

Bruno Esposito  
 Laís Lima  
 Alessandra Balaban  
 Roosevelt Cassorla

## Suicídios

**Realização** Camila Junqueira, Cristiane Abud Curi, Gisela Haddad, Thiago Majolo e Vera Zimmermann

**Alessandra Balaban** é psicóloga e mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP. É psicóloga do CRIA, onde atua desde o início da instituição.

**Bruno Esposito** é psicanalista, psicólogo do CRIA-UNIFESP e especialista em Saúde Mental e Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP.

**Laís Lima** é psicóloga (PUC-SP), psicanalista e especialista em Psicologia da Saúde (UNIFESP) e em Psicanálise e Linguagem (PUC-SP). Aprimoramento em entrevistas iniciais (UNIFESP).

**Roosevelt Cassorla** é membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo e do Grupo de Estudos Psicanalíticos de Campinas. É professor titular da UNICAMP.

**O** suicídio nos levanta muitas questões irrespondíveis. Quem comete o ato deixa de fazer questões; quem fica tampouco poderá respondê-las. Mesmo que encontremos muitos indícios e motivações, mesmo que possamos fabular a história de quem prefere voluntariamente não mais viver, ainda assim o enigma da morte se interpõe de modo insuperável. Somado a isso, o estigma que os suicidas carregam na nossa cultura – estigma este que se desdobra para os amigos e, principalmente, parentes – perpetua um grande silêncio. Ainda, temos medo de que ao falar sobre o suicídio o incentivemos.

Mas, de fato, é uma questão humana, e carente de palavras. Há muitos que, ponderando sobre a existência, ou na dificuldade de ponderar sobre ela, decidem que viver não vale a pena. Albert Camus, em seu livro *O mito de Sísifo*, diz que o suicídio é a única questão filosófica verdadeira, pois há de se estar vivo para filosofar, há de se escolher que a vida vale a pena para tratar de seus mistérios.

A partir de sua visão existencialista, o escritor argelino duvidava da razão pura e dos sentidos da vida. Acreditava que uma ideia levada até o fim, ou um sentido da vida levado até seu extremo, era o mesmo que a morte, uma vez que a vida nada mais era que um absurdo ao qual nos dedicamos. Dizia que, a partir do momento em que começamos a pensar, estamos atormentados. E o tormento insuperável nos abre a escolha pela vida atormentada e consciente, ou a decisão pela morte.

Ultimamente, o suicídio tem se mostrado mais abertamente nas mídias. O jogo virtual *Baleia Azul*, que levou centenas de jovens a tirarem a vida, a série *13 Reasons Why*, sobre a jovem suicida que deixa cartas de vingança àqueles que a machucaram, o suicídio de dois ícones do pop-rock, Chris Cornell e Chester Bennington, entre outras notícias

125

PERCURSO 59 : p. 125-130 : dezembro 2017

nos chamam atenção ao tema. Desde 2014, como um esforço conjunto de diferentes associações, foi instituído o “setembro amarelo” como um mês dedicado à conscientização e prevenção do suicídio, propagando o slogan: “falar é a melhor solução”.

Se fizermos recortes sociais, poderemos identificar traços comuns de maior incidência no número de suicídios entre jovens de quinze a vinte e nove anos, ou da população negra, ou de mulheres que fogem às normas de beleza, ou transexuais, e certamente outros grupos que se encontram mais vulneráveis no estabelecimento e manutenção de laços sociais. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 32 pessoas se suicidam por dia no Brasil; contudo, estimam que 9 entre 10 poderiam ser evitados se as pessoas tivessem procurado ajuda. Nos consultórios, ouvimos pessoas com graves e prolongadas depressões ou graus variados de melancolia aventarem a possibilidade de tirarem a vida.

No campo da psicanálise, Serge Viderman, em *Construção do Espaço Analítico, ao analisar a regra fundamental do tratamento, nos lembra de que ao pedirmos ao analisante que fale tudo o que vem à mente também estamos dizendo que ele não faça nada: que a palavra dê lugar à ação.*

Bruno Esposito, Laís Lima e Alessandra Balaban  
*Tentativa de quê?*

Falamos a partir de uma experiência clínico-institucional com adolescentes e seus familiares, que são, muitas vezes, encaminhados após uma tentativa de suicídio. Recebemos pais e jovens em estado de urgência, criando-nos um impasse constante. No caso de esta urgência ser aceita, passamos a tomar medidas como a intervenção medicamentosa, internação domiciliar ou hospitalar e a realização de diagnósticos precipitados. Por outro lado, uma postura analítica demasiadamente passiva e não responsiva pode lançar pacientes e familiares em um perigoso vazio, colocando em risco a vida desses adolescentes.

