



Isabella dos Santos Ribeiro

**O analista suficientemente bom na clínica
com pacientes que apresentam risco de suicídio**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior

Rio de Janeiro,
Março de 2023



Isabella dos Santos Ribeiro

**O analista suficientemente bom na clínica
com sujeitos que apresentam o risco de suicídio**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre pelo Programa
de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia
Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão
Examinadora abaixo.

Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior
Orientador
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Issa Leal Damous
UFF

Prof. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins
FIOCRUZ

Rio de Janeiro, 24 de março de 2023.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Isabella dos Santos Ribeiro

Graduou-se na Universidade Federal Fluminense (UFF), em 2016. Especializou-se em Clínica Psicanalítica pelo programa de pós-graduação da Universidade Estácio de Sá (UNESA). Atua como psicóloga clínica de orientação psicanalítica no consultório privado.

Ficha Catalográfica

Ribeiro, Isabella dos Santos

O analista suficientemente bom na clínica com pacientes que apresentam risco de suicídio / Isabella dos Santos Ribeiro; orientador: Carlos Augusto Peixoto Junior. – 2023.

101 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2023.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Falhas ambientais. 3. Falso self. 4. Suicídio. 5. Clivagem do ego. 6. Analista suficientemente bom. I. Peixoto Junior, Carlos Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para minhas avós

(In memoriam)

Agradecimentos

Ao meu orientador, Carlos Augusto Peixoto Junior, por respeitar meu ritmo de escrita e pelas ricas contribuições feitas ao longo desse trabalho.

Ao Departamento de Psicologia do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio, pelos auxílios concebidos, sobretudo no período mais crítico da pandemia, onde as aulas ocorreram de forma remota.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio por tantos aprendizados.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

À Issa Damous, que me acompanha desde o período da graduação, e por ter me apresentado uma psicanálise sensível, por ter apostado nos meus primeiros passos na clínica e por hoje ter aceito o convite para compor a banca examinadora.

Ao Estellita-Lins e suas contribuições realizadas na banca de qualificação, foi a partir delas que esse trabalho foi construído.

Aos meus pais por entenderem e respeitarem meu tempo nesses anos do mestrado. Sobretudo ao meu pai que sempre se colocou disponível para me acolher nos momentos mais delicados.

Ao meu irmão e minha cunhada pela parceria na vida.

Às minhas avós: (*In memoriam*) Dolores que sempre falava sobre a necessidade de aprender e escutar. E a Anízia, mulher analfabeta, que foi meu ambiente suficientemente bom na infância e que faleceu durante a escrita desse trabalho.

Aos amigos que me acompanharam nesse percurso.

À minha analista, Carla Siqueira Boy, por sua escuta e pontuações sempre assertivas.

Às minhas pacientes, sem a possibilidade de escutá-las esse trabalho não seria possível.

Resumo

Ribeiro, Isabella dos Santos; Peixoto Junior, Carlos Augusto. **O analista suficientemente bom na clínica com pacientes que apresentam o risco de suicídio.** Rio de Janeiro, 2023. 101p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente dissertação tem por objetivo investigar o lugar do analista na clínica com indivíduos que apresentam o risco de suicídio. Para isso, lançamos mão de uma revisão de literatura e também trazemos breves vinhetas clínicas ao longo do trabalho. Efetuamos um resgate histórico realizado por George Minois sobre a problemática do suicídio e como o tema foi abordado ao longo da história. Num segundo momento recorreremos as reflexões da psiquiatria sobre as psicopatologias, tão difundidas na atualidade e a forte associação da depressão ao risco de suicídio. Posteriormente, recorreremos a psicanálise inaugurada por Sigmund Freud e sua contribuição para o tema. Além disso, colhemos as contribuições dos psicanalistas Sándor Ferenczi e Donald Winnicott sobre a importância do ambiente na constituição psíquica e falhas ambientais que ocorrem nesse processo. São autores que nos auxiliaram com o conceito de trauma, clivagem do ego e falhas ambientais precoces. Por fim, ainda ancorados nas contribuições para os casos difíceis de Ferenczi e Winnicott, refletimos sobre o lugar do analista e nos debruçamos sobre os conceitos de tato do analista, elasticidade da técnica e da regressão à dependência no *setting* analítico, além de destacarmos a importância do *holding* na clínica com pacientes que apresentam o risco de suicídio.

Palavras-chave

Falhas ambientais; falso self, suicídio; clivagem do ego; analista suficientemente bom.

Abstract

Ribeiro, Isabella dos Santos; Peixoto Junior, Carlos Augusto (advisor). **The good enough analyst in the clinic with patients are at risk of suicide.** Rio de Janeiro, 2023. 101p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This dissertation aims to investigate the role of the analyst in the clinic with individuals who are at risk of suicide. For this, we make use of a literature review and also bring brief clinical vignettes throughout the work. We carried out a historical rescue carried out by George Minois on the problem of suicide and how the theme was approached throughout history. Secondly, we turn to psychiatry's reflections on psychopathologies, which are so widespread today, and the strong association between depression and the risk of suicide. Subsequently, we turn to psychoanalysis inaugurated by Sigmund Freud and his contribution to the theme. In addition, we collect the contributions of psychoanalysts Sándor Ferenczi and Donald Winnicott on the importance of the environment in the psychic constitution and environmental failures that occur in this process. They are authors who helped us with the concept of trauma, ego cleavage and early environmental failures. Finally, still anchored in the contributions to the difficult cases of Ferenczi and Winnicott, we about the place of the analyst and address the concepts of the analyst's tact, elasticity of the technique and regression to dependence in the analytical setting, in addition to highlighting the importance of holding in the clinic with patients who present the risk of suicide.

Keywords

Environmental failures; false self; suicide, ego cleavage; good enough analyst.

Sumário

1 Introdução	11
Capítulo 2: Algumas reflexões sobre o suicídio	16
2.1 Breves ponderações sobre o saber psiquiátrico	22
2.2 Um contraponto entre a Psiquiatria e a Psicanálise	28
2.3 Depressões na contemporaneidade	35
Capítulo 3: Bebês como “hóspedes não bem-vindos”, o processo de amadurecimento emocional e falhas ambientais precoces.	42
3.1 Considerações sobre o trauma ferencziano e clivagem do ego	43
3.2 Percurso para o processo de amadurecimento emocional	50
3.3 Quando a vida não vale a pena ser vivida: reflexões sobre as falhas ambientais precoces.	59
Capítulo 4: O lugar do analista	69
4.1 Ferenczi e a clínica do sensível	71
4.2 A possibilidade do <i>vir a ser</i> e regressão em análise	81
5 Considerações finais	91
6 Referências Bibliográficas	96

Lista de Figuras:

Figura 1: Figura 1 - Homem matando uma ideia de morrer (Correia, 2020) 77

É dos meus analisandos que aprendo tudo, que aprendo o que é a
psicanálise. Jacques Lacan

Introdução

Antes de atuar na clínica enquanto psicóloga/psicanalista, trabalhei durante cerca de dez anos como técnica em enfermagem nos serviços de urgência – emergência e centro de tratamento intensivo, o CTI. Ambos são setores que recebem pessoas que tentam suicídio, visto que as emergências são a porta de entrada do hospital e o CTI quando o paciente precisava de acompanhamento médico e da enfermagem de modo mais intenso e quando a tentativa, do ponto de vista médico, tinha sido mais grave.

Nesse período dentro do hospital já presenciei inúmeras tentativas de suicídio e testemunhei alguns óbitos em decorrência disso. No recorte da minha experiência presenciei tentativas em diversas faixas etárias, raça, gênero e questões econômicas. Pude, mesmo enquanto técnica de enfermagem, conversar com algumas dessas pessoas e todas relatavam um momento de intenso sofrimento, angústia e a impossibilidade de acreditar que a vida fazia sentido. Isso ocorria após término de relacionamento, perdas de emprego, descoberta de diagnósticos difíceis, como um câncer incurável, HIV, por exemplo.

E, de modo geral, a postura médica e da enfermagem era atribuir ao fator externo a razão da tentativa de suicídio e pouco se escutava de quem havia tentado. Muitos pacientes não se encontravam em acompanhamento com a psiquiatria e psicologia e saíam do hospital sem essa orientação. Assim como a família que também não era fornecido um suporte para que ela pudesse minimamente compreender o que é uma tentativa de suicídio e o que pode ser feito quando há a morte após a tentativa. Havia um enorme tabu em se falar sobre o tema e um esforço em minimizar o que aconteceu e falas em que afirmavam ser a idade, em casos de adolescentes, ou, quando mulheres, geralmente, as falas eram que elas precisariam se amar mais, cuidar mais de si e isso era dito com o intuito da mulher procurar um salão de beleza para fazer as unhas e cabelos e resgatar a autoestima.

Isso sempre me causava um horror e uma dificuldade em lidar com a equipe que trabalhava. Vale destacar que isso não aconteceu somente num único

hospital, atuei em hospitais da região serrana, litorânea e metropolitana do Rio de Janeiro e o tabu sobre o tema e a impossibilidade falar sobre ele e não julgar quem cometeu o suicídio sempre esteve presente nesses anos em que estive na enfermagem.

Sendo assim, durante todo o meu percurso profissional, seja na enfermagem ou na clínica, pessoas que tentam o suicídio sempre estiveram presentes. Na época em que eu atuava no hospital, o tema era tratado pela equipe de plantão como um tabu e era bem associado ao que é dito no senso comum: que é falta de Deus, uma fraqueza, que se a pessoa quisesse se matar de verdade teria conseguido. Eram poucos os profissionais que acolhiam a dor apresentada pelo paciente e compreendiam que havia ali um sofrimento psíquico intenso.

Na minha graduação em psicologia o tema foi abordado pouquíssimas vezes, mas quando inicio os atendimentos logo os pacientes que apresentavam risco de suicídio apareceram e com o início da pandemia em 2020 os casos aumentaram de modo considerável, ao menos na minha experiência clínica. E foi um susto quando me deparei com pouco referencial teórico dentro da psicanálise ao mesmo tempo que muitas sociedades de psicanálise só abordam o tema nas campanhas de Setembro Amarelo, data mundialmente conhecida pela prevenção do suicídio.

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o SUPRE (*Suicide Prevention*), um programa mundial de prevenção ao suicídio, uma vez que os dados sobre esse tema são alarmantes, a saber: a cada quarenta segundos uma pessoa tira a própria vida no mundo; a cada três segundos uma pessoa tenta morrer; o suicídio está entre as três principais causas de mortes entre jovens de quinze a vinte e nove anos; e cada suicídio tem impacto na vida de, pelo menos, seis pessoas (OMS, 2000).

Em seu artigo ao *El País*, a jornalista Eliane Brum (2020) destaca que, em Altamira, no Pará, nenhuma pessoa havia morrido por COVID-19 até abril/2020, mas quinze haviam se suicidado no mesmo período, alertando-nos para o alto índice de suicídio na população indígena. Esses números elevados igualmente constam em estudos em outros países, como Canadá, Nova Zelândia e Austrália, o que nos leva a acreditar que “conflitos de terras indígenas, extração ilegal de madeira e catástrofes climáticas também devem ser investigados” (Estellita-lins et al, 2019, p. 164).

Em 2021, a OMS publica um novo relatório, o *Suicide Worldwide in 2019*, onde as mortes por suicídio no ano citado foram de setecentas mil e chama a atenção para os riscos intensificados pela pandemia da COVID-19, como a perda

de emprego, o isolamento social e o estresse financeiro. Isso nos adverte que o tema é complexo, delicado, mas necessário de ser discutido.

Essa necessidade de discussão sobre o suicídio se faz cada vez mais urgente, pois encontramos óbices inclusive no âmbito profissional, a despeito de recebermos pacientes após alguma tentativa de suicídio ou que a apresentam durante o tratamento analítico, tanto na clínica dita tradicional quanto nos dispositivos de saúde. A título de ilustração, podemos citar uma experiência do psicanalista Flávio Faria (2018) – ele apresenta uma vinheta clínica na *Revista Natureza Humana* e denuncia que precisou se apresentar não como analista, mas como um visitante para conseguir acompanhar seu paciente que estava internado após uma grave tentativa de suicídio. O motivo alegado pela instituição era de que o processo terapêutico foi insuficiente e, por isso, o jovem passou ao ato. Isso nos demonstra a dificuldade em falar sobre o autoextermínio de forma ética e teórica.

Assim, Sigmund Freud (1910/1969), ao ser convocado para discutir essa temática pontua: “queríamos saber, principalmente, como é possível subjugar o poderoso instinto de vida?” (Freud, 1910/1969, p. 306). Pensamos que essa provocação lançada por ele ainda merece ser discutida e problematizada, haja vista que os índices de suicídio e sua tentativa vêm aumentando de forma considerável como apontam os dados da OMS.

Todas essas referências demonstram que falar sobre essa questão é algo difícil, no entanto é necessário; então, a proposta desse trabalho é pensar nas possíveis contribuições da psicanálise, uma vez que esse método de tratamento do inconsciente (Freud, 1919[1918]/2021) pode sinalizar desordens traumáticas de um ambiente não acolhedor para o sujeito. Considerando autores como Sándor Ferenczi e Donald Winnicott, podemos fazer uma aproximação entre eles e destacar a importância do ambiente na constituição do sujeito, assim como observar os efeitos de falhas que ocorrem em um momento tão precoce do desenvolvimento. Assim, serão autores que nos ajudarão a pensar a relação entre dor psíquica e suicídio.

Dessa forma, Ferenczi nos auxilia a problematizar a temática do suicídio por um vértice que sublinhe um ambiente hostil e traumático. Conhecido como o analista dos casos graves (Pinheiro, 1995), suas ideias engrandecerão nosso estudo sobre uma clínica em que as pedras angulares postuladas por Freud (1919[1918]/2021), como o recalque e a interpretação, cederão um maior espaço a uma escuta sensível (Kupermann, 2008). E Winnicott, por meio de sua experiência como pediatra, observou de perto a relação mãe-bebê, identificando

um longo percurso na conquista do amadurecimento emocional e recolhendo os efeitos das falhas ambientais.

Como mencionado, o tema do suicídio ainda é carregado de estigma e preconceito, sendo discutido, muitas vezes, através de pautas religiosas e morais. Parece ser tratado de forma mais ampla, porém ingênua, somente na campanha *Setembro Amarelo*; certamente essa data tem o seu lugar, mas também é imprescindível ser abordado nos outros meses do ano. E pensamos no papel da psicanálise nessa discussão, porquanto acreditamos que o afastamento dela desse tema reduz o entendimento dessa problemática e a compreensão do sofrimento humano.

Acompanhando os dados divulgados pela OMS, a clínica psicanalítica também tem recebido os pacientes que trazem o suicídio como problemática, apresentando ideias e/ou tentativas no percurso analítico. Por esse motivo, entendemos que é de suma relevância a pesquisa desse tema, além de nos questionarmos qual o lugar do analista nessa clínica.

Para isso, acreditamos ser importante trazer a teoria winnicottiana que por meio de sua experiência como pediatra, observou de perto a relação mãe-bebê, identificando um longo percurso na conquista do amadurecimento emocional e recolhendo os efeitos das falhas ambientais primitivas. Além de lançarmos mão da teoria ferenciana sobre o trauma e seus possíveis efeitos na constituição narcísica.

Sendo assim, consideramos que a originalidade desse trabalho é justamente pensar o lugar do analista nessa clínica tão específica e lançar mão de conceitos da psiquiatria e da psicanálise para fomentar essa discussão. Entendemos o suicídio como algo complexo e multifatorial, podendo ser pesquisado por várias facetas, mas não devemos deixar de ouvir o sujeito com intenso sofrimento psíquico e (re)pensar nossa prática clínica diante de um discurso tão mortífero.

Inicialmente, utilizaremos a psiquiatria para pensar sobre o suicídio e como ela tratou esse tema ao longo de sua história. Para isso, retomaremos a noção de psicopatologia tão difundida e pensar a depressão e a melancolia por um viés psicanalítico. Sigmund Freud (1918/2006) diz que, quanto mais o sujeito se identifica com diagnóstico, mais ele se aliena do seu sintoma, por isso faremos, no decorrer da dissertação, um contraponto entre a psiquiatria e a psicanálise. Para esse intento, ainda no primeiro capítulo, retomaremos *Breves Escritos sobre o suicídio* (1910/1969) e *Luto e Melancolia* (Freud, (1917[1915])/2016), de Freud, além de autores contemporâneos da psicanálise e autores estudiosos da

depressão, a qual é fortemente associada ao suicídio, como, por exemplo, as obras *Atendimento Psicanalítico da Depressão*, de Daniel Kupermann e Karin de Paula e *Depressão e Lógica do Desespero na Contemporaneidade*, da psicanalista Issa Damous.

Em diversos textos, Winnicott, nos convoca a problematizar que a falha ambiental em um momento muito precoce pode ter como efeito o falso *self* e o suicídio como questão, uma vez que o falso *self* funciona como uma defesa patológica frente a um contexto traumático. Também aprimoraremos esse argumento na teoria ferencziana sobre o trauma estruturante e desestruturante, além de buscarmos uma articulação com autores contemporâneos e estudiosos do suicídio. Assim, pretendemos um diálogo entre eles e a clínica, o que será possível, trabalhando com vinhetas clínicas de casos que trazem o suicídio como questão, apresentando pacientes que buscam atendimento após uma tentativa não exitosa ou que optam por isso no percurso da análise. Esses pacientes ainda estão em acompanhamento analítico semanalmente e estão sob os cuidados da psiquiatria, portanto não pretendemos realizar um estudo de caso, mas recolher fragmentos da clínica e associá-los à teoria.

Dito isso, a pesquisa sobre a psiquiatria e a articulação com a psicanálise estarão no capítulo 2, assim como a própria visão sobre o suicídio que, como nos mostra George Minois (2018), foi mudando ao longo dos séculos. Aqui usaremos o conceito de psicopatologia, os textos citados de Freud e uma visão psicanalítica da depressão.

No capítulo 3, utilizaremos o psicanalista húngaro Sándor Ferenczi e suas contribuições para a noção de trauma psíquico, bem como o conceito de clivagem como mecanismo de defesa; já que se trata de uma clínica com casos difíceis, abordaremos sua obra completa e seu *Diário Clínico*. Além disso, recorreremos ao pediatra e psicanalista Donald Winnicott, para pensar o processo de amadurecimento emocional e a constituição psíquica; para isso, usaremos os livros *O Brincar e a Realidade*, *O Ambiente e os Processos de Maturação*, *Da Pediatria à Psicanálise*, *Os Bebês e suas Mães*, *Explorações Psicanalíticas*, dentre outras obras importantes. Percorreremos, assim, aquilo que o autor formula sobre a constituição psíquica e as falhas ambientais que ocorrem nesse período tão primitivo.

Por fim, discutiremos qual o lugar do analista nessa clínica e apontar possíveis manejos clínicos, para isso, beberemos em fontes ferenczianas e winnicottianas. Também traremos breves situações clínicas no decorrer no texto e lançaremos mão da arte e literatura para nos auxiliar na discussão.

Algumas reflexões sobre o suicídio.

Tinha uma sensação permanente, olhando os táxis, de estar longe, longe, bem longe no mar e sozinha; sempre era invadida por essa sensação de que era muito perigoso viver, ainda que por um dia.

Virgínia Woolf

Em 17 de julho de 2022, enquanto este trabalho é produzido, a Folha de São Paulo publica uma matéria que ganha destaques nas redes sociais com as seguintes informações: “Brasil vive ‘2ª pandemia’ na saúde mental, com multidão de deprimidos e ansiosos: Suicídios sobem sem parar, segundo Datasus, e matam mais que acidente de moto, na contramão do resto do mundo” (Barbon; Vizoni, 2022). A matéria segue apresentando dados epidemiológicos importantes para a discussão, quais sejam: o fato de a região Sul possuir o maior número de casos de suicídio; a constatação do suicídio aumentar entre a população indígena e a comunidade LGBTQIAP+; além de haver o crescimento dos casos de depressão e ansiedade – transtornos que implicam o risco de suicídio. Consideramos, assim, ser pertinente trazer essa matéria de jornal, pois identificamos em nossa clínica, com efeito, o aumento dos pacientes que trazem o suicídio como questão.

Falar sobre esse tema é amplo e complexo, especialmente neste contexto de pandemia pelo novo coronavírus. Atualmente contamos com vacinas que se mostram eficazes, e o distanciamento social, tão necessário em 2020 e 2021, ganha outros e novos contornos, se tornando muito mais flexível e sendo possível sair de casa sem tantos cuidados. Entretanto, o cenário social, político e econômico em que vivemos é catastrófico e, embora nosso ofício seja escutar um a um em nossa clínica, não podemos esquecer que esses sujeitos estão inseridos em uma sociedade, o que trará efeitos na vida psíquica. Não iremos aqui abordar o suicídio por um viés social, mas refletir sobre nosso lugar nessa clínica; por outro lado, não podemos deixar de pensar nesse contexto social e que muitos dos que sofrem com intenso sofrimento psíquico, tantas vezes, nem chegam a nossos consultórios.

Nesse sentido, pessoas que apresentam o risco de suicídio são atravessadas por diversos olhares que buscam compreender esse fenômeno e quais os motivos que levam o indivíduo a tal ato tão drástico. Assim, há escritos que vão de Karl Marx a Durkheim, passando pela medicina, religiões e o próprio Freud. Logo, o emaranhado de pesquisas que abordam essa temática mostra a dificuldade que é falar dela. No entanto, curiosamente, contamos com poucos estudos que apresentam a psicanálise como referencial teórico e, com isso, questionamo-nos o quanto não contribuímos para o tabu que gira em torno do tema.

Na obra “História do Suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária”, George Minois (2018) traça toda a história dessa prática e como ela era vista de acordo com cada período vigente. Contudo, ele aponta para a dificuldade em encontrar documentos e registros de casos de suicídio, pois isso foi considerado crime durante muito tempo em nossa história. Dessa forma, o autor aponta que, durante a Idade Média, a morte voluntária era vista como um ato diabólico, e já havia alguma tentativa de associar o suicídio à loucura, para evitar que os bens da família fossem confiscados e o cadáver passasse por atos violentos, como uma espécie de punição – prática comum na época. Além disso, Minois (2018) destaca uma diferença de classe no suicídio:

o torneio, a caça, a guerra e a cruzada são ocasiões para se fazer matar ou para substituir tendências suicidas, ao passo que o camponês e o artesão só dispõem da corda ou do afogamento para pôr fim aos seus sofrimentos. Os suicídios diretos são muito mais numerosos entre eles (Minois, 2018, p. 17).

