de casa, na cama e eu que cuidava dela. (...) teve uma época que eu comecei a fugir de casa, andar com má companhia, gente que fumava. Daí a minha mãe descobriu, daí eu comecei a namorar um guri que vendia droga.*

Nesse período houve um aumento da tricotilomania, tendo inclusive, que fazer uso de peruca. O namoro antecedeu a primeira tentativa de suicídio aos 12 anos: *(...) eu tomei uma caixa com comprimidos pra tentar me matar, não deu certo, eu tomei na escola.*

Num momento, relata ter que cuidar da avó, noutro, relata ter que cuidar da mãe. Assim, em pleno período da transição da infância para o mundo “adulto”, característico da adolescência, essa menina teve que tomar conta dos adultos ao seu redor. Por meio de seus relatos, torna-se possível observar os indícios do caráter demoníaco da pulsão, pois mediante traumatismo, o aparelho psíquico não consegue mobilizar as energias, tornando-se inoperante a capacidade de ligação das quantidades que nele ingressam e passa a realizar um trabalho de repetição para dar conta do excesso de excitação¹⁰. O modo de relação de Jéssica com os pais mostra-se de difícil trâmite psíquico. As vivências não tiveram as devidas atribuições de sentido, sendo o ato (tricotilomania e o ato suicida), um testemunho não somente dessa ausência, mas da presença de intensidades que a deixaram sem uma saída psíquica mais saudável.

Carla, ao ser questionada sobre a infância até os dias de hoje e que relatasse fatos que julgasse mais significativos no decorrer da história, referiu sobre mudança de cidade, separação dos pais, perda de uma amizade antiga e do avô: *A gente morava em Alegrete e, aí meus pais se separaram e a gente veio morar pra cá. Aqui eu não tinha amigo nenhum. (...) tive uma amiga até..., faz uns 2 anos; aí depois ela se mudou, a gente brigou, daí nunca mais falei com ela. Isso foi bastante*

importante, porque ela foi minha única amiga durante 12 anos. (...) Quando eu tinha 11 anos meu avô, que me criou, morreu; morreu bem perto do meu aniversário e do aniversário da minha mãe e depois, mais recente, foi minha tentativa de suicídio. (...) Lá eu tinha vários amiguinhos, eu podia sair na rua, a gente tinha um pouco mais de liberdade. A gente veio pra cá, só tinha eu e minha irmã, não tinha mais ninguém. A minha mãe não deixava a gente sair na rua, porque a gente não conhecia nada e a gente ficava bem presa. Eu senti falta disso. Os meus avós moravam com a gente também e eu senti bastante falta disso, tanto que quando meu avô morreu (por parte de mãe), eu fui a que mais senti, porque eu passava a maior parte do tempo com ele (...) eu ficava em casa com meu vô o dia todo, durante 5 anos. (...) isso fez bastante falta, quando me mudei e vim morar aqui.

Carla relata que na nova cidade começou a sentir-se sozinha, pois além da morte do avô, havia perdido contato com os seus amigos de Alegrete. Aos 13 anos ocorreu um fato que referiu estar associado à tentativa de suicídio: *Eu não falei isso pra psiquiatra quando eu fui internada. Lá no CAPSi também não falei, mas...quando eu tinha 13 anos, aqui, eu fui molestada e não contei isso pra ninguém, e isso ajudou bastante porque foi 1 ano depois.(...) o cara me molestou e eu não consegui contar isso pra ninguém, e só to falando isso pra vocês...e ai essas coisas começaram a me atormentar, e eu fiquei ruim (...).*

A vivência do abuso somou-se à ideia de que não poderia contar para alguém que havia sido molestada devido à ameaça que sofreu por parte do abusador. Sua mãe apenas percebeu que ela estava “diferente” e lhe encaminhou para terapia. No entanto, ela não falou sobre o ocorrido. O abuso fez com que desencadeasse crises de ansiedade e início de depressão e ela iniciou uso de medicamentos. Espaços de escuta são fundamentais para que haja, da parte de um outro, diferente de sua história, um auxílio para atribuir sentidos. Na tentativa de suicídio compreendida como um ato-dor enfatiza-se “a ocorrência de vivências cujo valor afetivo deriva numa intensidade (excesso) que fica à mercê das condições psíquicas de cada um para processá-la e, assim, pode-se considerar a relação existente entre a doença e sua causalidade”¹⁰.