Tomaremos aqui a adolescência como um trabalho intenso do psiquismo. Este período da vida, para Freud<sup>1</sup>, irrompe “como se escavasse um



*o adolescente busca  
uma nova língua, um modo  
novo de dizer de si*

A psicanálise, em diferentes correntes, compreende o suicídio como passagem ao ato. Diferente da fantasia suicida, que está inserida na rede simbólica do paciente, o suicídio pode ser compreendido como uma ruptura com o simbólico. Em que medida a insistência em falar sobre o suicídio não implica uma patologização desse ato, relegando seu status ao de falha do simbólico? Será possível pensar o suicídio como escolha e sem condená-lo? Como desejo de morte, ou de pôr fim à vida ou a algum sofrimento ou alguma dor?

Sabemos que os fatores são sobredeterminados, múltiplos, estruturais ou conjunturais e deveras enigmáticos, e que os recursos de manutenção à vida, sejam religiosos, médicos ou de apoio social são fundamentais. Assim, abrimos essa seção para pensar e falar sobre o tema, e para que possamos criar um espaço de escuta e debate sobre o suicídio.

túnel numa montanha” (p. 195) – ao entrar nesse túnel perfurado de ambos os lados, torna-se necessário sair, renascer de outro jeito. Entra-se como um, mas nunca é possível sair do mesmo modo. O adolescente busca uma nova língua, um modo novo de dizer de si; ocorre que as autenticações que ele encontra para essa nova língua tendem, em nossa atualidade, a qualificar qualquer manifestação como sinal de uma doença.

A crise do adolescente não se encerra nele mesmo. À medida que os adolescentes fazem a travessia, os pais podem ou não se reenviar para a própria história desejante, para sua conjugalidade, sexualidade e sua própria adolescência, trazendo aí mais uma delicada passagem.



*nesta lógica imediatista, há uma tentativa de suprir a falta, sem positivá-la como aquilo que promove o desejo*

Aquilo que Erikson<sup>2</sup> denominou de “mora-tória do adolescente” – momento de suspensão temporal para a satisfação futura – é o insuportável na contemporaneidade. Vigora a crença de que é possível e necessária a satisfação de todas as solicitações desses jovens. Solicitações que são substancializadas: inúmeros pedidos como piercings, tatuagens, celulares e roupas são atendidos imediatamente, sem questionamento, anulando assim a metonímia intrínseca ao desejo (raramente há uma pergunta a respeito do porquê e do para quê o jovem afirma querer esses objetos). Não há uma relativização da palavra – a palavra não é escutada como metáfora – e assim a expressão “vontade de morrer” é tomada ao pé da letra e não, por exemplo, como uma tentativa de se saber o lugar que se ocupa no desejo do outro.

Nesta lógica imediatista, há uma tentativa incessante de suprir a falta, sem conseguir positivá-la como aquilo que promove o desejo, o crescimento e a capacidade de se virar na vida (“meu filho vai ter tudo que não tive, não quero que passe pelo que passei”). Do lado do adolescente, a rapidez em conhecer, o fluxo acelerado das informações e a intolerância com aquilo que escapa incitam-no a uma “desinscrição do impossível”<sup>3</sup>, mantendo o engodo imaginário de que tudo se pode. Quando o limite se impõe, a reação dos jovens é explosiva, impulsiva e compulsiva.

- 1 S. Freud. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 7, p. 129-251.
- 2 E. Erikson. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976.
- 3 J. Lebrun. *Um mundo sem limite*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2004, p. 77.
- 4 G. Zalsman et al. Maternal versus adolescent reports of suicidal behaviors: a nationwide survey in Israel. *European Child and Adolescent Psychiatry*, v. 25, n. 12, p. 1349-1359, dez. 2016.