Assim, há uma diferença entre esses suicídios, o do nobre é um ato altruísta; já o do camponês é entendido como algo covarde e egoísta. Seguindo sua linha de pensamento voltado para o aspecto histórico, o autor apresenta uma ideia importante e polêmica ao afirmar que o cristianismo se funda diante de uma morte voluntária, pois Jesus Cristo sabia o que esperaria por ele e não fez diante disso. Sendo assim, “o suicídio de Jesus tem um significado e uma dimensão diferentes dos suicídios comuns. Mas a ambiguidade existe. Aliás, o cristão, que deve imitar seu mestre em todas as coisas, é convidado a sacrificar a vida” (Minois, 2018, p. 28). Nesse sentido, o suicídio só passa a ser proibido em um momento mais tardio da história, a partir do contexto sociopolítico existente entre os séculos V e X. Nas palavras de Minois:

em plena crise econômica e demográfica, o Estado romano se transforma, a partir de Diocleciano e Constantino, em um sistema totalitário no qual o indivíduo perde qualquer direito de dispor da sua pessoa. Nos campos se amplia o sistema do colonato. O colono é um homem livre, mas vinculado à terra, e depende de seu senhor, o *dominus*; ele não pode se casar, tornar-se religioso ou soldado sem a aprovação do senhor. A partir de 332, Constantino determina que todo colono fugido seja devolvido ao seu senhor (...) a carência aguda de mão de obra e de braços para defender o Império exige a requisição de cada vida humana para apoiar a economia e a defesa. Por conseguinte, a legislação civil, tradicionalmente muito tolerante em relação ao suicídio no mundo romano, fica mais dura. Doravante, os bens de quem se suicida para escapar de uma acusação serão confiscados, enquanto vai se estabelecendo aos poucos a ligação entre confisco e culpa (Minois, 2018, p. 34).

Adiante, Minois (2018) descreve que a Igreja começou um esforço para que as pessoas se casassem e tivessem filhos, assim, o precisar nascer e não poder morrer foi sendo construído, porque havia necessidade de mão de obra, e o suicídio passa a ser entendido como um ato contra a Igreja, logo contra Deus, sendo passível de punição. Consideramos, portanto, ser pertinente esse resgate feito por Minois, para pensarmos os efeitos disso em nossa sociedade, uma vez que é comum escutarmos que o suicídio é um ato praticado para chamar a atenção, ou por falta de Deus, galgando-se um caminho garantido para o inferno cristão. Além disso, “as autoridades civis e religiosas travam o mesmo combate contra o suicídio, e suas mensagens dissuasivas se completam: confisco de bens e condenação eterna” (Minois, 2018, p. 36).

Durante a Idade Média houve forte repressão aos casos de suicídio, com os bens da família que cometeu o ato confiscados e ataques ao corpo, pois entendia-se que a pessoa estava tomada por algo ruim e não poderia ter direito ao reino dos céus. Desse modo, ocorria uma série de rituais específicos para o cadáver daquele que se matou. No Renascimento começa a uma reflexão o que torna possível debater e escrever mais sobre o assunto (Minois, 2018), mas foi somente com a pergunta norteadora introduzida por Shakespeare (1600) em sua obra clássica *Hamlet*: “ser ou não ser eis a questão” que o tema passa a ser discutido de outra forma na história ocidental, já que há um questionamento se a vida vale a pena ser vivida ou não, uma dúvida que ouvimos no nosso ofício, muitas vezes, quando o sujeito traz o suicídio como um embaraço e acredita ser essa a única saída possível para o seu sofrimento.

Após a Revolução Francesa, palco de grandes transformações políticas, sociais e econômicas, os manicômios foram delegados a Philippe Pinel (Silva Filho, 1987)

considerado o pai da psiquiatria. Isso aconteceu, visto que se fazia necessário haver alguma justificativa para a permanência dos sujeitos ali reclusos. Então, se, por um lado a ideia da reclusão permaneceu, por outro se iniciou alguma proposta de tratamento.

Apesar de pouca ou nenhuma possibilidade de tratamento, é importante, nesse sentido, perceber que, somente após a associação – mesmo que precária – do suicídio à loucura, a ideia de o ato ser uma ofensa a Deus pôde ser mitigada. Por isso, é importante resgatar como o tema foi visto no século XIX por Philippe Pinel, e como a morte voluntária era entendida por ele: “no ‘Tratado Médico-filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania’, publicado no ano de 1801, ele relaciona a tendência suicida a uma fragilidade mental que leva o indivíduo a exagerar os acontecimentos desagradáveis de sua vida” (Minois, 2018, p. 396, grifos do autor). Aqui vale destacar que a psiquiatria lidava com a dificuldade em compreender a loucura e tentava localizá-la no corpo, nas palavras de Garcia-Roza:

Na impossibilidade de apontar um substrato material da loucura, isto é, de localizar no corpo do indivíduo a substância louca, a psiquiatria procurava esse substrato na família do louco. A loucura era doença sem corpo, ela era literalmente uma doença mental (Garcia-Roza, 2009, p. 29).

Desse modo, constamos que Minois (2018) traz-nos de forma brilhante como a ideia de suicídio foi sendo mais ou menos aceita de acordo com o contexto social e cultural em que o sujeito estava inserido. Essa análise se justifica, porque não nos podemos esquecer de que somos atravessados pela cultura, e isso provocará algo no nosso modo de estar no mundo.

Todavia, todo esse percurso histórico feito pelo autor deixa claro que o olhar lançado para o sujeito que tenta suicídio mudou, mas ainda é carregado de estigma e preconceito, de modo que a religiosidade e a moral sempre estiveram presentes nessa discussão. Acrescentamos que “os séculos XIX e XX fizeram o suicídio se esconder no silêncio, sob o inquestionável dever de viver. Paradoxalmente, as ciências humanas e sociais reergueram o tabu do silêncio em torno do suicídio” (Iannini, 2021, p. 11).

No rastro desse viés temporal, podemos afirmar que o suicídio só passou a ser entendido como uma questão de Saúde Pública em 1990, na 39ª Assembleia Mundial de Saúde. Contudo, só posteriormente, em 1999, a Organização Mundial de Saúde

(OMS) lançou o SUPRE (*Suicide Prevention*) – um programa mundial de prevenção ao suicídio –, na medida em que os dados sobre esse tema são alarmantes: a cada quarenta segundos uma pessoa tira a própria vida no mundo; a cada três segundos uma pessoa tenta morrer; o suicídio está entre as três principais causas de mortes entre jovens de quinze a trinta e cinco anos e cada suicídio tem impacto na vida de, pelo menos, seis pessoas (OMS, 2000).

Para avançarmos nessa discussão, precisamos ter em mente que há países discutindo de forma muita ética sobre a morte assistida. Assim, entendemos que “o suicídio não é um, são vários, e heterogêneos” (Iannini, 2021, p. 12). Tendo isso em vista, é necessário destacar que o suicídio pode ser motivado por inúmeras razões. Sobre isso, Cassorla (2017) exemplifica com o caso do presidente Getúlio Vargas que se mata, para se vingar de seus inimigos políticos e deixa registrado em uma carta “saio da vida para entrar na história.”. Isso acaba se configurando uma maneira de continuar vivo, “talvez mais vivo que antes de seu suicídio” (Cassorla, 2017, p. 32). Então, o autor descreve que “os suicidas não desejam a morte, mas uma nova vida, na qual se sintam considerados e queridos” (Cassorla, 2017, p. 33).

Porém, neste trabalho, iremos nos debruçar sobre aqueles que buscam nossa clínica após uma tentativa não exitosa, ou que pensam, executam o suicídio durante o percurso analítico, ou seja, indivíduos que falam de um sofrimento psíquico intenso e olham para essa prática como sendo uma única saída possível. Para isso, é necessário trazer breves dados sobre os casos de suicídio no país, não iremos aqui nos debruçar profundamente sobre a epidemiologia do suicídio e seus inúmeros recortes, como dados que falam da questão de raça e gênero, idade, região do país.

No cenário nacional, o último boletim epidemiológico assinala que, “entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019” (Brasil, 2021, p. 2). Embora, em nosso país, as taxas de suicídio sejam consideradas baixas, é a terceira maior causa de morte entre jovens, perdendo para acidentes automobilísticos e homicídios, ou seja, há um forte fator destrutivo nas causas citadas, e não sabemos os motivos inconscientes que podem ocasionar os acidentes e os homicídios (Cassorla, 2017).

Apesar disso não contamos com nenhum monitoramento das tentativas de suicídio e, ainda, encontramos dificuldades para discutir o tema fora da pauta religiosa e/ou moral, além de uma carência de políticas públicas eficazes na prevenção e

posvenção do suicídio. Uma possível explicação para isso seria o fato de que diferentes Ministros da Saúde ocuparam o cargo nos últimos anos, o que resultaria em uma dificuldade na linha de continuidade do cuidado. Outrossim, a falta de investimento financeiro na área de saúde mental é o outro agravante e, ainda, precisamos estar cientes de que há muitas subnotificações, visto que muitas pessoas que tentam o suicídio podem não chegar aos hospitais, sem contar os casos de overdose por alguma substância, ou de acidentes de trânsito. Assim, pode ficar o questionamento se naquele dia a pessoa quis exagerar no uso da droga, ou se o acidente foi provocado intencionalmente.

Cassorla (2017, p. 11) nos mostrar que o termo suicídio significa “morte de si mesmo”, ele nos alerta de que essa definição pode ser inconsistente quando nos deparamos com sujeitos que acabam se colocando em inúmeras situações de risco. Nessa perspectiva, “uma análise mais profunda demonstra uma exacerbação inconsciente de aspectos autodestrutivos” (Cassorla, 2017, p. 12), e existem tantas outras situações em que não fica claro o desejo de morrer de forma consciente, mas há circunstância em que o risco de morrer é iminente. A exemplo disso, há uma música que foi sucesso na voz de Renato Russo, da banda Legião Urbana, intitulada *Dezesseis*, que narra a história de João Roberto, o Johnny, um jovem que marca um “pega” de carro e morre em um acidente. Seguem alguns trechos da canção:

Mas de uns tempos pra cá
Meio que sem querer
Alguma coisa aconteceu
Johnny andava meio quieto demais
Só que quase ninguém percebeu (...)
E os motores saíram ligados a mil
Pra estrada da morte o maior pega que existiu
Só deu para ouvir, foi aquela explosão
E os pedaços do Opala azul de Johnny pelo chão (...)
Johnny era fera demais
Pra vacilar assim
E o que dizem é que foi tudo
Por causa de um coração partido (Villa Lobos et al, 1996).

A música fala de um jovem que, aos dezesseis anos, encontra-se em um intenso sofrimento psíquico por conta de uma relação amorosa. No entanto, não seremos ingênuos de associar de modo direto uma desilusão amorosa ao suicídio, já que seria um pueril engodo, mas podemos refletir que há uma dificuldade em elaborar essa perda, como também sabemos que a adolescência pode ser um período conturbado, e essa

faixa etária vem apresentando crescentes índices de suicídio. Isso nos faz ponderar em quantos “Johnnys” não existem por aí?

Assim, muitas pessoas com intenso sofrimento psíquico acabam não acessando serviços de saúde mental para que haja um tratamento adequado de suas questões. Além disso, não podemos deixar de mencionar que, após o golpe político de 2016, o Brasil vive um verdadeiro desmonte do SUS e um desmantelamento das políticas públicas em saúde mental (Cruz et al., 2020). Falamos muito em cuidar da saúde mental, em procurar acompanhamento, entre outros aspectos, porém não estamos ofertando esses serviços. Isso ocorre muito, porque o Sistema Único de Saúde, o SUS, sempre enfrentou um subfinanciamento que impede e/ou dificulta seu trabalho. Com efeito, essa situação, a partir do governo Michel Temer, com a aprovação do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 95/2016, só piorou, pois houve um congelamento dos gastos públicos por um período de vinte anos, além do retrocesso no campo da saúde mental com maior financiamento nos hospitais psiquiátricos, autorização da internação de crianças e adolescentes e as comunidades terapêuticas como lugar de tratamento para usuários de álcool e outras drogas (Cruz et al, 2020).

2.1

Breves ponderações sobre o saber psiquiátrico

Como dito anteriormente, após a Revolução Francesa os manicômios foram delegados a Pinel, sendo assim, a psiquiatria não nasce de um lampejo da medicina, mas de uma prática concreta, dito de outro modo, a psiquiatria nasce a partir da segregação do louco, quando o louco passa a ser um problema para a sociedade. Isso “significa dizer que ela [a loucura] foi fabricada, sendo que a grande fábrica foi o hospital e o grande artesão foi o psiquiatra” (Garcia-Roza, 2009, p. 28). Ressaltamos que antes do século XVII o louco não era um problema para a sociedade, quando o trabalho era essencialmente agrícola e artesanal, foi somente após a Revolução Industrial que o louco passa a não se adaptar ao trabalho, tornando-se assim um problema (Silva Filho, 1987). Silva Filho (idem, p. 80) aponta que “o normal passa a ser aquele comportamento que se adapta à liberdade burguesa,” desse modo o hospital psiquiátrico é entendido como um lugar para conter a agressividade, cumprir um papel social de segregação e, como consequência, temos o saber psiquiátrico que nunca era colocado em questão.

Com o enclausuramento da loucura a psiquiatria quem se ocupou de classificar os transtornos mentais, e há atualizações frequentes dos manuais que são produzidos, o mais recente é o DSM – 5, Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Transtornos Mentais, que está na sua 5ª edição, publicada em 2013. Essa catalogação começou com Pinel. Amarante (2007) nos convoca a pensar que o pai da psiquiatria escolheu o termo alienado mental, e não doente mental, pois o alienado é alguém não dotado de razão, que não sabe de si. A escolha do termo alienado não aconteceu ao acaso, pois no auge do século XVII chega-se à conclusão de que a distinção entre homem e o animal é justamente a racionalidade, então, o louco, que não era dotado de razão, identifica-se com o animal. Surge assim as práticas de dominação da loucura, como um animal bravo que precisa ser domado (Garcia-Roza, 2009). O que estaria associado à ideia de periculosidade, que se perpetua até a nossa contemporaneidade, já que o louco ainda é visto como alguém que não sabe de si, e por isso torna-se perigoso para ele e para a sociedade.

Essa ideia está sendo cada vez mais problematizada, mas ainda é muito difundida, de modo que acaba havendo uma preocupação excessiva em relação às doenças e aos transtornos mentais, e pouca atenção à subjetividade e à experiência singular de cada sujeito. Para ilustrar isso, podemos recorrer ao que ouvimos em nossa prática clínica ou em qualquer conversa em que surjam expressões do tipo: “fiz isso porque sou bipolar”, “me sinto assim por conta da depressão”, ou tantas outras falas que anulam o sujeito e a utilização do diagnóstico como justificativa para qualquer comportamento, havendo um silenciamento de si. Então, ainda vivenciamos, de algum modo, essa desrazão e os diagnósticos tão difundidos como algo que legitime os atos dos sujeitos.

Por um lado, é importante a ideia de um diagnóstico que explique minimamente o sofrimento psíquico para o sujeito e seus familiares, até mesmo para que ele possa usufruir de alguns benefícios como o próprio atestado que justifique o afastamento do trabalho, quando necessário, ou garantias de aposentadoria e benefícios concedidos pelo governo. Por outro, a difusão da ideia de diagnóstico pode servir à indústria farmacêutica que lucra com nosso sofrimento e toda uma estrutura que vai alienando o sujeito de si, pois:

(...) assim, temos de compreender a psiquiatria hoje nessa nova produção de subjetividades, na qual os indivíduos tomam a si próprios como empresas a serem geridas (...) *as formas de expressão e produção do sofrimento são implicadas pela transformação dos*

próprios sujeitos realizadas pelo neoliberalismo (Satafle et al., 2021, p. 131, grifos dos autores).

Precisamos nos atentar que não há um saber que não seja instituído, uma vez que todos estão embasados na cultura em que vivemos, como aponta Foucault (1961/1999, p. 150): “a loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam”. Pensando numa articulação com o tema desse trabalho, temos o “Setembro Amarelo”, data símbolo da prevenção do suicídio, que é uma marca registrada, sendo possível encontrar mensagens assim em seu site: “desde 2014, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), divulga e conquista parceiros no Brasil inteiro com essa linda campanha” (ABP; CFM, 2022) ou ainda o slogan de 2022: “A vida é a melhor escolha!” (idem, s/p). É perigoso que essa data seja uma marca e essa associação ingênua, porém lucrativa, de que se trata de uma linda campanha e que juntos podemos vencer o suicídio. Isso não engloba a complexidade do tema. Além desses slogans promoverem uma renúncia da subjetividade. Ademais, há um interesse, muitas vezes exagerado, em compreender o que levou tal pessoa a pensar, planejar e executar o suicídio, ocupando, amiúde, o diagnóstico o lugar de explicar tal ato.

Todavia, o suicídio engloba múltiplos fatores, ou seja, não pode ser explicado ou entendido dessa forma; é claro que não podemos negligenciar esses diagnósticos, mas devemos usá-los com cautela, uma vez que, “sem dúvida, a doença mental acarreta maior possibilidade de suicídio, constituindo um dos fatores preditivos mais poderosos ao lado de prévia tentativa de suicídio; porém, nem todos os suicidas estão doentes mentais” (Mello, 2000, p. 167).

Nessa linha de raciocínio, constatamos inúmeros estudos e pesquisas que fazem referência à psicopatologia e ao suicídio, destacando a depressão e a psicose como quadros que podem trazer o suicídio como questão e, “dentre os diagnósticos psiquiátricos associados ao suicídio, a depressão maior se destaca sobremaneira. Tais achados parecem ser confirmados em diferentes desenhos metodológicos e em distintas populações” (Chachamovich et al., 2009, p. 18). De fato, não podemos deixar de problematizar essas psicopatologias, sobretudo a depressão, pois, desde 2018, a Organização Mundial de Saúde, a OMS, vem alertando para a gravidade desse quadro, falaremos mais sobre isso adiante. No entanto, precisamos compreender que esse ato

radical de tirar a própria vida não está associado a um único fator – ele é um fenômeno multifatorial.

Ainda pensando sobre esse aspecto do diagnóstico, Freud, já em 1918/2006, postulava que, quanto mais o sujeito se identifica com diagnóstico, mais ele se aliena do seu sintoma, sobre isso Foucault acrescenta: “nenhum dos conceitos da psicopatologia deverá (...) exercer o papel de organizador” (Foucault, 1961/1999, p. 140), por isso acreditamos ser necessário fazer um contraponto entre as psicopatologias e a psicanálise, que busca oferecer a escuta singular do sujeito, pois acreditamos que é através da escuta e do vínculo que se estabelece no par analista – analisando que se torna possível construir outros caminhos para a ideação suicida, uma vez que:

(...) o analista adquire uma visão da doença mental que é muito diferente daquela do psiquiatra que faz um exame cuidadoso do paciente em certo momento da história do caso, como, por exemplo, quando houve um colapso ou quando ocorreu a hospitalização (Winnicott, 1959-1964/2007, p. 121).

Na esteira desse pensamento o médico e psicanalista Estellita-Lins (2012) organizou o livro intitulado “Trocando seis por meia dúzia: o suicídio como emergência do Rio de Janeiro” e nos convida a pensar o suicídio como uma emergência psiquiátrica. Isso se dá, porque acaba apresentando uma dissonância em relação às equipes de saúde as quais, muitas vezes, não estão preparadas para atender esses sujeitos, chegando até a desprezá-los, além de colocá-los no lugar descrito por Pinel de alienado, alguém que não sabe o que está fazendo com a própria vida.

O livro evidencia, assim, um número significativo de falas traumáticas relatadas por médicos que recebem alguém após uma tentativa de suicídio. Tendo isso em vista, como os pacientes que tentam o suicídio podem ser vistos como alguém que toma o tempo da equipe ou atrapalha o seu trabalho, acabam sendo colocados em um lugar ainda mais delicado pelas equipes que os recebem, em um momento de muito desamparo e vulnerabilidade para eles. Isso torna o paciente invisível, geralmente por um despreparo da equipe em ouvir esse sofrimento tão intenso, mas o atendimento deveria ir na contramão do que acontece, pois “trata-se de olhar para esse sofrimento sem rosto, permitir que se manifeste e, principalmente, agir em relação a ele” (Estellita-Lins, 2012, p. 124).

Dessa forma, apostamos no trabalho que pode ser feito com sujeitos que apresentam o risco de suicídio e que as ideações e/ou tentativas podem assumir outros lugares menos danosos em suas histórias de vida. Porém, não é o que realmente acontece, o que nos faz refletir o quanto os atendimentos prestados pelas equipes de saúde não corroboram a ideia de culpabilização do suicida e uma certa punição que se presentifica dentro dos hospitais, tal como apontava Minois (2018). Para ilustrar esse pensamento, Estellita-Lins (2012, p. 53) apresenta um relato importante de um residente que consideramos acrescentar a esse trabalho:

Um paciente foi avaliado por pelo menos três vezes por médicos em diferentes serviços de saúde devido à queixa específica de ideação suicida e nenhum deles tomou nenhuma atitude do ponto de vista de intervir no seu sofrimento ou proporcionar encaminhamento adequado para algum outro profissional que pudesse fazê-lo. Surpreende ainda o fato de que o médico de sua empresa, mesmo diante de sua revelação de que, se fosse novamente mandando para rua conduzir ônibus de passageiro, iria causar acidente com a intenção de pôr fim a sua vida e de matar os que estivessem com ele, se recusou a dispensá-lo e o orientou a procurar uma UPA (idem, p. 55).