Na história de Jéssica e Carla, leva-se em conta a singularidade de seus psiquismos e se observa, na impossibilidade de processar a violência de suas experiências, a forma como impera um circuito de dor. São excessos que se

materializam: no caso de Jéssica, quando se cortava e quando arranca os cabelos, e no caso de Carla, no uso de medicamentos, além das tentativas de suicídio de ambas. A partir do traumático, o psiquismo tenta encontrar formas de aliviar e, mediante um excesso intolerável, advém a busca de dar fim à própria vida. A dor psíquica corresponde “ao sentimento de desagregação de si, aproximando-se da vivência de morte. Quando as tentativas de lidar com o trauma fracassam e aumenta a sensação de desagregação, medidas psíquicas drásticas precisam ser acionadas.”¹⁰ Jéssica, na tentativa de suicídio, mostra a força de destruição que precisa direcionar para si mesma. “O traumático infiltra-se no sujeito até que sua desmesura faz com que o ato iluda com o anúncio de uma descarga e promessa de paz. O escuro representativo deixa o sujeito à mercê desse excesso.”¹⁰

O aspecto econômico do traumático é demonstrado na teoria Freudiana, ao relacionar com o acréscimo de quantidades que, “pelo fato de não poderem ser processadas psiquicamente, deixam danos psíquicos que traduzem seu poder destrutivo”¹⁰. As entrevistadas apresentam em suas histórias a invasão, de quantidades psíquicas, que vai tentando encontrar, de forma precária, no ato, uma via de descarga¹⁰. A chegada da adolescência, para ambas entrevistadas, período por si só de incremento de muitas problemáticas, abre espaço para outras compulsões.

Nessa perspectiva, para Jéssica, o ato de arrancar os cabelos é um recurso frequente mediante o incremento de quantidades no psiquismo. Assim, quando ela sente raiva e quando se vê mediante uma situação de pressão, arranca os cabelos: (...) *tipo, não suporto quando alguém briga comigo, me dá raiva, daí é onde eu arranco o cabelo.* “Mediante a precariedade das relações intersubjetivas, o traumático estabelece o predomínio da dor insuportável que busca descarga em atos de desespero.”¹⁰

No caso de Carla, o uso de medicamentos é o recurso que encontrou para aliviar o sofrimento: (...) *Eu tomo Rivotril, Citalopram e Ritalina... Pra hiperatividade é a Ritalina, o Citalopram é pra ansiedade e o Rivotril é quando eu tenho crise de ansiedade.* Outra alternativa referida por ela para se aliviar: (...) *eu tomava muito banho quente e isso me acalmava. Quando me sentia muito ansiosa, eu tomava banho mais quente ainda, ficava horas e isso me deixava mais calma.*

Acabava que, às vezes, eu chorava no banho pra botar pra fora mesmo. Era assim que conseguia desabafar meus sentimentos.

O desamparo vai permeando de forma constante a história de cada uma delas. A necessidade de Carla em fazer uso de medicação e do banho quente para aliviar-se, demonstra o quanto ela se encontrava sob o efeito do excesso psíquico. Jéssica iniciou aliviando-se através da tricotilomania, tentou se matar e, posteriormente, passou a se cortar por um período, passando por várias tentativas de alívio, através do corte nos braços.