Outro aspecto, bastante perceptível em nossa clínica, diz respeito ao borramento da hierarquia familiar. Os pais aparecem como pares, como iguais, sentem-se premidos a exercer um papel de extrema tolerância, promovendo um ambiente marcado pela liberdade, compreensão, permissividade e intimidade excessiva. Esse extremo favorece o seu avesso: excesso de presença e de ausência se alternam em vários momentos. Ora os jovens são protegidos e investidos maciçamente, como único projeto de vida desses pais, ora são abandonados à própria sorte, “a vida ensina”, dizem eles.

Esta dicotomia também fica evidente no que diz respeito à produção de um saber a respeito dos filhos: ou se sabe tudo (“meu filho é meu melhor amigo”) ou não se sabe nada (várias mutilações no corpo que sequer são percebidas). Uma pesquisa israelense recente contrapôs relatos de mães e adolescentes sobre a presença de comportamentos suicidas, evidenciando o desconhecimento contundente das mães sobre esses comportamentos. Os jovens relatam três vezes mais a presença desses atos em relação a suas mães<sup>4</sup>.

Encontramo-nos com pais que reconhecem a turbulência desse período apenas quando a suposta tentativa da morte bate em sua porta; a morte aparece como única solicitação que não pode ser atendida. A partir daí, delegam ao profissional que sancione e revele o que se passa com seu filho, numa espécie de despossessão de saber acerca deles. Isso vai ao encontro da crença social de que se é possível encontrar uma verdade universal a respeito do sofrimento psíquico e de que esse saber está fora da família, na internet, na medicina, na ciência. Há uma terceirização do saber, que é massificado o tempo todo. Nesse sentido, o sintoma que deveria ter a função de fazer singularidade e ser formação de compromisso passa a ser pertencimento grupal, formação de parceria.

Assim, encontramos uma banalização por parte dos adolescentes do risco que as tentativas de suicídio representam. Esses adolescentes passam a pertencer a grupos dos que se cortam, que ingerem medicamentos em excesso, que tentam se

matar. A tentativa de suicídio aparece como uma solução identificatória possível, uma possibilidade de parceria que é própria da adolescência.

A partir da constatação de que a questão identitária é fundamental na adolescência e se mostra especialmente problemática nesses pacientes, os dispositivos grupais foram se tornando uma das principais ferramentas de intervenção na nossa clínica. Desde a formalização do contrato de tratamento, a proposta grupal tem sido bem acolhida tanto por parte dos jovens como pelos pais – porque estes também participam de grupos de família. A estratégia de grupos tem se mostrado fundamental na aderência ao tratamento, diminuindo sensivelmente os casos de abandono.

Nos grupos, observamos que o discurso sobre o suicídio rapidamente se desdobra em outras temáticas, que podem fazer referência a assuntos mais complexos como conflitos familiares, termos de namoro, questionamentos sobre a existência, assim como assuntos aparentemente muito triviais como marcas de celular, cor de cabelo, piercings, roupas de marca, discussões sobre política e gostos musicais. Nessa fluidez discursiva, os adolescentes vão assumindo uns em relação aos outros diferentes posições: parceiro, conselheiro, autoridade, piadista, experiente ou aprendiz.

“Eu tenho certeza de que sou muito insegura, isto é da minha depressão”, diz Ana. “Como você pode ter tanta certeza assim se você é insegura?”, pontua Maria. “Tentei me matar tomando vários comprimidos, mas a minha mãe descobriu porque achou as cartelas em cima da mesa”, diz Maria em outro momento. “Se você quisesse se matar mesmo, você não deixaria pistas, você já percebeu que você quer bronca o tempo todo?”, questiona Laura. No movimento grupal, se restitui o valor metafórico da palavra quando, por exemplo, a morte ou a psicopatologia passam a ter

Roosevelt Cassorla

O aumento nas taxas de suicídio em adolescentes desafia nossa compreensão. O psicanalista pode

»»

*os grupos de família têm o valor de restituir aos pais seu lugar de autoridade e de estabelecimento de limites*

outros sentidos e um dos aspectos primordiais da contundência dessas intervenções diz respeito ao fato de elas serem protagonizadas pelos próprios pacientes, ganhando lugar cada vez mais de pares e de autores do próprio saber (o saber não está mais só com os pais ou os médicos).