Há, assim, uma desvalorização do paciente que foi buscar ajuda para seu sofrimento psíquico. Em outro momento, o organizador da obra apresenta o relato de uma usuária do serviço que diz: “(...) cada lugar que você vai é para receber cotovelada, uma facada pelas costas (...) se eu venho aqui é para procurar socorro; então, você se sente decepcionado” (idem, p. 51). Esses são graves relatos que acontecem com sujeitos que estão indo buscar ajuda para lidar com o seu sofrimento, mas acabam se deparando com profissionais que não acolhem, nem escutam esse sofrimento, além de desqualificar o sujeito e sua angústia. Assim, quem apresenta a ideação suicida parece sofrer algum tipo de punição pela equipe que deveria estar realizando o atendimento de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, além de seguir o código de ética presente em toda profissão.

Vale ressaltar, nesse ponto, que o Estado precisa garantir o acesso à saúde, à educação, à segurança, ao saneamento básico, à cultura e ao lazer, ao emprego, à aposentadoria e a tantos outros fatores que vão influenciar diretamente na qualidade de vida dos cidadãos. Logo, essas garantias podem funcionar como uma espécie de prevenção ao suicídio. Contudo, no Brasil, o que vemos é um verdadeiro desmonte do Sistema Único de Saúde – como já foi dito – e, no bojo disso, presenciamos o desmantelamento das Políticas Públicas de Saúde Mental, o que dificulta ou inviabiliza

o acesso aos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), às Unidades Básicas de Saúde e aos Ambulatórios de Saúde Mental, embora vejamos campanhas, sobretudo a do “Setembro Amarelo”, incentivando as pessoas a procurarem atendimento como a psiquiatria e a psicologia, não oferecemos a elas, plena e dignamente, esses serviços. Então, onde procurar tratamento?

Não estamos falando de somente renovar a receita, o que é muito comum. A psiquiatria, comumente, prescreve muitas medicações e de uso a longo prazo. Desse modo, o que vemos acontecer é uma busca por esses profissionais para somente uma repetição da prescrição sem uma avaliação se é realmente necessária, se é preciso algum ajuste ou uma implicação do próprio usuário no uso medicamentoso. Muitos comprimidos trazem efeitos colaterais ou algum prejuízo no uso prolongado, e isso pode ser discutido com o paciente, sobretudo com quem apresenta o risco de suicídio, pois a medicação pode ser usada com essa finalidade, já que:

O pensar em morrer aparece de modo abrupto ou insidioso, inaugurando uma batalha introspectiva e secreta. Valores morais ou religiosos, visão de mundo, ideologias sortidas, enfim, um vasto repertório de truques existenciais será acionado para combater este pensamento intrusivo: não vale mais prosseguir. Viver não é preciso, navegar já foi preciso! Tudo isto fica retido no mais impressionante silêncio (Estellita-Lins, 2012, p. 125).

Apesar de a psicanálise escutar o sofrimento do sujeito que fala de si, acreditamos ser necessário pensar no contexto social, político e econômico em que ele vive e os impactos disso na sua história de vida, além de problematizar o governo e as políticas públicas as quais, tantas vezes, acabam reforçando o lugar de desamparo do indivíduo e de sua família. Assim, não devemos negligenciar os aspectos culturais e contextuais do sujeito, por isso se faz necessário olhar para a cultura em que ele está inserido e compreender que diferentes atores podem estudar, pesquisar sobre esse tema e que, então, “a suicidologia emerge como setor interdisciplinar, convocando questões tão diversas quanto o suicídio assistido, uso de substâncias psicoativas, assistência às urgências, desarmamento, arquitetura segura e demarcação de terras indígenas” (Estellita-Lins et al., 2019, p. 164).

Por isso, acreditamos ser necessário compreender o suicídio além do tabu e do estigma, para que possamos oferecer tratamento adequado a esses sujeitos com um

sofrimento psíquico tão intenso. Desse modo, concebemos ser de suma importância inserir a psicanálise nesse debate.

2.2

Um contraponto entre a Psiquiatria e a Psicanálise

A psicanálise nasce quando Freud publica o texto que ficou conhecido por inaugurar o pensamento psicanalítico intitulado “A Interpretação dos Sonhos”, em 1900. A teoria psicanalítica foi sendo construída a partir da escuta de Freud das mulheres silenciadas pelo diagnóstico de histeria tinham a dizer. Assim, “a psicanálise pode ser apresentada como uma teoria e uma prática que rompe com a psiquiatria, a neurologia e a psicologia do século XIX” (Garcia-Roza, 2009, p. 25). Somente com a ruptura desses saberes que podemos escutar o que os pacientes que trazem o suicídio como questão têm a dizer e nos afastar dos relatos apresentados pelo Estellita-Lins (2012).

Tradicionalmente, o tema do suicídio foi pouco abordado dentro da psicanálise e, ainda, na atualidade, encontramos uma pequena bibliografia que aborde essa temática. Apesar de Freud ter escrito brevemente sobre o tema em “Luto e Melancolia” (1917[1915]/2016), ele faz importantes considerações ao apontar a melancolia como uma condição clínica delicada e o risco de suicídio comum aos sujeitos melancólicos. Então, mesmo não escrevendo muito sobre o tema, Freud nos aponta um precioso caminho. Minois (2018) afirma que, em 1394, a “melancolia da cabeça” levava homens e mulheres de diferentes classes sociais a cometerem o suicídio. Por isso, vamos fazer um breve resgate histórico do termo, a seguir:

O termo melancolia (melancholia) está vinculado à ideia de bile negra (melas, negro, chole, bile), que, em excesso, seria responsável pela tristeza. A expressão melancolia apareceu pela primeira vez na Grécia, no século IV a.C., coincidindo com as definições iniciais do homem enunciadas por pensadores gregos. Com a concepção segundo a qual a natureza compreenderia quatro estações, e a matéria, quatro qualidades fundamentais (o calor, o frio, o seco e o úmido), o homem deveria ser constituído por quatro elementos. Assim, no início do século IV a.C., Hipócrates formulou a teoria dos humores, que seriam igualmente quatro: o sangue, a linfa, a bile negra e a bile amarela. As condições de saúde ou de doença estariam, de acordo com a teoria humoral, relacionadas ao equilíbrio ou ao desequilíbrio dessas substâncias no organismo (Edler, 2012, p. 15).

A melancolia, então, aparece em todo o período histórico, sendo objeto de interesse da escola hipocrática no século V a.C. (Brunhari, 2017) e seguiu tendo relevância e acompanhada por diversos saberes. O termo melancolia sobreviveu até os dias atuais e, na nossa prática clínica, encontramos esse quadro com certa frequência. Não obstante, tanto no CID-10 quanto no DSM-5, há “a prevalência da perspectiva biológica para a compreensão dos transtornos mentais e nenhuma referência à melancolia. Esta categoria encontra-se dissolvida na depressão (...) é então a depressão que se torna objeto constante de estudo da psiquiatria contemporânea” (Damous, 2012, p. 77).

Porém, Freud, desde os seus textos entendidos como pré-psicanalíticos, já nos alertava para essa condição clínica importante, no “Rascunho E - como se origina a angústia” (1894/1996) e “Rascunho G – Melancolia” (1895/1996). Mas, foi somente em um momento mais maduro de sua clínica que ele publicou seu célebre texto intitulado “Luto e Melancolia” (1917[1915]/2016), no qual estabeleceu uma distinção entre o luto e a melancolia, e afirmou que o luto ocorre frente a uma perda: seja de uma pessoa, de um ideal ou de um trabalho. Nessa obra, ele destaca que esse é um processo natural, até esperado, e recomenda “que ele terá sido superado depois de certo tempo e consideramos sem propósito e mesmo prejudicial perturbá-lo” (Freud, (1917[1915])/2016, p. 100).

No CID-10, que é Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, a elaboração do luto, como uma reação a uma perda, entra como uma patologia e passível de medicalização. Na elaboração do DSM-5, entre 2007 e 2012, houve essa discussão, portanto, “fica claro que a psiquiatria assume também a função de produção de patologia a serviço de consumo de psicofármacos” (Satafle et al, 2021, p. 130). É uma questão problemática categorizar o luto como algo patológico, pois isso pode impedir o sujeito de elaborar uma perda importante e lidar com seu sofrimento. É comum escutarmos na clínica pessoas que acabam sendo medicadas por estarem tristes em decorrência do falecimento de alguém querido, do término de relacionamentos, do fim de contratos de trabalho, entre outros problemas comum a todos, como se fosse possível estar bem e feliz nesses cenários. Precisamos destacar que cada sujeito irá reagir diante dessas perdas e levará um tempo para elaborar a situação ocorrida e que isso não é, necessariamente, patológico.

Assim, alguns sujeitos irão responder a essas situações com sinais do luto, ou seja, uma reação esperada diante de uma perda significativa, que levará um certo tempo

para que seja ressignificada e para que o mundo ganhe um novo colorido. Porém, outros indivíduos podem apresentar o quadro mais grave, o da melancolia, que:

Se caracteriza psiquicamente por um desânimo profundamente doloroso, por uma suspensão do interesse pelo mundo externo, pela perda da capacidade de amar, pela inibição da capacidade de realização [*Leistung*] e pelo rebaixamento da autoestima [*Selbstgefühl*], que se expressa em autorrecriminações e autoinsultos, até atingir a expectativa delirante de punição (Freud, (1917[1915])/2016, p. 100).

Portanto, serão esses indivíduos que merecerão maior cuidado e atenção e que, muitas vezes, precisarão ser também acompanhados pela psiquiatria, pois o uso da medicação será imprescindível. Assim, precisamos estar advertidos da diferença entre o processo de luto comum e esperado para um quadro mais grave e urgente.

No pensamento freudiano acerca da melancolia, há uma diferenciação pertinente em relação ao luto: na melancolia, o indivíduo “sabe *quem*, mas não *o que* perdeu nele (...) no luto, o mundo se tornou pobre e vazio; na melancolia foi o próprio Eu (Freud, (1917[1915])/2016, p.102, grifos do autor). Por isso, o melancólico irá descrever a si mesmo como a pior pessoa do mundo, alguém que merece estar sofrendo e que precisa passar por situações desprazerosas. Isso chamou a atenção do Freud que afirma:

O investimento de objeto provou ser pouco resistente, foi suspenso, porém a libido livre não se deslocou para outro objeto, mas se recolheu no Eu. Lá, no entanto, ela não encontrou uma utilidade qualquer, mas serviu para estabelecer uma *identificação* do Eu com o objeto abandonado. A sombra do objeto caiu sobre o Eu, que agora pôde ser julgado por uma instância especial, como um objeto, como o objeto abandonado. Desse modo, a perda do objeto se transformou em uma perda do Eu e a pessoa amada, em uma cisão entre a crítica do Eu [*Ichkritik*] e o Eu modificado pela identificação (Freud, (1917[1915])/2016, p.107, grifos do autor).

Vale ressaltar que, nesse momento, Freud, ainda não tinha postulado o conceito de superego, mas podemos compreender essa “crítica do Eu” como tal. Assim, é nesse ponto crucial do texto que Freud compreende como o melancólico pode pensar em suicídio. E, para ilustrar o quadro de melancolia, vamos trazer uma breve vinheta clínica

de uma jovem que se encontrava em percurso de análise há algum tempo e foi surpreendida pela morte prematura de sua mãe – com a qual estabelecia pouco contato.

Ambas não se falavam há muitos anos, mas uma sabia da outra através dos familiares e das redes sociais; havia na paciente atendida um sentimento ambivalente em relação à sua mãe: por um lado uma mágoa profunda por tê-la deixado, por outro um desejo de ser vista e amada por ela. Tudo isso cai por terra quando a jovem recebe a notícia da sua morte, que ocorreu de forma abrupta e inesperada, não permitindo que houvesse algum preparo psíquico para uma situação tão drástica. Foi por um telefonema que ela recebeu a notícia e ficou sem saber o que sentir e o que fazer. Até que veio à tona um forte ódio, pois até na hora da morte sua mãe não permitiu que ela participasse de algum modo. Por isso, escolheu não estar em nenhum ritual fúnebre e decidiu seguir sua rotina cotidiana como era possível.

Porém, a ideia de perder esse objeto de amor-e-ódio foi assustadora e, como descrito por Freud (1917[1915])/2016), não era possível saber *o que* perdeu nesse objeto que se foi. A vida foi se tornando mais cinza e os dias arrastados, assim, as tarefas rotineiras como tomar banho e escovar os cabelos foram ficando mais difíceis e insuportáveis. Até que o suicídio surgiu como uma possibilidade e uma maneira de dar fim a esse sofrimento sem nome, a esse vazio que a ocupava, uma vez que “o quadro sintomático corresponde a um estado de ânimo dominado por dor, cessação do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição e diminuição do amor-próprio e, enfim, ruína do Eu” (Silva, 2009, p. 190).

A paciente não coloca uma interrogação na possibilidade do suicídio, mas uma afirmação, pois ela tinha certeza que essa era a única saída possível para esse sofrimento tão intenso. Freud (1910/1969) foi convocado para discutir sobre o suicídio e questiona: “queríamos saber, principalmente, como é possível subjugar o poderoso instinto de vida?” (Freud, 1910/1969, p. 306). Posteriormente, ele mesmo encontra uma resposta:

Só esse sadismo resolve para nós o enigma da tendência ao suicídio, pela qual a melancolia se torna tão interessante – e tão perigosa. Reconhecemos, como um estado originário do qual parte a vida pulsional, um amor tão grande do Eu por si mesmo, e vemos liberar-se, na angústia que sobrevém diante da ameaça à vida, um montante tão gigantesco de libido narcísica, que não conseguimos compreender como esse Eu pode consentir em sua própria destruição (...) o Eu só pode se matar se, através do retorno do investimento de objeto, ele puder tratar a si próprio como objeto, se lhe for permitido dirigir contra

si mesmo a hostilidade que vale para um objeto, e que representa a reação originária do Eu contra objetos do mundo exterior. (Freud, (1917[1915])/2016, p. 110).

Embora Freud não estivesse escrevendo sobre o caso relatado, é impossível não lembrar dessa situação clínica. Todo o ódio endereçado à mãe da jovem, agora, estava sendo endereçado a ela mesma e, por isso, o suicídio pareceu possível. Matar a si mesmo, era também matar essa angústia e todos os afetos que estavam envolvidos nessa relação tão conturbada com a mãe, assim,

voltando contra si essa hostilidade, o melancólico evita expressá-la abertamente contra o objeto que também é amado. Freud (1917) evoca nesse sentido o sentimento de culpa presente na condição melancólica em função principalmente do desejo que existiu de que o objeto amado morresse ou fosse destruído (Damous, 2012, p. 83).

Salientamos, também, para o risco de suicídio que pode estar presente nos episódios de mania. Freud, (1917[1915])/2016) destaca que nem toda melancolia terá essa finalidade, mas não podemos deixar de mencionar que essa é sim uma possibilidade e que merece nossa atenção na clínica. Ademais, acreditamos que a arte também pode contribuir para essa discussão, por isso vamos abordar o romance da escritora Aline Bei intitulado “o peso do pássaro morto”, o qual narra a história de uma mulher sem nome e os acontecimentos de sua vida entre oito e cinquenta e dois anos de idade. Ainda na infância, a personagem perde sua melhor amiga e fica às voltas com a elaboração desse luto e a compreensão do que é a morte, ela se indaga: “a Carla morreu/ e eu não sabia exatamente o que isso significava (...) pensei que a Carla voltaria quando cansasse de morrer” (Bei, 2017, p. 18-19).

Na adolescência, ela se apaixonada por um rapaz da escola e eles estabelecem um relacionamento. No entanto, em uma festa, a protagonista beija outras duas pessoas e tem essa foto vazada, sofrendo *bullying* na escola e o término dessa relação. Além disso, ocorre um estupro em sua primeira relação sexual com o homem que ela acreditava oferecer amor e cuidado. Esse crime não foi denunciado; ela, apesar de jovem, sabe que “as mulheres/abusadas nas trincheiras e/nos viadutos/não estão nos livros de história” (idem, p. 61).

Como fruto desse estupro ela engravida aos dezessete anos e encontra enorme dificuldade em estabelecer vínculo com o bebê que nasce, ao expressar esse bloqueio, ouve da enfermeira: “isso é tristeza pós-parto, seu corpo fez muita força / mas deus é grande / essa dor passa rápido e agora você precisa ficar forte para cuidar do seu bebê” (idem, p. 59). Mais adiante, ela acrescenta em casa: “com o menino no berço / e os anos passando, / procurei em cada canto / (nenhum sinal de flor)” (idem, p. 60). Aos vinte e oito anos, a personagem está absorvida por uma rotina de trabalho exaustiva em um escritório, e sua vida se resume a sua casa e ao trabalho, e o contato com o filho segue distante. Aos quarenta e oito, ela diz: “o trabalho é por tantas vezes a maior tristeza da vida de uma pessoa” (idem, p. 113).

Nesse sentido, a personagem sem nome é atravessada por inúmeras cenas traumáticas que ocorrem em sua vida, e, embora, o livro não apresente nenhuma menção à ideação suicida ou à melancolia, esses são temas que se fazem presentes nos pensamentos da personagem, como, por exemplo:

aconteça o que que acontecer um morto está/morto. não há urgência que o faça levantar ou/ ser triste/ tampouco alegre, é o nada absoluto que/ me soa como belo, e se eu/ me matasse?/ agora sozinha/ seria o momento perfeito que eu pensava/ não existe/ quando eu tinha/ 8,/abri a gaveta da cozinha pra ver. /tinha tesoura,/ faca de churrasco, tinha a minha mão que eu/ coloquei no meu pescoço e tentei apertar/ mas foi devagar demais, foi/ quase um carinho./olhei de novo/ pra gaveta de/ pontiagudos/ meus dedos/ sem forças me dizendo que não sei enfiar na carne/ algo que machuque a carne/ só metafisicamente sei fazer isso/ muito bem,/ fisicamente uma faca/ e meu pulso/ não se grudam, antes/ solto a faca/e aumento o volume da TV (Bei, 2017, p. 77-78).

A vida da personagem ganha algum colorido quando ela adota um cachorro e o chama de *Vento*, nesse momento, seu filho já morava em outra cidade e, posteriormente, casa-se e muda de país. Desse modo, o cachorro, que diferente dela tem nome – *Vento* –, passa a ser sua companhia e algum motivo para ela continuar existindo. O livro de Bei não termina com nenhum final feliz ou história de superação, mas com uma mulher que, aos cinquenta e dois anos de idade, encontra-se com um forte sofrimento psíquico após *Vento* morrer atropelado em frente à casa nova onde a personagem e ele viviam; ela narra:

(...) fiquei sem comer./o telefone/ eu cortei da tomada, a vitrola/ nunca mais deu um pio./ eu deixei de tomar banho/ a casa/ cheirava merda que eu não ia ao banheiro/ cagava/ ali/ mesmo/ ao lado do/ sofá que virou minha casa inteira e também meu/ abraço, o cheiro do Vento/ ainda no couro./o passar das horas/ se tornou/ insuportável./o relógio da cozinha acabou a pilha e esse foi o/ único pedaço de alívio que senti ./ a casa/ em Silêncio profundo./ fiquei vivendo de ar/ vomitando de/fome./as baratas/ao lado do sofá/pareciam querer/ saber/o que tinha acontecido comigo.

(...) ela caiu no sono./vomitou dormindo/e não acordou./ sonhava de novo com/ a chegada/ pra ver o Vento morto/ só que dessa vez ele não estava morto/ o portão/ não estava aberto, no sonho/ o Vento estava em casa esperando e isso a deixou tão/ feliz que ela não acordou, não pôde,/ nem o gorfo conseguiu e então/ nunca mais./ a morte de engasgo foi muito feia, só a boca/ trabalhou e um pouco da barriga (...) (Bei, 2017, p. 155- 158).

Com isso, constatamos que a vida da personagem é atravessada por inúmeras situações de desamparo e de violência. Ela não consegue elaborar a morte da amiga, a cena do estupro e a maternidade como consequência desse ato, além da sua vida se resumir a cuidar de seu filho sem conseguir amá-lo, mas quando Vento morre atropelado a vida perde o sentido que ele possibilitou que ela construísse. Ela se abandona no sofá da casa e não se levanta mais. Sua morte foi percebida pelos vizinhos que notaram o mal cheiro, e o filho foi notificado por um telefonema policial.

A personagem narrada por Bei apresenta um intenso sofrimento psíquico e o suicídio associado. Um suicídio em que a mulher se deixa abandonar, cair em um vazio sem fim e morre em seu sofá, após ficar um longo período em casa, isolada, sozinha. Essa história não é baseada em fatos, mas quantas pessoas assim chegam a nossos consultórios com o sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida, sobretudo após alguma perda? Portanto, vale destacar a importância do ambiente em que o sujeito está inserido e como os vínculos podem funcionar como um fator de proteção. A personagem sem nome não pôde contar com isso e ficou entregue à própria sorte.

Apesar do importante caminho descrito por Freud, esse não será o principal referencial teórico que usaremos para pensar sobre o suicídio e sobre o lugar do analista nessa clínica tão específica. Mas, consideramos ser pertinente partir dessa proposta freudiana. Também não iremos privilegiar um estudo aprofundado das psicopatologias que são associadas ao risco de suicídio, porém entendemos ser pertinente trazer apontamentos sobre a depressão a partir de autores contemporâneos para, assim, avançarmos nessa discussão.

2.3

Depressões na contemporaneidade

O boletim epidemiológico divulgado em 2021 aponta que o número de suicídio aumentou em nosso país como foi dito anteriormente e que cerca de 80% dos casos há a presença de algum transtorno mental, sendo a depressão o mais comum (Brasil, 2021), por esse motivo, consideramos ser pertinente recorrer a autores que problematizam a depressão por um viés psicanalítico.

O que encontramos como proposta da própria Organização Mundial de Saúde é a associação do risco do suicídio à depressão e alertas sobre isso – em março de 2022 foi constatado que os casos aumentaram 25% em todo o mundo. Um estudo realizado pela Vital Strategies, pela Universidade Federal de Pelotas (UFPe), contando com o apoio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), além de importantes financiamentos, mostrou que no período pré-pandemia e no primeiro trimestre de 2022 houve aumento de 41% no diagnóstico médico de depressão no Brasil (Covitel, 2022).