Segunda asserção: o caráter compulsivo da tentativa de alívio da dor e do suicídio demonstra a existência de uma matriz psíquica que reproduz desesperança¹⁰

Nessas tentativas recorrentes de alívio, a força de impulso ao ato está no impedimento de utilizar outra maneira de enfrentar a dor psíquica, pois a condição representacional está afetada na situação de dor psíquica¹. Jéssica afirmou que acredita que não voltará a tentar se matar, e que faz um ano que parou de se cortar, mas em relação a arrancar os cabelos, diz que é difícil afirmar que não voltará a fazer, devido às paradas e retornos constantes: (...) *Eu raspei o cabelo em outubro, voltei a arrancar final de novembro. Em dezembro, depois do natal, eu raspei de novo, agora ta bom até..., mas ta cheio de falha.(...) eu comecei a usar peruca e fiquei 1 ano e pouco usando peruca, eu ainda tinha um pouco de cabelo.*

Após a tentativa de suicídio, Jéssica refere: *Daí meus pais me colocaram numa psicóloga, (...) mas não adiantou nada. Tipo, eu acho que conversar comigo não vai adiantar, não sei, tipo, o que tu vai entender do que to sentindo? Tipo assim, como é que tu vai saber? Não é? Sim, eu posso falar, tipo, tu não vai saber o que que eu to sentindo, o quanto eu já passei (se emocionou).* Nesse relato fica clara a matriz de desesperança, pois não havia indícios de uma escuta que a sensibilizasse frente aos seus conteúdos. Nesse tipo de sofrimento psíquico é preciso “marcar a diferença entre agir a dor e expressar a dor”¹⁰, pois auxiliar que a repetição dos afetos apareça, possibilita que “se retire a experiência traumática da clandestinidade e do estado de dissociação.”¹⁰

Posteriormente ao ato letal, Jéssica é chamada para conversar na Escola: (...) *a Irmã Scarlet falou que eu só podia ficar no colégio se eu começassem a me tratar, porque eu podia fazer influência pros outros.* Após uma vivência tão séria, o azar de ter que escutar uma pessoa que, não apenas não lhe compreendeu, mas inclusive, fez uma intervenção inadequada, visto que nesse momento deve haver todo o suporte possível, uma escuta empática e, ao contrário, ela foi coagida a fazer um atendimento psicológico para “*não fazer influência pros outros*”, pois de outra forma não permaneceria na Escola. Esse tipo de intervenção, em pessoas que possuem uma matriz psíquica de desesperança, tende a ampliar o excesso psíquico, pela repetição do lugar de figuras anteriores em sua história.

Assim, sem uma mediação profunda frente ao seu sofrimento, um mês após a tentativa de suicídio Jéssica se deparou com uma colega de escola que se cortava, passando a agir da mesma forma: *A minha amiga começou a se cortar, daí eu falei com ela e com a professora um monte de coisas, que era errado e tal e depois de um tempo eu comecei a fazer igual a ela, (...) eu já não aguentava mais. Eu comecei a me cortar, por tudo que já tinha passado, também era uma forma de me aliviar. Eu tava cheia de cicatriz no braço, não to mais com nenhuma* (mostra o braço).

A ausência de capacidade representacional constante faz com que o psiquismo fique invadido pela angústia automática, “reação do sujeito sempre que se encontra numa situação traumática, isto é, submetido a um afluxo de excitações, de origem externa ou interna, que é incapaz de dominar”.¹

Carla refere que sempre foi impulsiva e que o fato de ser molestada desencadeou início de depressão e crises de ansiedade: (...) *eu sou muito impulsiva e estava começando a me colocar pra baixo, tava entrando em depressão. E aí como sou muito impulsiva eu tomei todos os remédios. Foi um modo pra eu tentar parar de me sentir mal, me sentir ruim...como eu tava me colocando pra baixo...aí eu tomei os remédios.* Aliado ao fato do excesso de ter sido molestada, a sensação de ameaça, se compartilhasse o ocorrido com alguém, provocou um tormento progressivo: *Ele me ameaçou várias vezes, se eu contasse pra alguém, se eu contasse pra minha irmã, ele disse que ia machucar ela. Se eu contasse pra outro alguém, ia me machucar também.*