A posição dos adolescentes em relação aos pais também vai sendo modificada. De plenos, parceiros e amigos, como bem ilustra a frase de Carlos (“amor é só de pai e mãe”), as figuras parentais passam a ser questionadas, adquirindo um novo estatuto. Aparecem suas falhas, seus impasses, seus outros desejos... E Carlos passa a fazer amigos e namorar. Os grupos de família, por sua vez, têm o valor de restituir aos pais seu lugar de autoridade, do estabelecimento de limites, da importância de frustrar, de assumir a impossibilidade de ser tudo para o filho. Não é raro percebermos como, com o tempo, esses pais se recolocam no mundo de outra forma, voltando a trabalhar, interrogando sua vida conjugal, etc.

No contexto da adolescência, a evolução favorável de muitos desses casos nos faz questionar: a tentativa é de quê? Trata-se realmente de suicídio e do mortífero ou de tentativa de ato relacional, de parceria, de valorização da falta, da capacidade de suportar o sofrimento, de fazer furo no saber absoluto? Manter a vivacidade desses questionamentos nos parece o combustível necessário a essa clínica, para que a adolescência possa ser vivida como uma crise que produza múltiplas saídas e significações.

efetuar hipóteses sobre fatores sociais, se consciente dos riscos de reducionismo e ideologização.



*o suicida, qualquer que seja sua idade,  
deseja escapar de um sofrimento  
vivenciado como insuportável*

É comum considerar nossa sociedade como “narcísica”, no sentido que se bloqueia a consideração pela alteridade. O outro é usado apenas para preencher desejos, necessidades e fantasias. Dessa forma ele é desumanizado. Todos corremos o risco de acreditar que “felicidade” é possuir poder, bens materiais, prestígio ou “ser esperto”. Perdem-se as verdadeiras relações afetivas. Quem não se adapta a esse modelo se sentirá excluído. Não nos cabe, neste espaço, discutir fatores subjacentes a esse modelo, mas o psicanalista não pode deixar de considerar que esses fatores dificultarão o desenvolvimento inicial dos seres humanos, impedindo que vivam na realidade triangular. As defesas narcísicas, maníacas e psicopáticas se tornam “normais” ou se transformam em sintomas psicóticos, melancólicos e comportamentos perversos ou limítrofes. Lembrando que essas configurações coexistem, dentro de cada um de nós. O adolescente é mais vulnerável a essas situações, como veremos adiante.

O suicida, qualquer que seja sua idade, deseja escapar de um sofrimento vivenciado como insuportável. Sua mente não tem capacidade de digerir, simbolizar e elaborar experiências emocionais aterrorizadoras. Ou devido à intensidade e qualidade dos estímulos, internos e externos, ou/e porque sua mente tem dificuldades para transformá-los em pensamento simbólico.

A mente se defende das situações traumáticas utilizando variados mecanismos, que incluem cisões, descargas, transformações em alucinações, recusas etc. Essas defesas podem ser insuficientes e se torna impossível viver com as ameaças de fragmentação e de aniquilamento. O suicida deseja livrar-se desse terror. Ele não quer propriamente morrer, já que a morte é algo desconhecido. Encontramo-nos, portanto, frente a uma

aparente contradição: o suicida deseja eliminar o sofrimento e, para tal, se arrisca em direção ao desconhecido aterrorizante. Seria esse terror desconhecido melhor que o terror vivenciado?

Antropólogos culturais e estudiosos das crenças e religiões confirmam os dados encontrados na clínica psicanalítica. Frente ao desconhecido – da morte e do morrer – o ser humano cria fantasias e crenças que descrevem uma vida pós-morte, idealizada, sem sofrimentos ou frustrações. Um “outro mundo” onde ele será acolhido e compreendido. A fantasia de retorno ao seio ou útero materno (a “mãe-terra”) pode emergir no material clínico.

Nas religiões, poderá ser premiado o indivíduo “bom” ou que morreu como herói (eventualmente matando os “inféis”). O Inferno é o oposto desse Paraíso, mas não costuma ser considerado pelo suicida, já que seu Inferno pessoal está ocorrendo aqui mesmo, na Terra.

As considerações acima nos mostram que o paciente suicida não quer morrer. Ele quer “morrer” e viver, ao mesmo tempo, e o resultado será determinado por inúmeras variáveis internas e externas. Entre estas a possibilidade de o paciente ser acolhido, compreendido e ajudado.