Há um consenso de que a depressão é um ponto-chave no suicídio, eventualmente associado ao uso de drogas. Aqui não se trata de papo careta contra as drogas, mas devemos admitir que o mau uso, o abuso ou o uso indevido associados com sofrimento psíquicos são bastante preocupantes. Não se deve utilizar drogas ilícitas para remendar sofrimento. Tampouco o álcool. Há uma gigantesca discussão médico-epidemiológica que tenta desvendar se a depressão aumentou ou não nas últimas décadas. Parece que aumentou. Parece que nós somos mais tristes, vivemos pior, somos mais ansiosos (Estellita-Lins, 2014, p. 76).

Não podemos deixar de mencionar o quanto é fortemente difundido que a depressão é uma desordem química e isso anula a história de vida do sujeito, havendo a exclusão de sua subjetividade. Se olharmos para a depressão como uma alteração química e associar isso ao risco de suicídio, não iremos escutar o sofrimento daquele de quem nos procura. É falível pensar que o uso de antidepressivos, ou qualquer outro psicofármaco, irá produzir uma cura no sujeito. Uma certa psiquiatria pode vislumbrar neutralizar os transtornos mentais, no entanto: “uma coisa permanecerá: a relação do homem com seus fantasmas, com seu impossível, com sua dor sem corpo, com sua carcaça da noite” (Foucault, 1964/1999, p. 191).

Vale destacar que não estamos levantando uma bandeira que abomina o uso de psicofármacos e um trabalho multidisciplinar, muitas vezes isso é fundamental no processo terapêutico. O que estamos questionando é o uso abusivo dessas medicações e “a linguagem da psiquiatria, que é um monólogo da razão sobre a loucura” (Foucault, 1961/1999, p. 141). Sobretudo quando pensamos nos pacientes que trazem o suicídio como questão, como nos mostrou Estellita-Lins (2012).

No livro intitulado “O tempo e o cão: a atualidade das depressões”, Khel (2015) aponta que tanto a melancolia quanto as depressões estão associadas ao mal-estar na sociedade e que esses sujeitos não apresentam os mesmos sintomas. Ou seja, não há uma equivalência entre melancolia e depressão. E aqui encontramos uma grande dificuldade nos diagnósticos realizados pela psiquiatria, pois identificamos em nossa clínica psicanalítica sujeitos que sofrem com quadro de melancolia, mas que são diagnosticados e medicados para depressão. Porém, vale ressaltar que antidepressivos “não são antimelancólicos” (Berlinck; Fédida, 2000, p. 11). Há uma forte associação entre a depressão e as tentativas de suicídio, mas o quadro de melancolia não ganha destaque nos manuais vigentes. Um exemplo disso é o fato de, no DSM-5, encontrarmos o termo melancolia em apenas dois momentos no glossário: ao afirmar que a melancolia é um quadro depressivo grave e ao se falar do transtorno depressivo maior. Talvez, por esse motivo, não é tão clara fora dos textos psicanalíticos a associação da melancolia ao suicídio. Berlinck e Fédida (2000) associam isso ao fato de que a psiquiatria não reconhece conflitos inconscientes, nem tampouco a culpa e, por isso, a melancolia não aparece como sendo objeto de interesse da psiquiatria e:

É a partir da disseminação do consumo de antidepressivos, por clientes que estão em tratamento psicoterapêutico, que se observa uma clara diferença psíquica entre depressão e melancolia. Estes pacientes, invariavelmente, saem da depressão, mas permanecem com sintomas melancólicos. Há, portanto, depressão na melancolia. Porém, enquanto a primeira pode ser vista como estado, a segunda pode ser caracterizada – tal como Freud o fez – com a neurose narcísica onde o conflito intrapsíquico ocorre entre as instâncias do ego e do superego implicando o sujeito na culpa. Em outras palavras, enquanto a depressão é estado de luto muito primitivo, manifestando-se sem culpa, a melancolia é neurose composta de conflito, culpa e depressão (Berlinck; Fédida, 2000, p. 11).

Desse modo, os autores fazem a distinção entre o quadro de melancolia e de depressão. Encontramos essa questão emblemática na vinheta clínica citada

anteriormente, pois compreendemos que a jovem apresentava um quadro melancólico, mas ela foi tratada e medicada pela psiquiatria como depressão. Com isso, questionamo-nos quantas vezes essa situação clínica se repete?

Retomemos o pensamento de Khel (2015) e a ideia de que tanto a depressão quanto a melancolia apontam para um mal-estar na cultura. A autora afirma que a melancolia ocupou esse lugar durante toda a Idade Média até a Modernidade e, atualmente, é a depressão quem denuncia esse mal-estar, pois “a depressão é sintoma social porque desfaz, lenta e silenciosamente, a teia de sentidos e crenças que sustenta e ordena a vida social dessa primeira metade do século XXI” (Khel, 2015, p. 22). Os sujeitos depressivos, então, vão apresentar outro modo de estar no mundo que vai na contramão da vida acelerada e produtiva que o neoliberalismo impõe; Khel (2015) ainda questiona que talvez seja por esse motivo que a indústria farmacêutica esteja tão empenhada na cura da depressão. Sobre isso, Damous (2012) também aponta que:

Sendo assim, o que acontece hoje, tanto na clínica quanto na cultura de modo mais amplo, parece ser exatamente uma urgência em tão logo diagnosticar a dor e, de preferência, medicalizá-la, aplacando rapidamente o que faz sofrer proporcionando felicidade e bem-estar imediatos, pois algo diferente disso significa estar fadado ao fracasso (Damous, 2012, p. 52).

Atualmente com o uso excessivo das redes sociais parece que o sofrimento não tem espaço para emergir. Vimos isso no início da pandemia, em 2020, apesar de toda angústia que muitos sentiram, era só entrar em qualquer rede social para aprender novos talentos ou comprar um produto novo no mercado. Mesmo diante do caos, fomos intimados a não nos entristecer pelo que estava acontecendo. A propósito, a palavra tristeza parece ter sumido no dia a dia abrindo espaço para o “estou deprimido hoje.” Ouvimos em nossos consultórios quase que diariamente o quanto atender todas essas exigências de felicidade são cansativas e precisamos nos indagar que lógica é esse de bem-estar e a quem ela serve. Em sua coluna no jornal *El País* a escritora e documentarista Eliane Brum expõe isso de forma brilhante:

Estamos exaustos e correndo. Exaustos e correndo. Exaustos e correndo. E a má notícia é que continuaremos exaustos e correndo, porque exaustos-e-correndo virou a condição humana dessa época. E já percebemos que essa condição humana um corpo humano não

aguenta. O corpo então virou um atrapalho, um apêndice incômodo, um não-dá-conta que adoece, fica ansioso, deprime, entra em pânico. E assim dopamos esse corpo falho que se contorce ao ser submetido a uma velocidade não humana. Viramos exaustos-e-correndo-e-dopados. Porque só dopados para continuar exaustos-e-correndo (Brum, 2016, s/p).

Assim, a ideia sobre a depressão está muito difundida em nossa sociedade e nunca sabemos o que esperar quando o sujeito chega a nosso consultório, dizendo que apresenta quadro depressivo: pode ser uma tristeza por algo que aconteceu na vida, uma dificuldade em lidar com as adversidades do cotidiano, um caso de melancolia, um luto. Dessa forma, presenciamos em nossos consultórios uma forte medicalização do sofrimento psíquico, e não podemos nos esquecer de que:

a depressão é também considerada, sobretudo pelos teóricos das relações de objeto, um estado constitutivo da subjetividade, subentendido na experiência de ambivalência, ou seja, subjacente à fusão dos componentes eróticos e agressivos direcionados ao mesmo objeto (Damous, 2012, p. 25).

Hirata (2020) apresenta que também podemos encontrar diferenças entre a depressão neurótica (como fruto da angústia de castração), a depressão psicótica e a depressão borderline. No livro organizado por Daniel Kupermann e Karin de Paula, intitulado “atendimento psicanalítico da depressão”, há um caso clínico apresentado por Ricardo Hirata em que o jovem apresentava um quadro grave de depressão borderline com fortes ideias e algumas tentativas de suicídio no percurso de análise. O par analista – analisando constrói uma peça de teatro na qual o jovem paciente é muito identificado com o personagem principal. Há uma fala desse personagem que vale trazer para esse trabalho, a saber:

A sensação de vazio... olho de peixe morto. É uma tristeza tão profunda que você para de se sentir triste. Você para de fazer tudo, estudar, trabalhar, sair de casa, ligar para os amigos, para de falar com todo mundo, porque não tem mais sentido... nada disso. E quando você finalmente pensa que algo vai parar de te fazer sentir esse vazio, de te fazer sentir triste, que “algo” vai ser como uma corda para sair do fundo do poço, esse “algo” acaba por se tornar a corda da sua própria força. (...) quando uma pessoa quer se matar, é escolha dela... e de mais ninguém. E essa força, essa maldita força, é que decide por ela. Então,

ela passa todas as horas dos seus dias pensando em como vai fazer para fazer o que tem que fazer. Veneno, arma de fogo, faca, parapeito... (Hirata, 2020, p. 129).

Esse trecho é importante para evidenciar um quadro depressivo grave que pode trazer o suicídio como questão. Vamos apresentar uma outra vinheta clínica, agora de uma adolescente que teve a sua rotina escolar interrompida com o isolamento da pandemia do novo coronavírus. No Brasil, sobretudo no estado no Rio de Janeiro, as escolas públicas mantiveram o ensino na modalidade a distância, com atividades online como era possível nos anos de 2020 e 2021, e as escolas particulares ficaram com as aulas remotas durante todo o ano de 2020 e no modelo híbrido a partir do segundo semestre de 2021, e foi assim que ocorreu na escola da menina.

Inicialmente o período dentro de casa foi entendido como algo necessário e importante para preservar a saúde de todos e não propagar o vírus. No entanto, a jovem foi se isolando cada vez mais dentro de seu quarto, e todas as atividades foram ficando insustentáveis, mas ninguém percebia que ela não saía do quarto não porque estava preocupada com a pandemia, mas porque não tinha disponibilidade psíquica para isso. Ela estava imersa em si mesma e no vazio tão bem narrado pelo personagem da peça construída por Hirata (2020) e seu paciente.

Essa adolescente apresentou mais de uma tentativa de suicídio dentro de sua própria residência, a primeira na casa do pai. Foi após essa tentativa que ela entrou em tratamento psicanalítico. Voltaremos a esse caso mais tarde. Por hora, vale destacar que o isolamento necessário durante a pandemia pode ter encoberto muitos casos de pacientes que apresentam tendências depressivas, e isso contribuiu para que eles ficassem ainda mais dentro de casa, dentro si mesmos. Desse modo, podemos pensar em uma diferenciação entre o quadro melancólico e o depressivo, uma vez que:

No âmbito então da psicanálise, situa-se a depressão equiparada ao luto que em algum momento chegará ao fim, embora o trabalho seja árduo e sofrido posto que não seja fácil empreender o desligamento dos objetos perdidos. Por outro lado, cabe à melancolia, uma neurose narcísica, o conflito intrapsíquico entre eu e o agente crítico, o conflito devido à ambivalência e o sentimento de culpa, assim como o processo identificatório após a perda de objeto pautado sobre uma escolha objetal narcísica (Damous, 2012, p. 84).

Portanto, equipar a depressão ao luto é a possibilidade de algum trabalho de elaboração do sofrimento psíquico que se encontrava muito intenso e só após será possível ter um novo colorido no eu e na vida (Damous, 2012). Quando isso não acontece, o suicídio pode surgir como uma possibilidade de pôr fim a essa dor. Marraccini (2021) faz uma distinção entre o trabalho de luto e de melancolia ao apresentar a ideia de uma “destacabilidade” que no luto seria possível e na melancolia seria muito mais difícil ou impossível, pois o “trabalho da melancolia trata-se de assegurar a questão da ‘destacabilidade’ entre as representações do sujeito e do objeto que estão coladas, para que o desapego seja possível” Marraccini (2021, p. 42). Além disso, a autora acrescenta que “o suicídio do melancólico se deve a um fracasso do ‘trabalho da melancolia’, pois, se pudesse ter sido conduzido com sucesso, levaria ao final do acesso melancólico, uma vez que evitaria o desinvestimento narcisista do Eu, além de se encerrar o investimento libidinal em um novo objeto” Marraccini (2021, p. 43).

Não queremos nessa pesquisa entrar na seara sobre os diagnósticos, mas interrogar a forte associação da depressão com o suicídio e nenhuma menção ao quadro de melancolia fora das discussões psicanalíticas. Estamos advertidos do grau de sofrimento intenso que a depressão pode ocasionar, a fim de ilustrar vamos trazer a seguinte passagem:

A morte-em-vida que é a depressão, a pobreza, o esvaziamento e a insensibilidade que podem tomar conta das pessoas, é um lembrete horripilante de quanto são obscuras as fontes de nossa energia (...) o que vitaliza uma vida, o que faz valer a pena viver? (...) (O deprimido) pode não querer morrer, mas nem sempre é capaz de encontrar uma boa razão para estar vivo – ou mesmo alimentar algum interesse por razões, quaisquer que sejam (Philips, 2008, p. 116).

Ele também diz: “a capacidade de ficar deprimido significa a capacidade de reconhecer algo que é verdade... a depressão nos torna reais. Ela nos aprofunda” (Phillips, 2008, p. 118). Por isso se faz tão fundamental uma clínica que não esteja baseada somente nas psicopatologias, como já mencionamos nesse texto, mas na possibilidade de escutar o que o indivíduo apresenta em seus atendimentos.

E também identificamos em nossa clínica indivíduos com sintomas depressivos que apresentam uma desvitalização, apatia e uma falta de vontade de viver, além de uma angústia que não consegue se ligar a nada, de difícil simbolização; também

precisamos estarmos atentos a gravidade que esse quadro pode apresentar e o quanto essa falta de vontade de viver, uma falta de sentido em tudo, pode lançar o indivíduo a pensar e executar o suicídio como uma maneira de pôr fim a uma vida que já não existe mais.

Avançando na discussão sobre depressão, recorreremos ao pensamento de Pinheiro (2005), porquanto ela aponta que os sujeitos depressivos não percebem a continuidade do tempo “entre uma coisa e outra, muitas vezes, o que emerge é o vazio, pois o presente encontra-se desvinculado de um passado e da sua reação com o futuro” (Pinheiro, 2005, p. 5). Foi o pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott quem privilegiou a noção de continuidade do ser, o que justamente fica em questão nos pacientes que trazem o risco de suicídio, e será sobre esse autor que falaremos no terceiro capítulo. Além disso, consideramos ser pertinente trazer o pensamento de Donald Winnicott e Sándor Ferenczi, para avançarmos nessa discussão, pois:

É importante situar o suicídio como um fenômeno complexo e multifacetado, de etiologia multifatorial. A amplitude dos fatores envolvidos no comportamento suicida engloba desde fatores distais, como experiências adversas no início da vida e características genéticas e culturais, quanto fatores proximais, como experiências traumáticas e o abuso de substâncias psicoativa (Brasil, 2021, p. 7).

Winnicott foi um psicanalista que privilegiou o processo de amadurecimento emocional e esteve atento em sua teoria e prática clínica às falhas ambientais que ocorrem em um momento muito precoce, quando o infante ainda não encontra recursos psíquicos para lidar com tal situação extrema; e Ferenczi nos auxilia a problematizar a temática do suicídio por um vértice que sublinhe um ambiente hostil e traumático. Conhecido como o analista dos casos graves (Pinheiro, 1995) suas ideias engrandecerão nosso estudo sobre uma clínica em que as pedras angulares postuladas por Freud como o recalque e a interpretação cederão um maior espaço a uma escuta sensível (Kupermann, 2008).

3

Bebês como “hóspedes não bem-vindos”, o processo de amadurecimento emocional e falhas ambientais precoces

(...) Crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida.

Sándor Ferenczi, 1929.

A mãe, lá embaixo, está chorando, chorando, chorando. Desta forma a conheci. Uma vez, esticado em seu colo, como agora em morta árvore. Eu aprendi a fazê-la sorrir, a deter suas lágrimas, a desfazer sua culpa, a curar sua morte interior. Vivificá-la era meu viver.

James Britton, comunicação pessoal reportada por Phillips, 2006¹

Nesse capítulo lançaremos mão das formulações ferenczianas sobre trauma e clivagem do ego, pois acreditamos que esses conceitos podem tornar mais sólida essa discussão. Ferenczi possuía uma clínica compreendida como mais contemporânea, ou seja, não atendia os casos de neurose clássica, como Freud. Desse modo, precisou de uma construção teórica que o ajudasse a pensar esses casos. Portanto, ele se insere na psicanálise a partir de suas inovações teóricas e isso causou certos desentendimentos com Freud.

Também recorreremos ao pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott – que descreveu um longo caminho a ser percorrido, para ocorrer o amadurecimento emocional primitivo de modo satisfatório ao lactente. Segundo o autor, um bebê precisa de um ambiente suficientemente bom para se tornar uma pessoa integrada, com uma membrana limitadora do interno e externo, sendo capaz de reconhecer e de se relacionar com objetos identificados como sendo eu e não eu. Durante o estágio inicial

¹ Pouco se sabe sobre a mãe de Winnicott, mas tem-se notícias desse poema que ele publica aos 67 anos de idade e entrega ao seu cunhado, James Britton.

da vida, o lactente vive como não integrado, sendo o processo de integração iniciado assim que nasce, isso não é inato e depende dos cuidados concedidos pelo ambiente. O que não é uma tarefa simples, na medida em que falhas ambientais podem ocorrer nesse momento muito prematuro e colheremos os efeitos disso na clínica.

Esses psicanalistas viveram em épocas distintas e, apesar de Winnicott não ter bebido diretamente em fontes ferenczianas, são autores que possuem muitas aproximações teóricas e que valorizam as primeiras experiências infantis, nos alertam o quanto pode ser traumático um ambiente hostil e nos auxilia a pensar os desdobramentos disso na clínica.

3.1

Considerações sobre o trauma ferencziano e clivagem do ego

Sándor Ferenczi foi um médico e psicanalista húngaro que fez análise e sua formação em psicanálise com Freud, eles estabeleceram grandes articulações e discordâncias teóricas. Ferenczi ficou famoso por ser considerado o analista dos casos difíceis (Pinheiro, 1995) e precisou de uma teoria que o ajudasse nessa clínica tão específica. Também ficou conhecido como o *enfant terrible* da psicanálise, foi analista do famoso biógrafo de Freud, Ernest Jones, e foi acusado por ele ser psicótico e teve sua teoria fortemente questionada e desvalorizada, de modo que Ferenczi ficou esquecido por quase trinta anos. Por outro lado, também foi analista de Michael Balint, que se tornou amigo da família e recebe da viúva de Ferenczi vários textos inéditos e o famoso “Diário Clínico”, que só foi publicado em 1985, quase trinta anos após a sua morte, na França (Kupermann, 2019).

O psicanalista húngaro problematiza o lugar do analista e dedica grande parte de sua obra a esse assunto, que muito nos interessa. Além de postular a teoria do trauma que é precursora para a análise dos casos graves. Para falar sobre isso, Ferenczi, traz a cena um abuso sexual infantil e faz uma denúncia de que isso que era muito mais comum do que poderiam supor a sociedade puritana de sua época.

Ferenczi (1933/2011) afirma ser o trauma tudo aquilo que acomete o aparelho psíquico e o movimenta, incluindo noções de higiene que são introduzidas nas crianças, uma vez que elas não compreendem muito bem suas necessidades e, num outro extremo, temos a cena de abuso sexual que pode ocorrer. Desse modo, Ferenczi,

designa-os em dois grandes grupos: os estruturantes e desestruturantes. O primeiro diz respeito àqueles que “propiciam uma reorganização psíquica e que contribuem para o desenvolvimento e a estruturação” (Pinheiro, 1995, p. 66); já o segundo é aquele que o aparelho psíquico não terá recursos para ressignificar. Esse tipo de trauma é grave, pois pode ocasionar uma extirpação a nível do ego, por colocar em risco a identificação do sujeito, uma vez que “as crianças sentem-se física e moralmente sem defesa, sua personalidade é ainda frágil demais para poder protestar, mesmo em pensamento, contra a força e a autoridade esmagadora dos adultos que as emudecem” (Ferenczi, 1933/2011, p. 117).

O mito fundador do trauma exemplificado por Ferenczi (1933/2011) é uma cena em que há necessariamente três personagens: a criança, um adulto que cometerá o abuso e um terceiro, outro adulto, que desmentirá a história contada pela criança. Desse modo, quando há um abuso, sobretudo num momento muito precoce, o infante não terá recursos psíquicos para elaborar o que ocorreu e isso será ainda mais catastrófico quando o terceiro personagem, o adulto que não cometeu o abuso, desmente a história da criança e a faz questionar se ela realmente viveu o abuso ou não. Deixando-a perdida, sozinha e com medo dos seus pensamentos, *“mas esse medo, quando atinge seu ponto culminante, obriga-a a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor dos seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas, e a identificar-se totalmente com o agressor”* (Ferenczi, 1933/2011, p. 117, grifos do autor).

Por isso a teoria do trauma ferencziano é tão fundamental quando estamos diante de pacientes graves, pois são pacientes de difícil acesso, com pouca simbolização e que não usam o recalque como mecanismo de defesa. Em razão disso o ato suicida pode ser um modo possível para denunciar o sofrimento psíquico, uma vez que a criança identificada com o agressor fica impedida de ter uma vida que vale a pena ser vivida, ou seja, uma vida espontânea e pautada no verdadeiro *self*, como veremos com Winnicott ainda nesse capítulo.