O impacto do trauma deixa o sujeito “à mercê daquilo que não foi nomeado, que impõe um circuito de dor incessante via repetições”¹⁰. Carla diz que após a tentativa iniciou tratamento medicamentoso e sua autoestima aumentou e ela melhorou em alguns aspectos, porém, afirma em outras falas que o sentimento de solidão continua: (...) *eu comecei a fazer o tratamento pra hiperatividade, que eu sempre tive, mas eu nunca tratei, isso me ajudou bastante. A minha autoestima, depois de tomar certos remédios aumentou e eu comecei a me dar melhor na escola do que eu era antes. Eu consegui cultivar amizades boas e consegui me relacionar com meu namorado, que eu estou agora. Acho que essas foram as coisas que aconteceram depois da minha primeira tentativa. Foram poucas, foram bem poucas. Mas eu sempre me senti triste, eu sempre me senti vazia, eu sempre me senti sozinha.*

Frente a questionamentos sobre a possibilidade de dar novo sentido a sua vida, Jéssica refere sempre ter uma dificuldade para que isso aconteça, devido às várias recaídas e refere um sentimento predominante de desesperança. Carla, por sua vez, refere a constância de um sentimento de vazio. A constância desses sentimentos ocorre porque as formas conciliatórias defensivas utilizadas nesses casos “nem sempre sedam tais estados afetivos que obedecem a uma economia de dor.”¹² Por mais que as jovens busquem formas para sanar a dor psíquica, surgem a tricotilomania, os cortes, o uso de medicação, os banhos quentes, etc., mas as dores psíquicas seguem.

Terceira asserção: clivagem como defesa psíquica frente ao traumático¹⁰

A clivagem “se traduz pela coexistência, no cerne do eu, de duas atitudes contraditórias, uma que consiste em recusar a realidade (renegação), outra, em aceitá-la”¹³. Nos textos freudianos, a clivagem abrange um movimento de recusa que possibilita a coexistência no ego de “duas atitudes psíquicas diferentes frente à realidade: a primeira leva a realidade em consideração; a segunda, atendo-se à sobrevivência psíquica, nega-a.”¹² As sensações envolvidas na clivagem impedem o sujeito de sentir a emoção genuína, propriamente dita e,¹⁴ nessa direção, ao remover a experiência do estado de dissociação, “devolve-se ao sujeito a capacidade de apropriar-se de si mesmo, de transformar dor em sentimento. Ao romper a cisão que

o incapacita a ser dono de seu destino, abre-se à palavra um recurso de mediação do mundo psíquico”.¹⁵

O uso da clivagem aparece nos relatos dos participantes. Jéssica refere: *Eu já escrevi carta, tipo pra minha mãe, eu me cortava e assinava com sangue pra ela, mandava pra ela, ai ela chorava um monte. Ela levava benzedor lá pra casa, macumbeiro (risos), mas não é isso, eu sei que não é. (...) Eu quebrei um box de vidro em cima da minha mãe. Eu e ela, a gente se cortou tudo. Aquela época eu tava mais era me cortando. Daí eu peguei um caco de vidro pra tentar me cortar, mas a minha mãe viu meus dedos tudo sangrando. Eu ainda tenho a marca aqui ó (mostra o dedo). (...) Eu taquei um espelho no chão pra tentar me cortar.* Jéssica demonstra indiferença ao falar dessas situações, falar sobre a forma de se relacionar com a mãe, com quem tem uma série de situações de confronto verbal e, inclusive, físico. Ela se mostra, de certa forma, indiferente também à tentativa de suicídio, na maneira como relata o ocorrido, refere não pensar sobre o que houve: *(...) tipo, eu nem penso nisso, sei lá como eu tava passando por tudo aquilo e não aguentava mais, eu resolvi, eu acabar com minha vida.*