Retomemos à ideia de trauma. Um modelo adequado (e terrível) é a tortura. O objetivo do torturador (que pode ser um carrasco, um agente do governo, um marido ou esposa, um pai, um grupo) é destruir a humanidade do torturado, transformando-o em “nada”. Um bebê se torna “nada” se não é visto ou se é maltratado. As prisões e os campos de concentração fazem o mesmo. A violência social, do dia a dia, leva ao mesmo resultado.

Um paciente em que sua parte psicótica ameaça tomar todo o self vive o sentimento terrível de deixar de existir. Incapaz até de alucinar em forma suficiente – o que daria algum sentido, mesmo que delirante, a seu sofrimento – verá o suicídio como a única saída.

O paciente melancólico, aquele que introjetou um objeto ambivalente assassino, ainda que condenado à morte por seus supostos crimes,

também está em busca do objeto idealizado. Por vezes encontramos, em suas fantasias, o reencontro com pessoas mortas, no outro mundo.

O paciente limítrofe, que necessita da fusão com o outro para sentir-se existente, vivencia uma situação traumática quando o objeto se revela discriminado do self. A presença de uma parte não psicótica faz com que as configurações suicidas sejam menos intensas que no psicótico. Nesses pacientes se torna marcante uma característica que também existe nos demais: o pedido de ajuda. Ele pode ser desesperado e/ou desajeitado. Trata-se de uma solicitação que se faz ao objeto para que ele não abandone, para que se retome a situação fusional. Projeta-se culpa e chantagem. O objeto, se tiver características psicopáticas, poderá aproveitar-se da carência do indivíduo, constituindo-se relações sadomasoquistas.

O adolescente normal, e mais ainda aquele perturbado, retoma as relações simbióticas da infância, tendo que reelaborar as situações edípicas. Por isso o jovem é mais vulnerável a abandonos e intrusões, justamente em um momento de sua vida em que esses fatos estão ocorrendo – o luto pelos pais da infância, pelo corpo infantil etc., somados à intensidade das fantasias sexuais e agressivas. A capacidade ou incapacidade de elaborar situações traumáticas dependerá de como vivenciou as experiências precoces, somado às características do ambiente. Sociedades narcísicas serão inadequadas e mais traumáticas. O bullying não é só dos colegas – é da própria sociedade que não dá condições dignas para seu desenvolvimento.

Existe o suicídio racional. Por exemplo, quando não mais se justifica o sofrimento por

uma doença que não tem cura. O suicídio assistido faz parte desta categoria.

Ainda que as classificações acima possam ter certa utilidade, o psicanalista deve utilizá-las apenas como modelos. Durante o processo analítico diferentes configurações predominarão, a cada momento, e o profissional deverá intuir os fatores para sua manifestação assim como para aquilo que está escondido e/ou não podendo ser simbolizado.

O profissional de saúde, mais ainda o psicanalista, se identifica com seu paciente, ao mesmo tempo que toma distância do que está vivenciando, para poder transformá-lo em pensamento. Desespero e desesperança associados a sofrimento insuportável não simbolizado verbalmente acionam os sentimentos do analista, estimulando-o a investigar possíveis fantasias suicidas. O paciente que percebe que seu analista pode defrontar-se com a morte e as fantasias suicidas se sente acolhido. Encontra um(a) companheiro(a) que não tem medo dos terrores infernais. (Ou melhor, tem menos medo que o paciente). Quando o analista percebe que não dá conta dos fatos, qualquer que seja o motivo, deve utilizar a retaguarda de um colega de profissão e/ou de equipe multiprofissional. E, posteriormente, trabalhar as consequências dessa busca.

Uma ampliação das ideias colocadas nestes Comentários poderá ser encontrada em:

Cassorla R. M. S. (2017). *Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socio-culturais*. Uma introdução. São Paulo: Blucher.

Cassorla R. M. S. (2000). Reflexões sobre teoria e técnica psicanalítica com pacientes potencialmente suicidas. Parte 1. *Alter: Jornal de Estudos Psicodinâmicos* (Brasília) 19, p. 169-186; Parte 2. *Idem*: 19, p. 367-386.