Para avançarmos na discussão iremos trazer o Kupermann (2019) que retomou o pensamento ferencziano e nos convoca a pensar nos três tempos do trauma: o primeiro seria a violação do infante por um adulto amado e que ocupa um lugar de cuidador para essa criança. Como ela não possui recursos psíquicos para lidar com o acontecido, esse momento, fica marcado como *“tempo do indizível”* (Kupermann, 2019, p. 58, grifos do autor). O segundo momento do trauma é o *“tempo do testemunho”* (Kupermann, 2019, p. 58, grifos do autor), o qual ocorre quando o infante procura um outro adulto, diferente do agressor, para relatar o que lhe aconteceu, onde ela solicita

“um apelo ao *reconhecimento* da própria dor, de uma tentativa de testemunhar perante a presença sensível do outro o ultraje sofrido” (Kupermann, 2019, p. 58, grifos do autor). E o terceiro tempo é o “*tempo do desmentido*” (Kupermann, 2019, p. 59, grifos do autor), ou seja, quando o adulto procurado pela criança desmente sua história. Salienta-se que o agressor é alguém próximo e que ocupa um lugar importante para o infante, por isso:

É justamente pelo fato de o agressor ser um objeto privilegiado de investimento amoroso que o ato de violação da integridade psicossomática da criança é potencialmente patogênico, tendo como efeito aparentemente paradoxal a transformação do amor terno em dependência tirânica (Kupermann, 2019, p. 57).

Para Ferenczi (1933/2011), o que torna o trauma desestruturante é o desmentido, é fazer com que a criança questione se o que ela viveu é mentira ou verdade. A originalidade teórica do psicanalista húngaro seria atribuir ao desmentido, o desautorizado, a marca do trauma desestruturante. O contexto dessa narrativa pode se repetir algumas vezes durante a infância. Essa é uma experiência traumática para a criança que não vai conseguir se defender do adulto e, como consequência, ela identifica-se com o agressor e o incorpora. Logo, “por introjeção do agressor este desaparece enquanto realidade exterior, e torna-se intrapsíquico” (Ferenczi, 1933/2011, p. 117), assim como a culpa sentida por ele, sendo assim, o agressor se exime de qualquer responsabilidade. Isso é muito grave, pois

Se a criança se recupera de tal agressão, ficará sentindo, no entanto, uma enorme confusão; a bem dizer, já está dividida, ao mesmo tempo inocente e culpada, e sua confiança no testemunho de seus próprios sentidos está desfeita. Some-se a isso o comportamento grosseiro do adulto, ainda mais irritado e atormentado pelo remorso, o que torna a criança ainda mais profundamente consciente de sua falta e ainda mais envergonhada (Ferenczi, 1933/2011, p. 117).

Isso ocorre porque no trauma desestruturante há uma marca na diferença de linguagem utilizada: a criança, ainda não dotada de uma sexualidade genital, possui a linguagem da ternura; o adulto, a linguagem da paixão, dizendo em outras palavras, já atravessado pela sexualidade genital (Ferenczi, 1933/2011). Pinheiro (1995, p. 68) destaca que “a violência sexual em si não aparece aqui como fator traumático, mas sim

como prova real do evento, que tem como consequência a identificação com o agressor”. Ferenczi (1933/2011), destaca características importantes do adulto dotado da linguagem da paixão, que, de forma bem resumida, pode ser visto como aquele que possui um exagero, uma perda de limites, trazendo uma certa loucura entendida como paixão. A linguagem da paixão pode ser, enfim, uma maneira de erotizar o corpo infantil que ainda não está inserido no campo da sexualidade genital, outra característica relevante é o sentimento de culpa internalizado pela criança, o que mantém o adulto idealizado, pois “o que importa do ponto de vista científico, nesta observação, é a hipótese de que *a personalidade ainda fracamente desenvolvida reage ao brusco desprazer, não pela defesa, mas pela identificação ansiosa e a introjeção daquele que a ameaça e agride* (Ferenczi, 1933/2011, p. 118, grifos do autor). Nas palavras de Pinheiro:

A impossibilidade de realizar a introjeção mergulharia a criança num desespero que levaria ao abandono do objeto idealizado. Para não abandonar seu objeto tão amado, a criança dispõe a clivar-se. Com isso não caberá culpa ao adulto que de fato a sentiu. É mais suportável tornar-se ela, criança, a culpada (...) O objeto idealizado manterá seu lugar custe o que custar, às vezes o preço da loucura da criança (Pinheiro, 1995, p. 73).

Quando adultos, essas crianças poderão apresentar dificuldade de se reafirmarem em casos de desprazer e repetirão aquilo que viveram em um momento muito primitivo no percurso do amadurecimento emocional. Nesse sentido, Ferenczi (1934 [1931-1932]/2011) também apresenta importantes contribuições ao se debruçar sobre o conceito de clivagem do ego, o qual aparece no decorrer de sua obra; de acordo com esse conceito, há uma cisão no psiquismo quando há o desmentido, quando o ambiente falha no cuidado, como aponta Peixoto Junior e Silva (2017, p.77): “esta cisão ocorreu no momento em que o bebê mais dependia da provisão ambiental e é decorrente de um choque traumático, proveniente do ambiente materno”. Pensamos dessa forma, que o conceito de clivagem pode ser pertinente na clínica com pacientes com risco de suicídio, como é discutido por Damous e Klautau (2016):

A sedução deve ser entendida como violação psíquica capaz de disparar o dispositivo de clivagem a partir da qual se observa, simultaneamente, duas partes da personalidade em ação: uma preservada, na medida em que tudo sabe mas nada sente, ao passo

que a outra parte, identificada com o agressor, destruída, destituída de valor por falta de confiança nos próprios afetos (idem, p. 102).

Essa clivagem pode ser assimilada como uma tentativa de o sujeito sobreviver psiquicamente ao trauma. Assim como o conceito do Bebê Sábio postulado por Ferenczi (1923/2011), em que há a autoclivagem narcísica e o pai, a mãe ou outro cuidador são incorporados pelo infante; como consequência temos um bebê sabido demais, mas com o afeto encapsulado. Nas palavras de Kupermann:

a situação traumática indica a necessidade de o sujeito abandonado criar, por meio da clivagem, uma instância autoperceptiva no sentido de substituir, ele próprio, seus cuidadores ausentes (...) não se trata mais da expressão do singelo desejo de independência em relação aos adultos, mas da efetiva necessidade de, para sobreviver, amadurecer precocemente (Kupermann, 2019, p. 73 -74).

Precisamos estarmos advertidos que nenhuma interpretação psicanalítica irá alcançar essa cisão, por isso se faz necessário questionar nosso lugar enquanto analistas, tema que discutiremos no próximo capítulo. Também podemos destacar que há aqueles traumas que não ocorrem associados a um evento específico, mas sim quando o ambiente se torna excessivamente faltoso, como destaca Pinheiro (1995, p. 66), ao afirmar que a “própria chegada ao mundo é traumática”.

Nessa linha de pensamento, Ferenczi (1933/2011) pormenoriza três tipos de traumas: o abuso sexual, como foi descrito, os que são ocasionados por medidas punitivas insuportáveis, que seriam os rígidos castigos e o terrorismo do sofrimento, ou seja, quando “uma mãe se queixa continuamente de seus padecimentos pode transformar seu filho pequeno num auxiliar para cuidar dela, ou seja, fazer dele um verdadeiro substituto materno, sem levar em conta os interesses da própria criança” (Ferenczi, 1933/2011, p. 120).

Poderíamos trazer inúmeros casos clínicos de sujeitos, sobretudo mulheres, que sofreram algum abuso na infância e quando adultos trazem o suicídio como questão. Mas iremos ressaltar algo que Ferenczi já afirmava em 1933: “após tal evento, não é raro ver o sedutor aderir estreitamente a uma rígida moral ou a princípios religiosos, esforçando-se por meio dessa severidade em salvar a alma da criança” (Ferenczi, 1932/2011, p. 117). Não iremos prolongar esse assunto, visto que ele não é a proposta

desse trabalho, mas consideramos ser pertinente mencionar que as eleições presidenciais no Brasil em 2022 escancararam o quanto o fundamentalismo religioso é forte e que não há espaço para discutir sobre casos de abuso infantil fora do meio acadêmico.

Nos indagamos quantas crianças estão em situações abusivas e não possuem espaço para falar sobre isso, para ilustrar traremos a paciente que busca atendimento após inúmeras tentativas de suicídio e no decorrer de suas sessões conta que sofria abuso sexual por uma pessoa muito próxima da família e que ouviu de um líder religioso que ela não poderia falar sobre isso para não destruir o casamento do agressor. Quem atua na clínica sabe que essa não é uma história isolada e que há milhares de casos assim. Por isso não é possível pensar uma psicanálise que não esteja atenta ao seu tempo e o quanto é perigoso nosso lugar, enquanto analistas, se desmentimos essas falas ditas em nossos consultórios, pois podemos repetir, atualizar um trauma já vivenciado na infância.

Mas voltando para o tema dessa pesquisa, podemos lançar mão de outra reflexão ferencziana que se encontra de forma poética e brilhante no texto intitulado “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”, no qual ele apresenta casos clínicos de epilepsia e asma brônquica para pensar uma autodestrutividade da criança que não é bem-vinda em sua família. Sobre isso, afirma Ferenczi: “tenho conhecimento de casos em que a crise epiléptica se seguia experiência de desprazer, as quais davam ao paciente a impressão de que a vida não valia a pena ser vivida” (Ferenczi, 1929/2011, p. 56).

O psicanalista húngaro atuou como médico em um hospital militar durante a guerra e foi nesse momento que começou a receber essas demandas, além de sujeitos que apresentam questões psicossomáticas importantes e observou que eles eram “hóspedes não bem-vindos na família” (Ferenczi, 1929/2011, p. 57). Além de identificar que eles nutriam um sentimento de desesperança, de que a vida não valia a pena ser vivida e um pessimismo exagerado. Assim, ele formula a sensível frase:

Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida (idem, p. 58).

Kupermann (2019) salienta que Ferenczi faz uma leitura do conceito de pulsão de vida e morte a partir da presença/ausência do ambiente que fornece os cuidados ao lactente. Sendo assim, alguns pacientes, ao passarem pela experiência traumática de um ambiente desafetado de cuidados após o nascimento, sendo mesmo mal acolhidos e não bem-vindos na família, na fase adulta, como efeito dessa gélida relação com o ambiente primitivo, pode suscitar um sentimento de vazio e de que a vida não vale a pena ser vivida (Ferenczi, 1929/2011). Dessarte, pode apresentar inúmeros sintomas que almejam uma tendência psíquica ao suicídio. O sintoma pode ter sido construído para dar conta de falhas ambientais que ocorreram durante uma fase muito inicial da vida. Trata-se, então, de traumas precoces que podem afetar todo o desenvolvimento e o processo de diferenciação do sujeito em relação ao mundo externo. Como nos mostra Ferenczi (idem):

A “força vital” que resiste às dificuldades da vida não é, portanto, muito forte no nascimento; segundo parece, ela só se reforça após a imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos, por meio de um tratamento e de uma educação conduzidos com tato (idem, p. 58).

Consideramos brilhante essa formulação ferencziana pois ela nos permite pensar o suicídio de forma mais ampla e complexa, essa vontade de não viver pode ser observada nas crises asmáticas, edemas de glote, epilepsia, transtornos psicossomáticos ou no brincar da criança afoga o navio para sempre. Falar sobre querer morrer pode ser difícil. Desse modo, precisamos de escuta sensível para estarmos atento ao que o paciente diz em palavras e o que aparece em ato, no corpo; esclarecemos melhor esse tema adiante. Mas, nesse momento, iremos trazer as contribuições winnicottianas.

3.2

Percurso para o processo de amadurecimento emocional

Donald Woods Winnicott foi o primeiro pediatra a se tornar psicanalista e suas inquietações vieram a partir da observação de mães e seus bebês. Sua clínica psicanalítica era constituída por neuróticos, psicóticos e borderlines (Fulgêncio, 2016). Assim, sua teoria e prática enquanto psicanalista foi composta por pacientes difíceis e que apresentavam questões relacionadas ao processo de amadurecimento emocional. Vale destacar que Winnicott não prioriza o Complexo de Édipo em sua teoria, para ele há um percurso longo antes de chegar a esse momento, por isso, iremos recorrer a sua obra para pensarmos os indivíduos que trazem o risco de suicídio e como esses casos podem ser entendidos por um viés winnicottiano.

Winnicott não descarta as descobertas realizadas por Sigmund Freud sendo até muito comum em seus textos ele trazer o que ele diz sobre determinado tema e depois apresentar sua discussão, mas ele discorda radicalmente do conceito de pulsão de morte, postulado por Freud em 1920 (Fulgêncio, 2016). Desse modo, teremos o trabalho de associar o risco de suicídio à obra winnicottiana e não utilizar o conceito de pulsão de morte.

Para entendermos o tema das falhas ambientais e o risco de suicídio, inicialmente, vamos discutir o longo percurso que precisa ocorrer para que o sujeito se reconheça como uma pessoa total e se relacione com o outro. Isso não é dado logo após o nascimento. O pediatra e psicanalista afirma que “a localização do *self* no próprio corpo é muitas vezes tomado como certa, mas uma paciente psicótica em análise deu-se conta de que, quando bebê, ela achava que sua irmã gêmea no assento ao lado do carrinho era ela mesma” (Winnicott, 1945/2021, p. 287, grifo do autor). Além disso, o autor traz muitos outros exemplos clínicos que o fizeram teorizar e sistematizar o assunto, uma vez que a teoria e a clínica winnicottiana andam lado a lado.

Quando tudo vai bem, não temos muitas notícias do processo de amadurecimento emocional, mas podemos nos valer dessa teoria, para pensarmos a clínica com os indivíduos que trarão diferentes sofrimentos psíquicos que são escutados em nosso ofício. Assim, questionamo-nos que percurso é esse tão importante e necessário? E o que pode ocorrer nesses momentos? Seria possível pensar a clínica com sujeitos que apresentam o suicídio como questão a partir desse autor? Com essas perguntas como pano de fundo, iremos mergulhar na sua teoria e clínica.

Começaremos com três processos descritos em sua obra: integração, personalização e realização. Para Winnicott (1945/2021), isso ocorre em um momento muito primitivo do processo de amadurecimento emocional, e podemos compreender que a integração começa assim que nasce o bebê, ou seja, ela não é inata e vai depender dos cuidados ambientais fornecidos ao lactente, comumente, quem exerce essa função é a mãe. Porém, vale lembrar que não é só ela, pois esse papel pode ser desempenhado pelo pai biológico ou não, avós, avôs ou, até mesmo, o Estado em casos de crianças institucionalizadas por alguma razão.

Portanto, a integração acontece a partir do manuseio, como o bebê é segurado no colo e todos os cuidados físicos que são fornecidos a ele, como dar banho e trocar a fralda, ou seja, é essencial o cuidado fornecido pelo ambiente, pois é graças a isso que o bebê tem a possibilidade de iniciar a integração e ter a experiência de habitar o próprio corpo.

Por isso, o autor nomeia como ambiente suficientemente bom (Winnicott 1956/2021), pois é graças a ele que o bebê tem a possibilidade de passar de uma forma mais tranquila pelo percurso do amadurecimento emocional, Suy (2022) nos convida a pensar o quanto ser recebido com amor é uma questão primordial para o ser humano, podemos pensar isso em como a mãe dedicada comum (Winnicott, 1966/1996) tem o seu lugar nesse processo, em outro momento ele afirma que:

A palavra 'dedicação', se despida de seu sentimentalismo, pode ser usada para descrever o fator principal sem o qual a mãe não pode dar sua contribuição, uma adaptação sensível e ativa às suas necessidades de sua criança – necessidades que, no início, são absolutas (Winnicott, 1952/2021, p. 395).

Nesse momento, Winnicott, não está falando em teorias pulsionais, mas necessidades corporais que aos poucos vão se transformando em necessidades egóica. Ele destaca, ainda, a experiência de ilusão como um marco nesse processo. Isso ocorre quando o bebê alucina o seio no exato momento em que ele aparece, o que vai enriquecendo a experiência e “somente com base na monotonia pode a mãe adicionar riqueza de modo produtivo” (Winnicott 1945/2021, p. 293). A experiência da ilusão proporciona a onipotência do lactente em que ele acredita ter criado o mundo possibilitando que ele seja conhecido em pequenas doses, e não há uma quebra na experiência de continuidade de ser, por isso a monotonia descrita por Winnicott

(1945/2021) se faz tão importante. Logo, a riqueza é que a realidade não seja imposta ao infante, mas criada por ele através da ilusão, de modo que é fundamental a presença do outro para sustentar aquilo que está sendo criado pelo bebê e, à medida que vai se construindo o mundo interno, vai sendo possível estabelecer uma relação e a realidade como sendo subjetivamente percebida.

Essa vivência é de suma importância, porém, gradativamente, a mãe deverá desiludir o bebê, através de uma desadaptação de suas necessidades e, assim, haverá, paulatinamente, o rompimento da unidade indiferenciada mãe-bebê. Nesse sentido, desilusão não é algo ruim, desastroso. O que o bebê abandona é a ilusão de onipotência e começa a compreender que existe uma realidade externa que independe dele, que o seio pode sobreviver a despeito de seus ataques

Winnicott valoriza a experiência corporal e o afeto envolvidos nos cuidados com o bebê e, desse modo, a personalização vai sendo possível a qual “pode ser descrita como uma habitação da psique no soma, tem que ser encontrado na capacidade que a mãe ou a figura materna tenham de juntar o seu envolvimento emocional, que originalmente é físico e fisiológico” (Winnicott, 1970/1994, p. 205) e a realização, como a apresentação gradativa da realidade, a possibilidade de se reconhecer e relacionar com objetos percebidos como não eu. Esses são os três grandes processos que ocorrem no amadurecimento emocional, mas vale destacar que essa divisão ocorre somente para fins didáticos, uma vez que não há uma separação tão distinta assim.

A importância desses processos está na construção do mundo interno do infante, na diferenciação dos objetos reconhecidos como não eu e, posteriormente, na possibilidade do uso do objeto. Para isso, é preciso que a mãe vá ao encontro das necessidades do bebê (Winnicott 1968/1996). Nesse ponto, o autor chama a atenção para a comunicação silenciosa que há entre mãe-bebê, ou seja, a partir dos cuidados maternos o que é comunicado ao bebê é a confiabilidade no ambiente, quando essa comunicação ocorre de forma ruidosa, essa confiabilidade não acontece. Então, a comunicação silenciosa protege o bebê da reação ao ambiente e possibilita que ele continue sendo.

Acreditamos, dessa forma, que esse seja um ponto muito importante da teoria winnicottiana, pois a experiência de comunicação silenciosa, isto é, não verbal, aponta que já há uma dependência somatopsíquica do lado do bebê; aqui, o autor não fala de inconsciente do ponto de vista do lactente, para ele, isso seria impensável, uma vez que ele ainda não se identifica como sendo um eu. O psicanalista deixa claro que, nesse

momento, as necessidades do infante dizem respeito ao corpo, sendo assim, necessidades corporais que vão se transformando em necessidades egóicas, a partir do processo personalização (Winnicott, 1968/1996).

Há uma mutualidade na relação mãe-bebê, e isso é fundamental no percurso de subjetivação, sendo importante que a mãe se adapte a essas necessidades básicas do lactente. Tendo isso em vista, podemos pensar em uma comunicação silenciosa que ocorre através do *holding* e proporciona a confiabilidade do lactente no ambiente, pois “a mãe é uma presença invisível (invisível, mas sentida)” (Ogden, 1996, p. 46). Desse modo, ele pode vivenciar o paradoxo de descobrir o mundo que já estava presente, mas como sendo criação dele. A problemática desse contexto instaura-se quando essa comunicação é ruidosa, com falhas que interrompem a possibilidade de continuar sendo do bebê. Winnicott (1968/1996, p. 86) já nos adianta que “o desenvolvimento do bebê, porém, só pode ocorrer no contexto da confiança que decorre do fato de ele ser segurado e manipulado”.

Assim, vai ficando claro o quanto Winnicott privilegia as primeiríssimas experiências infantis e a relação mãe-bebê, e nos alerta acerca dos efeitos na vida psíquica do futuro adulto, uma vez que tudo pode ocorrer bem, ou falhas mais ou menos graves causarão impactos na vida, pois “se correm mal e não são logo corrigidas, o bebê será afetado para sempre, seu desenvolvimento será deturpado e a comunicação entrará em colapso” (Winnicott, 1968/1996, p. 88).

Sob essa ótica, quando há uma comunicação ruidosa, podemos entendê-la como sendo traumática e, dessa maneira, o bebê organizará sua personalidade em torno de defesas, como a cisão e a clivagem do ego. Por um lado, a organização em torno de defesas torna o ambiente traumático, perde-se a confiabilidade nele; por outro, essas defesas podem funcionar como algo que impede o colapso, uma agonia primitiva, impensável. Tema que abordaremos mais adiante (Winnicott, 1968/1996).

Nessa perspectiva, Winnicott postula o conceito de mãe suficientemente boa (Winnicott 1956/2021), já nos adiantando que falhas irão acontecer, e isso não trará necessariamente prejuízos para o processo de amadurecimento emocional. Com isso, podemos pensar em falhas ambientais quando elas ocorrem de forma excessiva, sendo faltosas ou intrusivas demais, e o pequeno bebê não tem a oportunidade da experiência de ilusão, por exemplo, ou quando o ambiente acaba indo de encontro as suas necessidades.

Em vista disso, num primeiro momento, o bebê se encontra em um estágio de dependência absoluta dos cuidados fornecidos pelo ambiente. Aqui, vale lembrar a célebre frase de Winnicott (1960a/2007, p. 40): “não há tal coisa como um lactente”, ou seja, não existe um bebê sem que alguém cuide dele. Desse modo, nesse momento de dependência absoluta, não há um indivíduo e uma relação entre mãe-bebê, de forma que “o ambiente que no início é a mãe, ou melhor, os modos de ser da mãe – é parte do bebê, indistinguível dele. Não há, aqui, dois indivíduos, mas uma relação *sui generis* que pode ser chamada dois-em- um” (Dias, 2003, p. 130).

Posteriormente, o bebê entrará no estágio de dependência relativa, que “vem a ser um estágio de adaptação a uma falha gradual dessa mesma adaptação” (Winnicott, 1963a/2007, p. 83). Aqui, o bebê começa a ter alguma consciência dos cuidados maternos, e a mãe saudável está saindo da preocupação materna primária e irá começar a apresentar outros interesses na vida. Então, nessa época do desenvolvimento emocional primitivo, a relação mãe-bebê já não é tão dual como na dependência absoluta. A mãe começa a voltar seus interesses para outros campos de sua vida, e o lactente começa a perceber, em alguma medida, a realidade externa, como a própria situação de sua dependência.