Já em relação à Carla, ela escondia o que se passava dentro dela e, da mesma forma que Jéssica, referiu, sobre a tentativa de suicídio: *(...) Não busquei entender não, eu só tentei esquecer.* Refere que tinha medo de contar o ocorrido para seus pais, por temer que algo acontecesse a eles e temer a atitude do seu pai com o abusador. Acabou distanciando-se de seus amigos e ficando cada vez mais sozinha. No espaço intersubjetivo, o fato de não contar o que havia lhe acontecido incrementou a sensação de desamparo. Acerca da obrigatoriedade de silenciar sobre o traumático, a solidão desse silêncio gera a não inscrição desse evento em nível simbólico, impedindo o seu esquecimento¹². Nesse processo, a dor de Carla, devido à solidão, somou-se à moléstia, a qual buscou não pensar e somaram-se episódios nos quais a falta de registro e de sentido ganhou impulso para o ato letal. Após a tentativa de suicídio, ela relata: *(...) Na primeira hora, no primeiro dia, eu continuei me sentindo vazia, me arrependi pelos meus pais, mas continuei me sentindo bem vazia, isso na primeira hora. Depois eu comecei só me acostumar com a ideia de só existir, não sentir mais nada e com o passar dos dias, a ida lá no CAPSi, a conversa com a psicóloga e o psiquiatra, eu comecei a me sentir um pouco melhor, não me sentir tão vazia. E foi assim, amenizando aos pouquinhos..*

Quarta asserção: há no tentador de suicídio um importante prejuízo na imagem do si mesmo, efeito da precariedade das relações com as figuras parentais¹⁰

As atitudes das pessoas não são acidentais na perspectiva psicanalítica:

todo comportamento e desenvolvimento são reflexos da história desta pessoa, incluindo o que ocorreu entre ela e as pessoas mais importantes da sua vida, seus pais ou aqueles adultos que assumiram a responsabilidade de seu cuidado.¹

A maior referência de cuidado e amor que Carla referiu ter era de seu avô que havia falecido. Após esse fato, ela refere ser o pai a pessoa que passou a ser mais presente em sua vida. Sua mãe ficava fora o dia todo, criando uma precariedade de diálogo e, quando o mesmo ocorria, era de forma ríspida: (...) *eu e a minha mãe a gente se pega no pau direto, a gente brigava bem mais antes do tratamento do que agora. Depois ela falou com o psiquiatra lá do CAPSi e aí a gente começou a se entender mais. Também porque eu era muito impulsiva, eu nunca fui muito chegada na minha mãe e o meu pai ficava mais tempo com a gente em casa. Por ela ter dois empregos, ela ficava bastante na rua e no pouco tempo que a gente se via, ela sempre ficava implicando comigo e eu sempre implicando com ela.*

Durante a entrevista, ao falar sobre a relação que tinha com a mãe, Carla se emocionou e demonstrou a intensidade da importância dessa pessoa em sua vida atualmente, algo que está sendo possível resgatar, finalmente: *Hoje eu me sinto bem, me sinto melhor. (...) Eu não sei dizer exatamente, mas acho que o motivo foi mais o afeto de mãe, a gente está mais próxima, não me sinto tão sozinha, acho que é isso.*

Além de episódios de tristeza dos pais em virtude do luto, Jéssica alegou que os mesmos brigavam com frequência, sendo que seu pai já bateu na sua mãe e essas ocorrências a afastaram, mantendo pouco diálogo com o mesmo. Contudo, a pessoa com quem tem maior proximidade e, com quem briga muito é a mãe: (...) *Eu levei o guri lá pra casa, a mãe não deixou eu namorar com ele, mas só que no dia dos namorados, eu fui na casa dele e a gente acabou fazendo. E eu pensei que tava grávida. Eu cheguei em casa, levei uma surra, eu fiquei toda roxa, foi onde o Conselho Tutelar foi lá em casa. (...) Apanhei de cinta. Ela já deu um soco na minha boca, como eu tava de aparelho, cortou tudo, sangrou.* Jéssica alega que quando