Além disso, ele está integrado, há um eu e um não eu que são, mais ou menos, delimitados pela pele, pelo corpo. Por isso, ele começa a permitir que acontecimentos externos ocorram fora do seu controle. O ganho nesse estágio é, então, de fato, a consciência dessa dependência que aparece através da ansiedade de separação:

Quando a mãe está longe por um tempo superior ao da sua capacidade de crer em sua sobrevivência, aparece a ansiedade, e este é o primeiro sinal que a criança percebe. Antes disso, se a mãe está ausente, o lactente simplesmente falha em se beneficiar de sua habilidade especial de evitar irritações ou incômodos, e certos desenvolvimentos essenciais na estrutura do ego falham em se tornar bem estabelecidos (Winnicott, 1963a/2007, p. 84).

Para que o bebê se torne cada vez mais independente da mãe, Winnicott (1963a/2007) considerou duas expressões essenciais nesse processo: mãe objeto e mãe ambiente. A mãe objeto é algo mais primitivo, que ocupa o lugar de um objeto parcial que vai “satisfazer as necessidades urgentes do lactente” (p. 72); já a mãe ambiente é vista como um objeto total e “evita o imprevisto e que ativamente provê o cuidado de sustentar e do manejo global” (p. 72). Em um momento um pouco mais tardio,

no processo de amadurecimento emocional, precisa haver uma fusão entre a mãe objeto e a mãe ambiente, quando o “bebê experimenta impulsos agressivos e eróticos dirigidos ao mesmo objeto e ao mesmo tempo” (Winnicott, 1963a/2007, p. 71).

O bebê winnicottiano é humanizado e dotado de uma agressividade desde sempre. No início, é entendida como motilidade, quando o bebê chuta dentro do útero ou morde o seio da mãe na hora da amamentação. Ele ainda não está integrado e não se reconhece como uma pessoa total e uma mãe como diferente dele, então, a agressividade não é um ato violento, mas, certamente, muitas mães podem sentir desconforto ao ter seu seio ferido na hora da amamentação. Então, a motilidade, sendo entendida como uma força vital, precisa se expressar ativamente, e não reativamente para que a experiência de continuidade de ser seja preservada. Além disso, há uma grande diferença nos exemplos citados acima, pois após o nascimento é necessário que o ambiente ofereça alguma resistência a essa motilidade e, desse modo, o ambiente é repetidamente descoberto pelo bebê (Dias, 2000).

Winnicott (1950-1955/2021) descreve esse momento como sendo pré-concernimento, ou seja, o lactente não irá se preocupar com os efeitos e com as consequências dessa agressividade, porém, em um momento posterior, quando ele se encontrar em um estágio de maior integração e reconhecer que esses ataques são direcionados ao mesmo objeto de amor, poderá haver um sentimento de culpa e uma maior diferenciação entre eu e não eu, assim: “a criança começa a preocupar-se não apenas com os efeitos de seus impulsos sobre a mãe, mas passa também a perceber os resultados de suas experiências no próprio eu” (Winnicott, 1950-1955/2021, p. 376).

Por isso, vivenciar a ambivalência pode gerar um sentimento de culpa que precisa aparecer e permanecer como potencial, e o ambiente necessita continuar sobrevivendo à agressividade do infante, sendo assim, à capacidade de se preocupar é entrar em contato com os próprios impulsos destrutivos e como isso vai afetar o outro. Para Damous e Garcia (2008, p. 125), “o ambiente está presente como oposição fundamental que acolhe a expressão de agressividade sem retaliar e que sobrevive aos ataques a ele dirigidos”. Isso é uma novidade para o bebê que antes criava e geria os objetos na sua onipotência conforme nos mostra as autoras:

O fato de o objeto continuar vivo e disponível apresenta para o bebê um campo de acontecimentos sobre o qual ele não exerce o controle onipotente com o qual está familiarizado desde a experiência de ilusão. A sobrevivência do objeto atesta para ele uma externalidade que

prescinde da sua existência, pois o objeto possui sua própria capacidade de sobreviver (idem, p. 129).

Nesse ínterim, a criança desenvolve a capacidade de se preocupar e assumir alguma responsabilidade sobre seus instintos. Isso é altamente sofisticado e só pode ocorrer graças a um ambiente suficientemente bom que se disponibilize a mediar os destinos da agressividade. A não capacidade de se preocupar aparece nas patologias e apontam para falhas que ocorreram no longo percurso do amadurecimento emocional primitivo. Ou seja, quando o ambiente não possibilita a integração da agressividade do lactente, isso poderá ter desdobramentos na vida adulta, de modo que:

Se o ambiente fornece cuidados satisfatórios e se mostra capaz de reconhecer, aceitar e integrar essa manifestação do humano, a fonte de agressividade – que, no início, é motilidade e parte do apetite – torna-se integrada à personalidade total do indivíduo e será elemento central em sua capacidade de relacionar-se com outros, de defender seu território, de brincar e de trabalhar. Se não for integrada, a agressividade terá que ser escondida (timidez, autocontrole) ou cindida, ou ainda poderá redundar em comportamento antissocial, violência ou compulsão à destruição (idem, p. 13).

Podemos pensar, então, nas falhas que ocorrem em um momento muito precoce do amadurecimento emocional, como, por exemplo, quando há um fracasso no manejo da agressividade primária por uma retaliação, ou quando a não sobrevivência do ambiente e o sentimento de continuidade de ser é interrompido, e a criança precisa reagir ao ambiente sem ter recursos psíquicos para isso, uma vez que:

A agressão modifica suas características à medida que o bebê cresce. Essa mudança depende completamente do tipo de ambiente com que o bebê se depara. Com uma maternagem suficientemente-bom e um ambiente facilitador, a agressão na criança que se desenvolve transforma-se em algo integrado. Se o ambiente não for bom o bastante, a forma encontrada pela agressão para manifestar-se é pintada em cores antissociais, ou seja, surge a destrutividade (Abram, 2000, p. 4).

Além disso, há a possibilidade de ficarem resíduos da agressividade primária que não puderam ser elaborados, de modo que algumas crianças podem lidar melhor

com sua agressividade, exercendo-a dentro de certos limites em um ambiente facilitador, ao passo que outras precisarão contê-la, e o mundo passa a ser perseguidor, assim:

Clinicamente surge uma dramatização da expulsão da maldade (pontapés, cospe, emissão de gases etc.) Pode ocorrer também que a criança se torne sujeita a se acidentar frequentemente, ou que haja uma tentativa de suicídio – com o objetivo de destruir o que há de ruim em seu interior. Na fantasia total do suicídio, a criança deverá sobreviver depois que os elementos ruins são destruídos. Mas a sobrevivência pode não acontecer (Winnicott, 1950-1955/2021, p. 379).

Nesse momento, Winnicott, aponta-nos um caminho para pensar o suicídio e o faz com associando a uma falha da mãe ambiente em sobreviver a agressividade do infante. Voltaremos aqui adiante. Por hora, vamos pensar no processo de amadurecimento emocional. Seguindo essa linha de pensamento, vimos que o bebê nasce não integrado, e faz-se necessário um ambiente suficientemente bom para que isso ocorra, de forma que, em um primeiro momento, ele vive em um estágio de dependência absoluta dos cuidados ambientais e, posteriormente, em dependência relativa, quando ele começa a ter notícias de uma realidade externa que não é criada por ele em sua onipotência.

Dessa forma, o trânsito para uma realidade compartilhada é a transicionalidade, quando ocorre uma perda da onipotência, e a realização começa a se colocar de forma mais efetiva. Winnicott (1958/2019, p. 15) designou objetos transicionais e fenômenos transicionais como “uma área intermediária de experimentação para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa.” Ou seja, não é algo que está dentro ou fora da criança, como descrito por Abram (2000):

O conceito de fenômeno transicional diz respeito a uma dimensão do viver que não depende nem da realidade interna, nem da realidade externa; mais propriamente é o espaço em que ambas as realidades encontram-se e separa o mundo interior do exterior (Abram, 2000, p. 253).

Trata-se, portanto, de um paradoxo na teoria winnicottiana, pois a criança entende que o objeto eleito não é parte dela, mas também não é algo externo, que vem de fora, isto é, “o objeto transicional é uma extensão do mundo interno do bebê e, ao mesmo tempo, tem uma existência palpável, inequívoca e imutável fora, independente da criança” (Ogden, 1996, p. 49). Esse objeto é aquele ursinho, aquela manta, aquele cobertor ou qualquer outro que os pais percebiam sua importância e o uso nos momentos de ansiedade. É importante que a própria criança deixe esse objeto sem que haja a interferência direta de um adulto.

Apesar de considerarmos o objeto, vale ressaltar a importância da experiência da transicionalidade – essa é a riqueza descrita por Winnicott. Assim, ele aponta “estou interessado na primeira posse, assim como na área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido” (Winnicott, 1958/2019, p. 16). Isso se alarga e está no simbolismo presente na cultura e nas religiões.

Nessa perspectiva, a experiência da transicionalidade é essencial para o lactente adentrar na dependência relativa, em que há alguma consciência do cuidado ambiental e começa a ocorrer separação na unidade dual mãe-bebê, graças a isso a realidade pode ser experimentada em pequenas doses, e não de forma abrupta, o que implicaria uma descontinuidade do ser. Assim, em um momento mais tardio no processo do amadurecimento emocional, o infante pode seguir em rumo à independência, em que “a criança se torna gradativamente capaz de se defrontar com o mundo e todas as suas complexidades, por ver aí, cada vez mais, o que está presente dentro de si própria” (Winnicott, 1963a/2007, p. 87). Winnicott (1963a/2007) elege o termo rumo à independência, porque ela nunca é completa de fato. A conquista desse estágio é se reconhecer como uma pessoa total e se relacionar com outra pessoa total. Isso é muito sofisticado e só é possível graças à provisão ambiental fornecida nos estágios anteriores através do *holding*, que podemos pensar como suporte, sustentar e o *handling*, que seria o manipular, manuseio, ou seja, o toque manual no corpo do bebê.

O *holding* e o *handling* têm a função de facilitar o amadurecimento emocional, uma vez que possibilita a integração da experiência e os processos de personalização e realização. Graças a essa sustentação e manuseio que é viável a continuidade do ser do bebê; a problemática disso é quando ocorrem inúmeras interrupções, e o infante se sente inseguro, não confiando no ambiente, visto que “trauma significa quebra de continuidade na existência de um indivíduo. É somente sobre uma continuidade no existir que o sentido do *self*, de se sentir real, de ser, pode finalmente se estabelecer como uma característica da personalidade do indivíduo” (Winnicott, 1967a/ 1999, p.4).

Até aqui vimos a complexa constituição do mundo interno. Quando tudo vai bem, muito possivelmente, o suicídio não será visto como uma possibilidade para esses sujeitos, pois, apesar de eles trazerem algum sofrimento psíquico, irão se reconhecer e se relacionar como uma pessoa total, inteira. Entretanto, indagamo-nos o que acontece quando falhas ambientais ocorrem em um momento muito precoce do amadurecimento emocional? Esses indivíduos podem trazer o suicídio como questão? Essas serão as perguntas que nos movimentarão adiante.

3.3

Quando a vida não vale a pena ser vivida: reflexões sobre as falhas ambientais precoces

Winnicott também foi um teórico que não aprofundou os estudos sobre o suicídio, mas sua obra nos fornece importantes caminhos para pensar essa clínica tão específica, na medida em que apresentou, ao longo de sua construção teórica, algumas vinhetas clínicas que traziam essa problemática. Desse modo, neste momento, vamos priorizar o que o autor sistematizou como sendo falhas ambientais precoces e falso *self* patológico, pois acreditamos que esses conceitos podem contribuir para a discussão.

Como vimos, há um longo percurso no processo de amadurecimento emocional e, quando tudo vai bem, encontramos na vida adulta uma pessoa integrada e com o sentimento de que a vida vale a pena ser vivida. Ela terá, sim, suas questões, mas o suicídio como uma possibilidade frente ao seu sofrimento psíquico, muito possivelmente, não será uma saída pensada, planejada e executada. Por outro lado, deparamos, em nossa clínica, com certa frequência, sujeitos que trazem o risco de suicídio como uma questão importante e um sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida.

Assim, para seguirmos vamos pensar sobre o conceito de *self* que aparece em vários momentos na teoria winnicottiana. Abram (2000) nos alerta que Winnicott, no decorrer de sua obra, faz uma distinção entre os conceitos de ego e *self*, no entanto essa diferença não é clara e acrescenta: “para Winnicott, o termo *self* apresenta-se essencialmente como uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente, sendo o ‘sentir-se real’ o que coloca no centro do sentimento de *self*” (Abram, 2000, p. 220). Além disso, consideramos pertinente uma passagem winnicottiana:

A base de um *self* se forma sobre o fato do corpo, que, sendo vivo, não apenas tem formas, mas também, funções. As observações relevantes para isto (que chamei de personalização, a fim de vinculá-la com o transtorno denominado despersonalização) são feitas primariamente no estudo direto do bebê e suas mães a interagirem de modo natural (Winnicott, 1970/1994, p. 209).

Só é possível sentir-se real e sentir que a vida vale a pena ser vivida através de uma experiência suficientemente boa nos períodos iniciais, quando a mãe-ambiente favorece o surgimento do verdadeiro *self*, alimentando a experiência de onipotência do bebê. É fundamental que ele tenha tido a experiência de criar o mundo em que habita, pois, nos momentos iniciais, o mundo externo não é externo para ele (Winnicott, 1990).

No texto intitulado “Distorções do Ego em Termos de Falso e Verdadeiro *Self*”, de 1960, Winnicott apresenta uma breve vinheta clínica de uma mulher de meia idade que trazia consigo o sentimento de que ainda não tinha começado a existir, ou seja, uma vida submissa ao predomínio do falso *self*. Podemos pensar, com isso, que, quando o verdadeiro *self* permanece oculto, o indivíduo é impedido de viver de forma espontânea. Isso pode ser afirmado, porque, associado ao *self* verdadeiro está o gesto espontâneo, a capacidade de se sentir real e pertencente ao próprio corpo, ao passo que, no falso *self*, há uma sensação de “irrealidade e um sentimento de futilidade” (Winnicott, 1960b/2007, p. 135). Se o falso *self* ganha destaque na vida da criança, ele oculta o verdadeiro *self* que pode não aparecer e permanecer oculto durante a vida adulta.

Dessa forma, não há uma aniquilação ou desaparecimento do verdadeiro *self*, ele continua a existir, mas está encoberto pelo falso *self*, essa será a forma como a pessoa atuará na vida. Assim, o bebê sobrevive através dos cuidados de alimentação, higiene e educação fornecidos pelo ambiente e, aparentemente, está muito bem e saudável, podendo ser visto dessa forma por muitos profissionais da saúde, inclusive psicólogos e psicanalistas (Winnicott, 1960b/2007). Desse modo:

O bebê tentará se defender através do desenvolvimento de uma segunda organização (reativa) de personalidade (a organização do Falso *Self*). Esse Falso *Self* vigia as necessidades conscientes e inconscientes da mãe, adapta-se a elas e, ao fazê-lo, oferece uma proteção exterior atrás da qual o *Self* verdadeiro conserva a

privacidade necessária para manter a sua integridade (Ogden, 2017, p. 150).

Nesse sentido, a constituição do falso *self* patológico se dá em um ambiente que não fornece o *holding*, ou seja, não é suficientemente bom em sua constituição. Winnicott (1960b/2007) descreve, ainda, algumas situações clínicas em que o verdadeiro *self* permanece eclipsado e, “em cada uma dessas classificações, o falso *self* mostra-se como uma estrutura que existe para que possa defender o verdadeiro *self*, mesmo – e especialmente – no que se refere à saúde” (Abram, 2000, p. 227). Porém, vamos nos fixar quando o falso *self* se aproxima da normalidade, e o objetivo dominante do falso *self* é fazer emergir o verdadeiro *self*, assim, o que, em última instância, pode levar ao suicídio “é a destruição do *self* total, para evitar o aniquilamento do *self* verdadeiro” (Winnicott, 1960b/2007, p. 131). Nesse sentido, traremos uma citação longa do psicanalista Faria (2007):

Nesses casos, o que pode nos aparecer clinicamente é uma busca constante de realização, fundada numa angustiante percepção, do indivíduo, de que suas relações com a realidade e com os outros se esgarçam antes que ele possa se inteirar delas, de modo que ele se vê, sempre e sempre, transformado na sombra de suas próprias possibilidades, que jamais se concretizam. Em tais situações, em que existe a percepção de que algo se perde a cada instante, numa vida que ainda não se tornou vida, o ser permanece suspenso sobre o abismo do aniquilamento, na expectativa de que o falso si-mesmo cumpra sua função de possibilitar a emergência do verdadeiro si-mesmo. Quando as condições para a emergência do verdadeiro si-mesmo não ocorrem, nos dirá Winnicott, podem se organizar novas defesas contra a sua expoliação e, se houver dúvida, o resultado poderá ser o suicídio. Essa solução extrema guarda, entretanto, e ainda, um gesto de esperança: o suicídio poderá ser o último, e talvez o único gesto espontâneo, numa tentativa de evitar o aniquilamento do si-mesmo verdadeiro. Se esta for a única solução encontrada, pelo fato de não haver mais alternativas à traição do si-mesmo, será o falso si-mesmo que organizará e consumará o suicídio (Faria, 2007, p. 25).

Sob esse viés, o falso *self* funciona como uma defesa que protege e oculta o verdadeiro *self*. E, paradoxalmente, o suicídio pode vir a ser um gesto espontâneo para evitar o aniquilamento do verdadeiro *self* que permaneceu oculto e eclipsado durante toda a vida ((Winnicott, 1960b/2007, Faria 2007). Estamos diante de pacientes de difícil acesso e que apresentam uma dificuldade gigantesca em associar livremente, em falar

de si. Assim, podemos pensar em o quanto muitas condições clínicas podem se mostrar mais gaves por estarmos com um paciente que vive uma vida pautada no falso *self*.

Desse modo, é possível articular o risco de suicídio ao falso *self* descrito por Winnicott. Fazemos esse destaque, pois, tradicionalmente, na psicanálise o suicídio é pensando a partir do que Freud, em 1920, postula como sendo o conceito de pulsão de morte e Winnicott se opõe radicalmente a isso (Fulgêncio, 2016). Sendo assim, Winnicott (1990) salienta a ideia de uma solidão essencial presente desde o início e afirma que “não haverá jamais uma reprodução exata desta solidão fundamental e inerente” (Winnicott, 1990, p. 154). Aqui, o autor não está falando do que Freud postulou como sendo pulsão de morte e o “retorno ao estado inorgânico de onde a vida teria vindo” (Fulgêncio, 2016, p. 140), mas a um estado anterior ao da solidão, a um estado de não-estar-vivo, sendo que o desejo de estar morto é, em geral, um disfarce para o desejo de ainda não-estar-vivo, pois:

A experiência do primeiro despertar dá ao indivíduo a ideia de que existe um estado de não-estar-vivo cheio de paz, que poderia ser pacificamente alcançado através de uma regressão extrema. Muito do que geralmente é dito e sentido a respeito da morte, na verdade, refere-se a esse estado anterior ao estar-vivo, no qual o estar sozinho é um fato, e a dependência ainda se encontra muito longe de ser descoberta. A vida de uma pessoa consiste em um intervalo entre dois estados de não-estar-vivo. O primeiro dos dois, a partir do qual emerge o estar-vivo, dá colorido às ideias que as pessoas costumam ter sobre o segundo (Winnicott, 1990, p. 154).

Desse modo, podemos pensar o suicídio como uma tentativa de voltar a esse estado de uma solidão inicial e uma vida guiada pelo verdadeiro *self*. Em nosso ofício, escutamos sujeitos que falam do suicídio não como um pensamento de morte, mas de querer cessar o sofrimento, a dor e o vazio tão intensos, por esse motivo, acreditamos que a passagem winnicottiana sobre a solidão essencial pode nos auxiliar a conduzir esses casos. Podemos pensar em indivíduos que não têm a oportunidade de experimentar a vida de um modo mais espontâneo e criativo, tal como na personagem descrita no livro de Bei (2017).

Certamente, o luto patológico após a morte de seu cachorro piorou seu quadro clínico, pois era justamente a presença dele que possibilitava a mulher sem nome mudar de casa, querer um espaço mais amplo, pensar na organização desse novo lugar, conhecer e se relacionar com a vizinhança. Isso pode parecer muito simples e

corriqueiro quando estamos diante de pacientes inteiros, integrados na maior parte do tempo, mas, quando pensamos em pessoas que trazem um sofrimento psíquico intenso, que diz respeito aos primeiríssimos momentos da vida, as tarefas do cotidiano podem não ser tão simples assim. Ainda no livro citado, precisamos pensar que a personagem passa por uma situação de violência sexual e isso parece não ser notado por ninguém, nem por sua família, nem por seus amigos, embora ela tenha mudado seu comportamento e dado sinais de que algo não estava bem. Assim, questionamo-nos quantas vezes mais isso não se repetiu na vida da menina?

No segundo caso clínico que foi brevemente descrito aqui a jovem tenta suicídio após uma intensa discussão com o pai, quando ele mesmo lhe ofereceu um objeto cortante e ordenou-lhe que se matasse, e a jovem tenta isso. Ela chega para o atendimento após mais essa tentativa de suicídio e fala que não tem o desejo de morrer, mas de acabar com o sofrimento e poder estar em um local cheio de paz, tal como descrito por Winnicott (1990). Esse caso clínico apresenta muitos outros desdobramentos que não cabem ser analisados neste trabalho, mas vale ressaltar que muitas tentativas de suicídio podem estar associadas a essa ideia inconsciente de retornar a essa solidão essencial. E também ouvimos indivíduos que trazem questões relacionadas ao predomínio do falso *self*, desse modo:

(...) tais indivíduos chegam a vestir máscaras a ponto de aderirem ao eu, levando-as para um mundo tão distante, que termina por nos cegar devido ao abismo que é instaurado ao seu redor. Trata-se do reflexo do vazio psíquico. Talvez esteja falando de um grau mais extremo de falso *self*, mas ser fiel a si mesmo pode ser mais doloroso do que se imagina, já que é difícil assumir não somente as próprias falhas, dores e impotência, mas também os ideais, a criatividade e o talento (Reghelin, 2016, p.27).

Para Winnicott (1960b/2007), a origem do falso *self* está no início das relações de objeto, e aponta a importância do papel da mãe que, sendo suficientemente boa, alimentará a onipotência de seu bebê; porém, não sendo suficientemente boa, isso não acontecerá, “assim, quando essa adaptação às necessidades do bebê vem a fracassar, ele passa a se sentir invadido e o sentimento de *self* se perde, o que o faz não conseguir nomear, atribuir significados ou organizar experiências sensórias” (Reghelin, 2016, p.28). Como vimos, faz-se necessário que o lactente tenha a experiência de que ele próprio é criador do seio que aparece justamente no momento de ilusão criado por ele.

Todavia, é claro que ele precisa gradativamente passar por um processo de desilusão, para reconhecer e se relacionar com a realidade externa.

Na clínica, esses sujeitos trarão questões que dizem respeito a um momento muito precoce do amadurecimento emocional e, como nos apontou Winnicott (1960b/2007), teremos notícias do falso *self* em diversas situações, mas serão sujeitos que falarão de sentimentos de não se sentirem reais, pertencentes ao próprio corpo, de um vazio sem nome, de questões psicossomáticas ou do suicídio como solução frente ao sofrimento psíquico. Winnicott trilha o caminho de uma clínica psicanalítica muito atual e contemporânea.

Assim sendo, sabemos que a origem do falso *self* está nos primeiríssimos momentos da infância, quando o ambiente não consegue ser suficientemente bom. Podemos associá-lo a uma falha da mãe ambiente em se adaptar as necessidades do lactente (Winnicott, 1960b/2007). Vale lembrar que não se trata de julgar, sobretudo, a mãe nessa função, pois vivemos em uma sociedade machista e patriarcal na qual, muitas vezes, é a mulher sozinha quem precisa cuidar dos filhos. Para ela ser um ambiente suficientemente bom, faz-se necessário que ela também conte com um pai, ou seja, que o pai da criança (em uma relação heterossexual) seja responsável, e com uma rede de apoio.

Entretanto, a realidade brasileira é outra, já que há inúmeras crianças sem o nome do pai no registro de nascimento, e muitas famílias são chefiadas por mulheres. Isso sem contar os efeitos catastróficos da pandemia do novo coronavírus, pois uma pesquisa divulgada em junho/2022 pelo Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN), aponta que 33,1 milhões de pessoas não têm o que comer e que “mais da metade (58,7%) da população brasileira convive com a insegurança alimentar em algum grau – leve, moderado ou grave” (Rede PENSSAN, 2022). A pesquisa também aponta que a fome tem cor e gênero, ou seja, nas casas chefiadas por mulheres pretas, esse índice é ainda mais alarmante. Não podemos esquecer que comer organiza psiquicamente o sujeito e que, sem o básico, não há ambiente suficientemente bom. Dito isso, não é o objetivo questionar e/ou julgar o que aconteceu nos momentos iniciais das pessoas que buscam nosso auxílio, mas de colher esses efeitos na clínica e os impactos disso da vida desse sujeito. Desse modo as falhas ambientais em um momento prematuro do amadurecimento fazem com o que o bebê reaja a elas sem que ele esteja pronto para isso. Assim:

O lactente é seduzido à submissão, e um falso *self* submisso reage às exigências do meio e o lactente parece aceitá-las. Através desse falso *self* o lactente constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e por meio de introjeção pode chegar até uma aparência de ser real, de modo que a criança pode crescer se tornando exatamente como a mãe, ama-seca, tia, irmão ou quem quer que no momento domine o cenário (Winnicott, 1960b/2007, p. 134).

Por isso podemos pensar no falso *self* como algo que impede o sujeito de saber de si, já que ele sobrevive falsamente diante da falha que lhe ocorreu e poderão trazer um sentimento de angústia e vazio. Podem ser pessoas muito bem-sucedidas e com o intelecto acima da média, porém com pouco contato com o afeto, que permaneceu encapsulado, congelado diante da falha ambiental (Winnicott, 1960b/2007). E um trabalho possível seria “descongelar o que estava gélido, petrificado, é a saída para qualquer um de nós, pois é o encontro com o nosso verdadeiro eu que fascina” (Reghelin, 2016, p. 25).

Alguns bebês não têm a oportunidade de passar, de modo satisfatório, pelo estágio da dependência absoluta, muito menos pela onipotência tão fundamental nesse momento. A experiência de ilusão é de suma importância no processo de amadurecimento emocional, pois ela é a base para o continuar a ser do bebê, uma vez que a realidade imposta de forma abrupta é insuportável. Quando isso acontece estamos diante de uma falha ambiental que convoca o bebê a reagir sem que ele esteja pronto para isso. Assim, ele precisa reagir a essas falhas ambientais, mas, como ele ainda não está integrado e se reconhecendo como um bebê diferente do ambiente, essas falhas são sentidas como sendo dele próprio. Com isso, perdem-se o gesto espontâneo e a experiência de continuidade de ser; aqui cria-se um contraponto entre o ser e reagir, pois, ele vai precisar reagir antes de ser (Winnicott, 1960b/2007). Pacientes que trazem o risco de suicídio estão justamente questionando esse continuar a ser. Quando Minois (2018) retoma Shakespeare a célebre frase “ser ou não ser: eis a questão”, é justamente isso que está em jogo quando o sujeito fala da ideação suicida, para ele, não é possível continuar sendo.

Esse contexto traumático de um ambiente que não oferece suporte ao lactente pode ocorrer de inúmeras formas, quando por exemplo, não há a experiência de mutualidade entre mãe-bebê e a comunicação silenciosa que deveria acontecer nesse período fica impossibilitada por alguma razão, pois ela só é possível graças ao *holding* e o suporte ambiental. A psicanalista Elsa Dias (2020), em uma *live* transmitida pela internet, convoca-nos a pensar a ideação suicida ou a própria tentativa de suicídio como

uma última tentativa de comunicação dessa angústia presente desde muito cedo, com raízes na primeira infância. Tratando-se, portanto, de uma experiência ruidosa e falha na comunicação que ocorre na relação mãe-bebê. Roussillon aponta que:

Minha hipótese clínica é que são tais experiências de tentativas de comunicação que, de tanto não serem reconhecidas como tais, de não serem qualificadas pelas respostas do ambiente, vão se manifestar nos quadros psicopatológicos da criança, do adolescente ou do adulto, e, em particular, na sintomatologia das problemáticas narcísico-identitárias sob forma de expressão corporal: ação ou psicossomática (Roussillon, 2012, p. 23).

Como estamos pensando em uma clínica que não diz respeito a neurose mais clássica, ou seja, com indivíduos que irão elaborar suas questões, o ato suicida pode ser de mais fácil acesso para dar fim a esse sofrimento tão intenso. Podemos pensar em um vazio intenso ou uma agonia impensável como descreve Winnicott (1963b/1994), em seu texto intitulado “O Medo do Colapso”, apresenta a ideia de uma agonia primitiva que seria um retorno a um estágio de não integração. Segundo o psicanalista, o colapso já aconteceu, mas o paciente não estava lá para lembrá-lo. O colapso está associado ao fracasso contra as agonias impensáveis, primitivas, uma vez que o ambiente não ofereceu suporte para elas, quando “o ego é imaturo demais para reunir todos os fenômenos dentro da área da onipotência pessoal” (Winnicott, 1963b/1994, p. 73). Vimos que, na teoria winnicottiana, é o ambiente que oferece a possibilidade de qualquer experiência, sobretudo no período de dependência absoluta, assim, esse colapso pode ser entendido como um colapso desse suporte ambiental. Articulando com o tema dessa pesquisa, Winnicott (1963b/1994) aponta que:

(...) muitos homens e mulheres passam suas vidas pensando se encontrariam solução no suicídio, isto é, no envio do corpo a uma morte que já aconteceu na psique. O suicídio, contudo, não é uma resposta, mas sim um gesto de desespero. Entendo agora, pela primeira vez, o que minha paciente esquizofrênica (que se matou) queria dizer quando falou: “tudo o que lhe peço é que me ajude a cometer o suicídio pela razão certa e não pela errada”. Não consegui fazê-lo e ela se matou no desespero de encontrar uma solução (Winnicott, 1963b/1994, p.74).

Aqui, o suicídio pode ser compreendido como uma morte que já aconteceu, sendo o ato suicida um modo de presentificar esse passado. Estamos falando de falhas ambientais radicais que aconteceram em um momento de dependência absoluta; podemos dizer que o bebê estava lá, quem não estava era o ambiente para fornecer o suporte necessário, sendo assim:

A morte, encarada desta maneira, como algo que aconteceu ao paciente que não era suficientemente maduro para experienciar, tem o significado de aniquilamento. É como se desenvolvesse um padrão no qual a continuidade do ser fosse interrompida pelas reações infantis do paciente às intrusões [*impingements*], com estas sendo fatores ambientais que se permitiu invadirem por falhas do meio ambiente facilitador (Winnicott, 1963b/1996, p. 75).

Dessa forma, serão pacientes que falarão de um vazio, de algo sem nome. Lembramos de uma paciente que comia compulsivamente na tentativa de sentir-se cheia, completa e não lidar com esse medo do vazio que a aterrorizava. Em sua análise, ela não falava de uma ideação suicida, mas de uma dificuldade em estar viva e acabava se colocando em situações de risco, como uso abusivo de álcool e de outras drogas. Porém, é só quando ela consegue entrar em contato com esse vazio na relação transferencial que a vida ganha um novo colorido e passa a poder ser vivida de modo menos caótica.

Winnicott aponta importantes caminhos para pensar a clínica com sujeitos que trazem o risco de suicídio, todas dizem respeito a uma falha ambiental precoce o que impõe ao infante uma necessidade de reação sem que ele esteja pronto para isso, sobretudo quando os indivíduos ainda estavam em um momento de dependência absoluta e não se reconheciam como sendo um eu diferente do ambiente. Quando o lactente precisa reagir, o que está sendo colocado em risco é a continuidade de ser, justamente o que está em questão quando o suicídio aparece como uma possibilidade.

Assim, seja uma agressividade não acolhida pela mãe ambiente, uma comunicação ruidosa, a constituição de falso *self* patológico ou uma agonia primitiva, estamos diante de falhas ambientais e de seus desdobramentos da vida psíquica de quem chega a nossa clínica. Ou seja, é um autor que não privilegia questões edipianas tal como outros estudiosos da psicanálise, mas que está mais interessado nos primeiros momentos da infância e na relação com o ambiente que se disponibiliza para estar com esse bebê.

Os pacientes que são marcados por uma falha ambiental grave nos momentos iniciais de sua vida serão aqueles com pouca capacidade de simbolização e aqui não estamos falando de uma resistência neurótica, mas de um vazio psíquico e uma dificuldade do sujeito em saber de si (Winnicott, 1960b/2007). A falha ambiental lança o bebê num vazio, com poucas trocas com o meio e, assim, eles chegam em nossas clínicas com uma dificuldade em falar sobre si e sobre seu corpo. Retomando a frase célebre freudiana usado no primeiro capítulo: “a sombra do objeto recai sobre o eu” (Freud, (1917[1915])/2016, p. 107) precisamos nos questionar quando o objeto nem faz sombra. Uma vez que pode haver inúmeras situações que ultrapassam a capacidade adaptativa do bebê.

O suicídio pode ser como uma morte psíquica que se atualiza no corpo, como são pacientes com pouca capacidade de simbolização, o ato suicida pode ser mais acessível e isso nos faz questionar nosso lugar enquanto analistas. Pois não estamos diante dos pacientes neuróticos clássicos tão bem descritos na obra freudiana e precisamos pensar no manejo clínico para além de uma teoria clássica.

Sob esse viés, entendemos que o analista precisa apresentar uma escuta sensível para localizar o paciente no seu processo de amadurecimento emocional, para não sermos intrusivos ou faltosos demais. Podemos fazer um paralelo com o conceito winnicottiano de *holding*, visto que ele também se preocupa com uma psicanálise que não esteja pautada em grandes interpretações. Acreditamos que é através de uma escuta sensível que talvez seja possível “resgatar o fio da vida através do fio da palavra” (Iannini, 2021, p. 16) e, assim, construir junto com nossos analisandos um modo menos desastroso de estar vivo.

Vimos com Ferenczi e Winnicott que o bebê precisa ser bem recebido em sua família e que muitos dos sofrimentos que escutamos em nossa clínica diz respeito as experiências traumáticas vivenciadas num momento precoce. O risco de suicídio pode estar associado a um contexto familiar traumático e, por isso, precisamos pensar no nosso manejo clínico para não reproduzir o trauma já experienciado. Esse será o fio condutor do próximo capítulo: qual o lugar do analista na clínica com sujeitos que trazem o suicídio como questão?

4

O analista suficientemente bom e o (re)pensar do manejo clínico

Pensava que, enquanto o paciente continua comparecendo, o fio de esperança não se rompeu (Ferenczi, 1931).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) formularam, em 2014, uma cartilha intitulada “Suicídio: informando para prevenir”. Com isso, foi proposto um contrato de não suicídio para pacientes que apresentam risco de autoextermínio, sobretudo aqueles com alto risco. A ideia é que esse contrato irá reduzir os índices e respaldar, de algum modo, o profissional. Em contrapartida, lembramos de uma fala de Maria Helena Junqueira proferida em um evento da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, em 2020, em que ela apresenta o caso de um jovem, em torno dos seus vinte anos, que se encontrava internado em uma clínica e estava sendo acompanhado vinte quatro horas por dia para se evitar uma nova tentativa de suicídio. No entanto, quando ele estava jogando cartas com seu cuidador, o jovem caiu da cadeira e constatou-se que ele se suicidou broncoaspirando o sangue da língua que ele mesmo havia cortado. Ela destaca esse caso para falar do forte ímpeto que muitos pacientes têm em morrer; além disso, ela fala do abalo que o analista pode sofrer ao ter um paciente morto por suicídio e, inclusive, um certo questionamento dos colegas de profissão.

Seguindo essa linha de pensamento, Cassorla (2021) também apresenta essa problemática ao trazer o caso de um psicoterapeuta que fazia sua análise pessoal com ele e chega muito aflito para uma sessão extraordinária que havia solicitado ao saber que um dos seus pacientes havia falecido de suicídio poucas horas antes. O psicoterapeuta se questiona em que ponto ele havia errado, sente medo dos julgamentos de seus colegas e dos familiares do paciente. Posteriormente, ele percebe que a vida do paciente não havia sentido e que a sua própria vida também não. Nas palavras de Cassorla:

A vida de F. não fazia sentido – e seu suicídio fez seu terapeuta redescobrir que sua própria vida também não fazia. Tomou consciência de que sua profissão, sua família, seus desejos, sua ambição, seus

ódios e amores, tamponavam seu terror pelo desconhecido. Frente a ele, ao desconhecido, nada mais tinha sentido (Cassorla, 2021, p. 60).

Uma outra problemática que surge é o questionamento sobre o psicólogo/analista ter errado no atendimento de um paciente que tenta suicídio. Nesse sentido, Faria (2018) revela que ele precisou se apresentar como um visitante de um paciente que estava internado após uma tentativa de autoextermínio e foi acusado pelos funcionários do hospital de que a análise do paciente era insuficiente. Quem atende pacientes que trazem o risco de suicídio precisa estar advertido de que não há uma fórmula mágica ou uma solução pronta: temos a palavra, o que transfere e o que faz vínculo, então, essa é a nossa aposta na clínica. Por isso, não nos parece fazer muito sentido um contrato escrito – como proposto pela Associação Brasileira de Psiquiatria e pelo Conselho Federal de Medicina – entre analista e analisando sobre a tentativa de suicídio. Além disso, consideramos importante destacar que não somos responsáveis pelos atos de nossos analisandos. Afirmamos isso, pois, como bem lembrou Maria Helena Junqueira, é muito comum que o analista seja julgado, inclusive por seus colegas de profissão.

Sendo assim, trabalharemos neste capítulo o lugar do analista na clínica com indivíduos que apresentam o risco de suicídio. Para isso, vamos recorrer ao pensamento ferenciano que questiona a própria formação do analista e o que ficou conhecido como sendo a clínica sensível, pois:

Ferenczi considerou fundamental manter-se em sintonia com o estado emocional de seus pacientes, visando criar meios terapêuticos que lhe franqueassem alguma forma de acesso ao que não pôde adquirir sentido. Podemos dizer que sua preocupação era desenvolver uma prática clínica que não fosse uma repetição do trauma, oferecendo um espaço para a regressão terapêutica (Fuchs & Peixoto Junior, 2014, p. 168).

Também lançaremos mão da regressão em análise em uma visão winnicottiana. Como vimos no capítulo anterior, Winnicott enfatiza em sua obra a importância do ambiente na constituição psíquica e destaca o papel da mãe suficientemente boa nesse percurso. Assim, não podemos esquecer que

(...) a relação com a mãe é sempre, embora em diferentes níveis, fonte de trauma, invasão, intromissão e efração, sendo necessário diferenciar aspectos estruturantes e desestruturantes do trauma. Isso conduz à reflexão de que, se, por um lado, é preciso evitar aspectos intensamente desestruturantes do trauma, por outro lado, certo nível de traumatização é preciso para que haja constituição psíquica saudável (Cintra, 2003, p. 53).

Em uma visão winnicottiana, a regressão em análise seria um manejo por meio do *holding* do analista, que oferece a oportunidade de o *setting* analítico funcionar como um ambiente suficientemente bom. Assim, iremos nos ater aos casos de falhas ambientais precoces nos quais se faz necessário o paciente regredir ao estágio de dependência absoluta dos cuidados fornecidos pelo ambiente para que, na melhor das hipóteses, ele possa, no *setting* analítico, descongelar os afetos que se encontram encapsulados, congelados e, posteriormente, haver a possibilidade de continuar a ser - tal como descrito na teoria winnicottiana.

4.1

Ferenczi e a clínica do sensível

Inicialmente, vamos recorrer ao pensamento de Sándor Ferenczi que postulou os princípios éticos para uma clínica do cuidado. Em seu célebre texto intitulado “Confusão de línguas entre adultos e crianças: a linguagem da ternura e da paixão”, Ferenczi (1933/2011) questiona o seu lugar enquanto analista, ele o faz ao pensar os pacientes que apresentavam uma melhora dos sintomas, mas, por outro lado, traziam uma forte angústia após a sessão de análise, além de refletir sobre o que o analisante falava a seu respeito, sem interpretar *a priori* o que estava sendo dito. Em suas palavras:

Ficava atento quando os pacientes me acusavam de ser insensível, frio, até duro e cruel, quando me censuravam por ser egoísta, sem coração e presunçoso, quando me gritavam: “depressa, ajude-me, não me deixe morrer nessa angústia” (Ferenczi, 1933/2011, p. 112).

Isso é muito singular na obra ferencziana, uma vez que o autor nos convoca a pensar nosso lugar enquanto analistas - e isso é de muita importância, já que, segundo ele, os pacientes são sensíveis aos humores do analista e o concebem com muita facilidade. Assim sendo, eles também percebem nossos erros e fracassos; o que Ferenczi (1933/2011) afirma é que não há uma recusa ou questionamento desses erros cometidos pelo analista, mas que “os pacientes *identificam-se* com eles” (Ferenczi, 1932/2011, p. 113, grifo do autor), tal como vimos a identificação com o agressor no capítulo anterior. No momento em que isso acontece, a análise reproduz a cena traumática já vivenciada pelo paciente. Em vista disso, temos uma importante questão: se não pensarmos nosso lugar enquanto analistas e reproduzirmos o trauma já experienciado, como isso pode ser visto por quem apresenta o suicídio como questão? E não estamos falando que somos responsáveis pela vida dos nossos pacientes, mas que precisamos (re)pensar nossa prática e manejo.

Para isso, precisamos saber das nossas próprias resistências e questões, logo faz-se fundamental a análise do analista para não chegarmos à “situação absurda de que, pouco a pouco, os nossos pacientes estão mais bem analisados do que nós” (Ferenczi, 1932/2011, p. 113). Desse modo, Ferenczi (1927-28/2011) afirma que a segunda regra fundamental da psicanálise é que o analista seja ele também analisado. Na atualidade, Kupermann (2017) nos questiona sobre as formações em psicanálise mais tradicionais: “se o tratamento psicanalítico pretende proporcionar a experiência máxima da expressão da singularidade, como submetê-lo a critérios padronizados e universais?” (Kupermann, 2017, p. 92). Certamente, as formações psicanalíticas têm o seu lugar mas podem engessar a forma de pensar a psicanálise quando exigem horas e horas de análise com o analista da instituição, são altos os valores das mensalidades e das próprias análises, e o mal-estar em fazer análise com quem te autorizará a ser analista ou não pois isso poderá gerar uma dificuldade no futuro analista de falar mais abertamente sobre suas questões e incômodos.

Retomando a discussão e pensando no manejo com indivíduos que trazem o risco de suicídio, é preciso estar inteirado de que, no encontro entre analista e analisando, não é a teoria que ganha destaque na sessão, mas o que está sendo dito e não dito na cena. Portanto, Ferenczi, convida-nos a pensar no que ele nomeou como sendo tato do analista e que conceitua como “*o tato é a faculdade do ‘sentir com’ (Einfühlung)*” (Ferenczi, 1927-28/2011, p. 31, grifos do autor). Anteriormente ele formulara:

Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, de uma questão de *tato* psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente (Ferenczi, 1927-28/2011, p. 31, grifo do autor).