sente raiva, além de arrancar os cabelos, agride seus pais: (...) *Tipo, quando eu fico com raiva, não consigo me segurar, eu grito, eu bato nos outros. Tipo, nos outros, vírgula, na minha mãe e no meu pai, porque eles são os que estão mais perto de mim, os que brigam comigo, que falam as coisas pra mim, que querem o meu bem, mas às vezes eu não enxergo. Daí eu, às vezes, acabo batendo neles. Mas na minha mãe mais, ela que fala mais, que briga mais, ta sempre ali pegando no meu pé. Mas tipo, eu sei que é uma forma de ela querer tentar me ajudar, mas às vezes atrapalha, é isso.*

Jéssica reproduz na agressividade e autoagressão as falhas instauradas com as figuras parentais. Carla “se pega no pau direto” com a mãe, mas ao referir maior aproximação com a mesma, numa espécie de resgate de uma relação a qual sempre sentiu distante, encheu os olhos de lágrimas. Na história das participantes, percebe-se uma vulnerabilidade importante da autoestima. A autoestima compreende “de um lado, a qualidade do próprio (auto); de outro, ‘estimar’ provém do latim *aestimare*.”¹⁶ Estimar refere-se a “apreciar, valorar, reconhecer o mérito, que remete ao afeto” e remete, ainda, a crer, avaliar.¹⁶ O sentimento de autoestima é “um composto apoiado em maior ou menor grau pelas relações objetivas e suas repercussões narcísicas” e reflete uma história em termos libidinais, identificatórios e a configuração de vínculos¹⁶. Portanto, a autoestima está vitalmente atrelada à relação com os cuidadores principais.

Ao considerar a história de Carla e Jéssica, assim como a forma como reagem frente aos fracassos e às decepções, tem-se a dimensão do que é sofrer das “problemáticas narcísicas”. A modalidade de “investimento narcísico de objeto está a serviço de regular o sentimento de estima de si ou de preservar a coesão do sentimento de si.”¹⁶ É possível referir que a “fragilidade desse tipo de vínculo se explicita quando, frente à vivência de situações traumáticas, o sentimento experimentado é de extrema solidão.”¹⁰. Carla relata: (...) *Eu me sentia sozinha, eu tinha flashbacks rápidos de não estar sozinha, mas na maior parte do tempo eu me sentia sozinha, mesmo com várias pessoas ao redor.*

Quinta asserção: o espaço ¹⁰de escuta proporciona condições de atribuição de sentido ao traumático rompendo o estado de clivagem psíquica¹⁰

A escuta possui papel fundamental no processo de trabalho do trauma:

Trabalhar o trauma via escuta analítica é a forma de abordar o irrepresentável (excesso) em um processo que busca atribuição de sentido àquilo que desassossega o sujeito. As repetições abrem um importante canal de acesso à compreensão do que esse ato denuncia. Esse tipo de repetição denuncia um aparelho psíquico arrasado em sua forma precoce pelo trauma, não tendo ocorrido uma possibilidade de elaboração.¹⁰

118

Contudo, essa escuta deve possibilitar, efetivamente, a abstração da dor até então isolada e a captura da essência do que faz sofrer e mantém a repetição. “Enfrentar a dor, unir as partes cindidas, é tirá-lo do estado de passividade e repetição criado pela violência do trauma, é trabalhar psiquicamente com o excesso.”¹⁰ No caso de Jéssica sua fala e a manutenção das repetições, parecem demonstrar que ainda não foi possível enterrar o irrepresentável, que se mantém buscando vias de descarga, mantendo-a num circuito de dor e de atos repetidos: (...) *.eu já desisti de mim milhares de vezes, mas sempre vem alguém e diz, eu sou motivo pra ti tentar continuar ainda, entendesse? Eu posso te ajudar. Mas por mais que a pessoa fale isso eu não consigo, parar com essas coisas. (...) Hoje, eu perdi totalmente a esperança. Não sei, eu perdi a esperança, em relação ao cabelo hoje, eu perdi a esperança, já tem lugar na minha cabeça que não nasce mais cabelo. 4 anos arrancando cabelo imagina como tá a raiz, tá fraca. E se eu continuar arrancando cabelo eu sei que vou ter que fazer um implante, porque se não, não vai crescer mais e eu não quero ficar arrancando cabelo.*

Antes da tentativa, Carla relata que a mãe sugeriu que procurasse um psicólogo, pois observou a mudança de seu comportamento. Os atendimentos anteriores ao ato não foram satisfatórios: *Antes de ter ido pro CAPSi, eu já tinha ido numa psicóloga três vezes, porque minha mãe queria que eu fosse. (...) Não estava sendo bom, porque ela não fazia muita questão de ajudar e eu também não.* Carla refere que com o tempo sente-se mais segura para falar sobre o que passou, e aconselha sobre a importância de ter essa oportunidade: (...) *Eu acho que quem pensa em suicídio, tem que ter alguém pra conversar que ele se sinta livre assim, que se sinta realmente confortável, que seja confiável pra falar sobre essas coisas,*

antes de meter as mãos pelos pés. Eu acho que conversar com alguém é a melhor coisa, do que ficar guardando durante muito tempo.

Considera-se que é importante fazer “surgir no setting afetos que, por sua dimensão traumática, provocam cisões patológicas para o sujeito.”¹² Nesse sentido, “ao marcar a diferença entre *agir a dor* e *expressar a dor*, a autora considera que a repetição dos afetos nesse espaço possibilita que se retire a experiência traumática da clandestinidade e do estado de dissociação”¹⁰.

CONCLUSÕES

Considerando o fato de o suicídio ser avaliado como um problema de saúde pública denotou-se inicialmente a importância da pesquisa e a necessidade de refletir sobre medidas de prevenção.

Este trabalho pretendeu, prioritariamente, escutar e compreender o que as participantes tinham a dizer sobre sua tentativa de suicídio. O suicídio deve ser considerado como um ato de comunicação e não apenas como um gesto único, pois é uma forma de comunicar ao meio social questões internas que não foram escutadas por outras vias, direta ou indiretamente, tais como: bilhetes, falas, isolamento e formas de intolerância à dor. Esses indícios frequentemente não são entendidos, ou inclusive, são negados por familiares, amigos ou pessoas próximas¹⁷. Deve-se considerar, mediante os fatores de risco para o suicídio, que toda tentativa, em especial de um adolescente, é dirigida a alguém e expressa uma necessidade de afeto, de amor, de ser ouvido e reconhecido como pessoa e, deve ser compreendida como uma pergunta que requer resposta, questões internas que não são resolvidas apenas com o ato, mas precisarão de escuta¹⁸.

Através dos estudos de caso, pôde-se verificar a importância que eventos que ocorreram ao longo da vida tiveram para o impulso de tentativa do ato letal. A tentativa de suicídio, nos casos estudados, pôde ser compreendida a partir do ator, tendo o trauma como eixo central.¹⁰ Também identificou-se a ocorrência de um vínculo falho com as figuras parentais, seja por ausência afetiva ou por se caracterizar por ciclos de brigas constantes com e entre os pais. Os vínculos estiveram pautados pela falha da figura cuidadora principal na construção do psiquismo, falha inicial de carinho e atenção e falta de diálogo no momento da

puberdade e adolescência, momentos em que as adolescentes apresentaram vários sinais de significativa necessidade de ajuda.

Além disso, a experiência de perdas afetivas na infância, especialmente no caso de Carla, em que o avô, de certa forma, ocupou o lugar de cuidador materno, deixou marcas significativas, demonstrando que o olhar narcisizante não foi constante e a repetição de tentativas mal sucedidas nas relações significativas marcaram um horizonte sem cor e, portanto, sem muitas perspectivas, sem maiores esperanças.

A pesquisa realizada pôde evidenciar a condição de desamparo que marcou a vida de ambas adolescentes e o espaço da intersubjetividade ganhou destaque nessas situações: aquilo que ficou descuidado nas relações primordiais seguiu em um caminho de “reprise” e seguirá até que possa ser historizado e significado¹⁰. Viver esse processo junto com as participantes resultou na certeza da importância de proporcionar espaços de escuta e acolhimento para as pessoas que convivem diariamente com essa força destrutiva que insiste e que é capaz de produzir um ato contra suas próprias vidas.

Acredita-se ser indispensável ao profissional de saúde mental saber “os efeitos destrutivos e mortíferos de experiências traumáticas que deixam o sujeito preso a um tempo que não passa.”¹⁰ Cabe aos profissionais de saúde estarem atentos a essas ocorrências que vêm crescendo e mostrando a importância da nossa disponibilidade para mobilizar recursos técnicos e, essencialmente, humanos no manejo com essa população tão fragilizada.

REFERÊNCIAS

1. Macedo, MMK. Tentativa de Suicídio: O traumático via ato-dor. [Tese]. [Porto Alegre]: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006. 223 p. [acesso em 2015 set 27]. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5041>
2. Deepask. **O MUNDO E AS CIDADES ATRAVÉS DE GRÁFICOS E MAPAS.** Suicídios: veja número de mortes por cidade do Brasil - Criciúma, SC. 2015. [acesso em 2016 mar 20]. Disponível em: <http://www.deepask.com/goes?Page=criciuma/SC-Confira-o-numero-de-suicidios-no-seu-municipio>

3. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization; 2014. 92 p. [acesso em 2016 mar 20]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
4. Cavalcante MB, Alves MD, Barroso MG. Adolescence, alcohol and drugs: a reflection in the health promotion perspective. Esc Anna Nery; 2008. p. 555-559.
5. Renno, J. Alertas que podem salvar a vida do seu filho. [Internet]. Estadão. 2015 mar. 27. [acesso em 2015 mai. 15]. <http://vida-estilo.estadao.com.br/blogs/joel-renno/como-identificar-risco-de-suicidio-no-seu-filho/>
6. Laplanche, J, Pontalis, JB. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes. 1998.
7. Knobloch, F. O Tempo do Traumático. São Paulo: EDUC. 1998.
8. Freud, S. Carta 69 (21 de setembro de 1897). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. 1 (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1897). 1987.
9. Freud, S. Além do princípio do prazer. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. 17 (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920). 1976.
10. Macedo MMK, Werlang BSG. Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. Psic.: Teor. e Pesq. 2007. 23(2): 185-194. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000200009>
11. Erickson, F. Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza: La investigación de la enseñanza. Barcelona: Paidós, p. 195-301. 1997.
12. Maia MS. Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.
13. Roudinesco E, Plon, M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. 874p.
14. Fischbein JE. Más allá de la representación: el acto. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina; 1999. 6(2): 261-280.
15. Macedo MMK, Werlang BSG. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. Agora (Rio J.) 2007, 10 (1): 86-106. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982007000100006>
16. Hornstein L. Narcisismo: autoestima, identidade, alteridade. São Paulo: Editora Via Lettera; 2009. 224 p.
17. Silva, M. Suicídio: Trama da Comunicação. [Dissertação]. [São Paulo]: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1992. [acesso em 2016 mai. 25] Disponível em:

http://entline.free.fr/ebooks_br/00825%20-%20Suic%EDdio%20-%20Trama%20da%20Comunica%E7%E3o

18. Serfaty, E. Suicidio en la adolescencia. Revista Adolescencia Latinoamericana. 1(2): 105-110. 1998. [acesso em 2015 out. 25] Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:csdQhJV6T-4J:www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/1998/Suicidio_Adolescencia_1998.pdf+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br