Essa passagem ferencziana é de muita generosidade e respeito ao paciente que nos confia suas mazelas, uma vez que o autor nos convoca a olhar para a cena que acontece na análise e não ficarmos restritos ao que se dá nos livros. Por exemplo, não é raro ouvirmos que o silêncio do analisando funciona como uma resistência, mas, nesse trecho, Ferenczi, nos alerta que isso pode ser até mesmo inútil na sessão. Obviamente, o arcabouço teórico tem o seu lugar, porém a escuta clínica é algo muito singular que não se aprende nos livros ou nas aulas. É ímpar o que Ferenczi (1927-28/2011) nomeia como “tato” do analista, pois é pensado no um-a-um, no manejo de

cada caso que escutamos em nosso ofício. Assim, é imprescindível que o analista fale com o paciente e não do paciente, para não reforçarmos a clivagem do ego existente nos pacientes que são marcados pelo trauma, e porque se corre o risco de a análise ficar pautada em algo mais intelectualizado - reforçando o congelamento dos afetos que se encontram encapsulados. Não podemos perder de vista que indivíduos que apresentam o risco de suicídio podem possuir poucos recursos psíquicos que possibilitem a elaboração dos seus sofrimentos, isso pode lançar uma análise baseada no campo no intelecto, o que mantém os afetos inacessíveis

Seguindo essa linha de pensamento e trazendo-o para a contemporaneidade, Kupermann (2017) afirma que desde a criação da psicanálise ela pode ser considerada uma prática do cuidado, mas foi somente em 1928, com Sándor Ferenczi, que isso ficou mais claro, uma vez que:

O princípio da abstinência no campo transferencial e o primado da interpretação cederam – gradativamente lugar, na história da constituição do campo psicanalítico, a um estilo clínico caracterizado pelo privilégio atribuído aos princípios para uma ética do cuidado em Psicanálise: a hospitalidade, a empatia e a saúde do analista (Kupermann, 2017, p. 17).

Logo, a partir da hospitalidade, da empatia e da saúde do analista vamos pensar a clínica com sujeitos que trazem o risco de suicídio. Contudo, primeiro vamos entender do que se trata esses conceitos e, para isso, retomaremos brevemente o que foi discutido no capítulo anterior. Tanto Ferenczi quanto Winnicott, de modo geral, valorizam os cuidados fornecidos pelo ambiente na constituição psíquica e, para tal, é necessário que alguém se disponibilize de maneira suficientemente boa a essa tarefa. Foi Ferenczi quem primeiro valorizou o lugar em que nasce e vive uma criança, visto que “seu olhar passou a recair não mais na pressuposta experiência individual do sujeito pulsional, mas na percepção, nada cartesiana, de uma indiscernibilidade entre o bebê e o ambiente – a família – que o acolhe” (Kupermann, 2017, p. 20). Quando ele escreve “Adaptação da família à criança”, em 1928, ele está fazendo uma torção cultural na medida em que, antes disso, acreditava-se que era a criança quem precisava se adaptar a sua família. Mas Ferenczi vem afirmar o oposto e isso vem sendo cada vez mais estudado e aceito no meio acadêmico e no social. Atualmente os pais se encontram muito mais preocupados com a criação dos filhos, mas parece que estamos diante de um outra problemática: por um lado vemos o crescente interesse dos pais numa criação mais respeitosa dos seus filhos, por outro temos visto o aumento de casos de suicídio em crianças e adolescentes. O próprio boletim epidemiológico assinala que:

O desenvolvimento desses jovens, com menos mecanismos para lidar com frustrações e adversidades (menor resiliência) e dificuldades em adiar o prazer (imediatismo) podem também ser fatores sociais que influenciam no desencadeamento de quadros mentais que têm contribuído com o aumento do suicídio (Brasil, 2017, p. 7).

Parece que há muito interesse em livros e conteúdos na internet que falem sobre a criação dos filhos e muitas técnicas que ensinam o desmame, o desfralde, fase escolar e todas as etapas da vida de uma criança. Mas não podemos esquecer, como já afirmou Winnicott (1956/2021) que não se aprende a ser uma mãe suficientemente boa. Isso diz da fase da própria mãe quando criança e na relação ela irá conseguir estabelecer com o filho. O que nos faz pensar, tal como vimos com Ferenczi (1927-28/2011), que se trata muito mais de uma questão de tato do que de intelecto.

É importante destacar que não estamos fazendo nenhum recorte dos casos que chegam em nossa clínica, se são crianças, adolescentes ou adultos, mas pensando, de modo geral, nos indivíduos que apresentam o risco de suicídio. Assim, voltando a ideia central no texto, vamos refletir sobre o conceito de hospitalidade, o qual deve-se oferecer ao paciente “desfrutar pela primeira vez a irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos de vitalidade positivos e razões para continuar existindo” (Ferenczi, 1929/2011, p. 51). Nesse momento, lembramos de uma paciente que opta pelo suicídio durante o percurso analítico e, em um primeiro momento, foi necessário resgatar com ela o que a ligava à vida, em uma tentativa de lembrá-la do que ela mesma já havia dito em análise. Depois de alguns anos na análise, após a morte de uma pessoa próxima, ela consegue verbalizar algo no sentido de não precisar morrer sempre que alguém morre. Ela fala isso após perceber que saiu da situação de vulnerabilidade socioeconômica em que se encontrava e quando se torna um pouco mais protagonista do seu sofrimento psíquico, assim ela apresenta a cena de um transporte público que sempre era visto como um instrumento que poderia ser usado para a morte, mas agora pode ser entendido como algo que a leva para onde ela quer ir e possibilita conhecer novos lugares – ou seja, ela conseguiu efetuar um outro sentido para o transporte público, que passou a apresentar outras possibilidades. Tal como nos mostrou Ferenczi (1929/2011), foi preciso, nesse caso específico, introduzir razões para se continuar existindo através do que a própria paciente havia dito, agora podia-se pensar uma psicanálise mais pautada na interpretação. Destacamos isso para lembrar que o percurso do processo analítico apresenta um ritmo próprio com cada paciente e nosso papel é respeitar esse ritmo.

Retomando o que foi proposto por Kupermann (2017), a empatia pode ser entendida como a capacidade do analista de afetar e de se permitir ser afetado pelo outro, além de ser também um

resgate da dimensão sensível do encontro terapêutico. A interpretação, ao invés de ser considerada um instrumento privilegiado do qual dispõe o psicanalista para o exercício do seu ato, torna-se subordinada à qualidade dos afetos que circulam entre analista e analisando (Kupermann, 2017, p. 22).

Dito isso, podemos pensar a empatia como um “sentir com” e ser cauteloso ao devolver algo para o paciente e não se antecipar nas interpretações que podem ser sentidas como algo intrusivo aos pacientes mais regredidos. A técnica clássica psicanalítica sugere o princípio de abstinência, e isso gera angústia. Então, como indivíduos marcados pela cisão do ego vão suportar essa angústia? Pois

essa forma de conceber o trabalho analítico é desenvolvida pelo psicanalista húngaro, mais precisamente em “Princípio de relaxamento e neocatarse” (Ferenczi, 1930/1992), artigo que marca a ruptura com a clínica da época e também com a técnica ativa, já que esta tinha como base o princípio de abstinência. Aos poucos, Ferenczi foi percebendo que a atitude do analista com os pacientes traumatizados precisava ser outra; considerava a atitude fria ou mesmo hipócrita por parte do analista um mal a ser erradicado da clínica psicanalítica. (Fuchs & Peixoto Junior, 2014, p. 173).

Dessa forma, corre-se o risco de reproduzir uma cena traumática com neutralidade e frieza, pois isso pode dar indícios de que o analisando não é bem-vindo no espaço analítico - assim como o bebê já foi um hóspede não bem-vindo em seu berço familiar. Então a insensibilidade do analista faz o paciente desaguar no trauma já experienciado (Ferenczi, 1932/1990). Ademais, vimos no segundo capítulo, junto com Estellita-Lins (2012), inúmeras falas traumáticas que marcam os sujeitos que buscam atendimento após uma tentativa de suicídio. Desse modo, não só o analista como todo o serviço de saúde proporciona possivelmente uma atualização da situação traumática vivida pelo indivíduo, e isso acaba complicando muito o caso clínico. Por esse motivo, carecemos sempre de lembrar que nosso trabalho é a escuta singular de quem nos procura.

Outro aspecto importante a se pensar é quando Ferenczi trata da elasticidade da técnica e precisamos saber até onde vai esse elástico, pois a clínica com pacientes que trazem o risco de suicídio exige do analista que ele (re)pense sua prática clínica. Por exemplo, em meados de 2020 o Brasil e o mundo estavam sofrendo com o aumento dos casos de COVID-19 e o recomendado por todos os serviços de saúde era o distanciamento social, o atendimento *on-line* de psicólogos e psicanalistas era o mais indicado. Neste momento, uma paciente específica que apresentou fortes ideações suicidas precisou de um manejo específico pensado pela analista. Por sua vez, a

analista sugeriu um atendimento presencial com ela e com uma pessoa que morava com ela, pois era necessário, naquele contexto específico, esse encontro no qual a analisante pudesse ser vista por inteiro, além de convidar uma terceira pessoa para a sessão. Tudo foi feito mantendo um certo distanciamento e o uso de máscaras, de forma pontual, funcionando para o caso citado. Não estamos, desse modo, falando de grandes interpretações, mas de oferecer ao paciente o que está sendo necessário naquele instante.

Trabalhamos sempre com o um a um no nosso ofício, e os pacientes que apresentam o risco ou tentativa de suicídio no percurso da análise vão exigir de nós outras formas de manejo, como convidar alguém próximo para uma sessão, visitar o hospital quando a pessoa se encontra hospitalizada, marcar sessões extraordinárias, atender uma ligação em um horário não combinado - além de outros recursos de acesso ao inconsciente como o uso de desenhos, mesmo por pessoas adultas, etc.. Trouxemos um exemplo disso no segundo capítulo através de um trabalho de Hirata (2020), no qual produziu-se uma peça teatral com um analisante que era atendido em sua própria residência. Claro que isso precisa ser acordado entre o par analista-analisante, e, voltando ao pensamento ferencziano, precisamos saber até onde vai a elasticidade da técnica inclusive para os analistas.

Sob essa ótica ainda, pensando nos desenhos e na arte como forma de expressar algo que não aparece em palavras, vamos recorrer a um trabalho do jovem Susano Correia que contou com uma exposição intitulada “À melancolia”, aberta ao público de março a abril de 2022, na Galeria Objectos do Olhar, em São Paulo, além de também expor seus trabalhos nas redes sociais. Uma obra chamou muito a atenção e recebeu como título “Homem matando uma ideia de morrer”, que mostra uma cadeira amarrada por uma corda e um homem deitado no chão, de modo que o homem olha a cadeira pendurada. Na exposição em São Paulo, uma cadeira foi pendurada e muitos visitantes se deitavam no chão e tiravam foto, reproduzindo a arte a seguir:

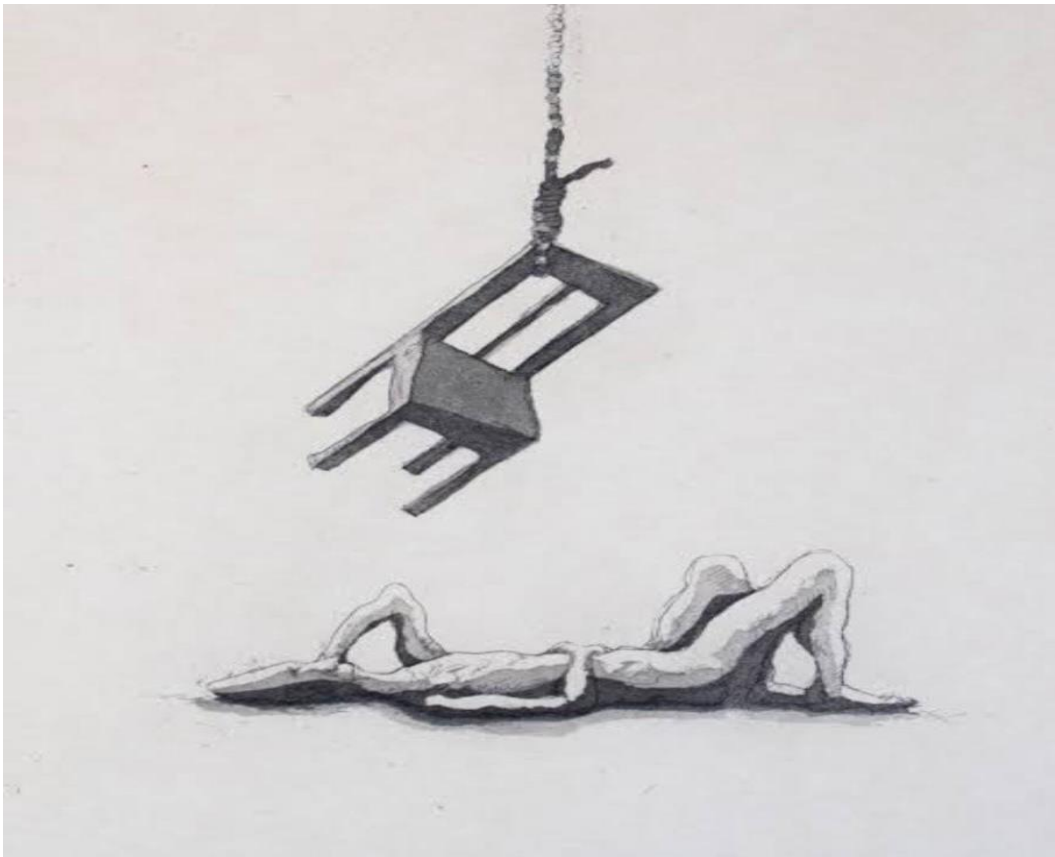


Figura 1: Homem matando uma ideia de morrer (Correia, 2020).

Esta obra comunica que a arte pode ser usada como um recurso para acessar o inconsciente daqueles que estão em nossas clínicas, uma vez que verbalizar e elaborar o sofrimento psíquico pode ser difícil para alguns pacientes e que precisaremos lançar mão de outros recursos. Os elementos da obra nos levam a considerar que esse homem já pensou em suicídio, mas que, ao menos por hora, opta por não fazê-lo, ao mesmo tempo que coloca uma cadeira em seu lugar e a olha meio fascinado pela ideia.

Por questões éticas não iremos utilizar os desenhos de uma paciente que se encontra em percurso de análise e que os usa como uma ferramenta para falar de si. Neste caso, tanto a psicanalista quanto a psiquiatra que a acompanhavam se utilizavam desse recurso como forma de acesso ao inconsciente, e isso tem se mostrado bastante interessante no caso citado. Obviamente esse recurso não irá funcionar com todos que chegam aos nossos consultórios, mas podemos usar outros, como o homem que era atendido em casa, pois ele apresentava muitas dificuldade em sair e ir ao consultório, até que um dia ele espera a analista no portão de sua casa e a convida para caminhar. Depois desse dia muitas sessões foram realizadas na rua, caminhando, até que ele conseguiu ir ao consultório e as sessões passaram a acontecer lá. Tudo isso nos remete

à elasticidade da técnica psicanalítica que também pode envolver desenhos e caminhadas.

Esses são exemplos de situações clínicas em que, apesar da dificuldade e do sofrimento em falar de si, houve saídas e apostas realizadas pela analista. Mas, por outro lado, também precisamos estar atentos ao que o paciente irá atuar na clínica como, por exemplo, esquecer das sessões, chegar sempre atrasado, errar o dia ou a hora do atendimento. Isso pode ser muito comum quando estamos diante de casos mais delicados. Às vezes, falar sobre algo pode beirar ao insuportável para o paciente e o chegar atrasado pode ser uma maneira que ele encontra de nos dizer isso. Sobre esse assunto, Ferenczi nos diz que

sem dúvida, Freud tem razão em ensinar-nos que a análise obtém uma vitória quando consegue substituir o agir pela rememoração; mas penso haver também vantagem em suscitar um material atuado importante, que poderá em seguida ser transformado em rememoração (Ferenczi, 1931/2011, p. 84).

Ou seja, precisamos estar atentos ao que será atuado na clínica e compreender que isso é também material de trabalho, sobretudo nos casos difíceis em que esse caminho pode ser mais tranquilo para ele, assim,

as expressões não verbais (comportamentos, repetições ou *acting outs*) adquirem a mesma importância das comunicações verbalizadas, uma das principais tarefas do analista é traduzir para o paciente seus comportamentos primitivos que ainda prescindam da linguagem, não apenas como um intérprete, mas como o que Balint chama de 'informante', ajudando o paciente a se dar conta do que vinha fazendo na situação analítica (Peixoto Junior, 2013, p. 65).

Poderíamos trazer inúmeras situações clínicas nas quais algo da atuação do paciente aparece, ou condições que exigem manejos clínicos que não são entendidos como tradicionais - isto é, analista e analisante em uma sala e o analisante no divã. Certamente, pessoas que trazem o suicídio como questão irão nos exigir outros modos de estar na clínica. O atendimento *on-line* foi um desafio para os analistas durante a pandemia, sendo que muitos se mostraram resistentes a essa modalidade. Não iremos prolongar o tema da análise *on-line*, mas cabe ressaltar que o modo de atender e o manejo clínico precisa ser pensado diante de quem estamos atendendo e do momento em que estamos vivendo. Sendo assim, a clínica psicanalítica não é algo fixo, imóvel, e Ferenczi nos mostra isso o tempo todo em sua obra e nos convoca a pensar o nosso lugar. Por isso escolhemos esse autor para nos apoiar nessa reflexão enquanto

analistas nessa clínica tão específica. Há uma longa citação dele que pode muito nos auxiliar:

Mas, no momento de um novo traumatismo, muito mais forte, o santo protetor deve confessar sua própria impotência e seus embustes bem-intencionados à criança martirizada, e nada mais resta, nessa altura, senão o suicídio, a menos que, no derradeiro momento, se produza algo de favorável na própria realidade. Essa coisa favorável a que nos referimos em face do impulso suicida é o fato de que nesse novo combate traumático o paciente não está inteiramente só. Talvez não lhe possamos oferecer tudo o que lhe 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, efetuado o primeiro passo, é permitido contentar-se com o que a vida oferece, apesar de tudo, não rejeitar tudo em bloco, mesmo o que ainda poderia ser utilizável (Ferenczi, 1934/2011, p. 134-135).

Aqui consideramos ser pertinente uma psicanálise que não esteja pautada em grandes interpretações, mas que permita uma confiabilidade no *setting* analítico (Dias, 2014). Faz-se necessário que o analisante viva toda a sua miséria junto com a presença viva do analista. Torna-se preciso que os analistas não tenham medo ou receio de ouvir o indivíduo quando ele fala sobre o suicídio, por isso o tal contrato proposto pelo CFM e pela ABP pode impedir que o indivíduo fale de si e do seu sofrimento mortificante, além de que

O psicoterapeuta precisa ser capaz de sentir-se suficientemente transtornado para sentir pelo paciente e, ao mesmo tempo, suficientemente sadio para pensar com ele, até que o ego do próprio paciente – seu *self* pensante – cresça o suficiente para fazê-lo por si mesmo (Alvarez, 1936/2021, p. 12).

No rastro desse pensamento, no “Diário Clínico” escrito por Ferenczi e publicado somente trinta anos após a sua morte, há uma nota que data de 31 de janeiro de 1932 em que ele pontua que “parece que os pacientes não podem acreditar, pelo menos não completamente, na realidade de um evento, se o analista, única testemunha do que se passou, mantém sua atitude fria, sem afeto e, como os pacientes gostam de dizer, puramente intelectual” (Ferenczi, 1932/1990, p. 57). Sobre isso, Alvarez (1936/2021, p. 12) também comenta que “o psicoterapeuta é testemunha da luta desses pacientes para se tornarem sadios e dos esforços exaustivos para assim permanecer; a atração que a loucura exerce pode ser tremenda, inclusive para o analista”.

Cumpramos destacar ainda que quando falamos sobre o tato do analista, elasticidade da técnica e acolhimento, não estamos dizendo que o paciente precisa ser querido, mas que ele tenha um lugar para experienciar suas questões e oferecer um

estofo narcísico para depois ser mais possível lidar com as frustrações. O próprio Ferenczi (1932/1990) convoca-nos a pensar até onde precisa ir a bondade do analista e nos alerta que, em algumas situações, isso pode ser até mesmo prejudicial ao caso, já que facilmente a bondade pode ser confundida com pena ou algo semelhante. Isso nos remete a uma paciente que já apresentou algumas tentativas de suicídio e, ao falar sobre essa questão em sua análise, disse que era a primeira vez que estava sendo escutada e acolhida sem que isso envolvesse um sentimento de pesar por parte da analista. Certamente, o indivíduo que apresenta o suicídio como questão está sofrendo psiquicamente e precisamos trabalhar esse sofrimento em sua análise não sentindo piedade por ele. Por outro lado, não podemos esquecer que “se essa benevolência vier a faltar, a criança vê-se sozinha e abandonada na mais profunda aflição, isto é, justamente na mesma situação insuportável que, num certo momento, a conduziu à clivagem psíquica e, por fim, à doença” (Ferenczi, 1932/2011, p. 115).

E, para escutarmos o sofrimento daquele que nos procura e agir diante dele, precisamos, nós analistas, estar advertidos de nossas próprias questões e, para isso, é essencial a análise do analista, como já mencionamos, e pensar, como aponta Kupermann (2017), na saúde do analista: é prudente que também tenhamos um lugar para cuidarmos de nós. Nas palavras de Ferenczi:

É aí que nos defrontamos com resistências não desprezíveis, não as do paciente, mas as nossas próprias resistências. Devemos, antes de tudo, ser analisados muitíssimo bem, e conhecer a fundo todos os nossos traços de caráter desagradáveis, exteriores ou interiores, a fim de estarmos prevenidos para quase tudo o que as associações dos nossos pacientes possam conter de ódio e de desprezo escondidos (Ferenczi, 1932/2011, p. 113).

Vimos no capítulo anterior, junto com Winnicott, que pacientes que trazem o risco de suicídio não puderam contar com um ambiente suficientemente bom no início de suas vidas, e isso deixa marcas observadas ao longo da vida. Dentre tantos desdobramentos que um ambiente traumático pode oferecer, temos a agressividade a qual, muitas vezes, pode ser endereçada ao analista. É importante que estejamos suficientemente bem analisados, para podermos sobreviver à destrutividade ocasionada por um discurso mortífero tão forte a fim de que não retaliemos a agressividade, por exemplo, mas que possamos proporcionar um espaço em que ela seja acolhida através da sobrevivência do analista.

Seria possível, aqui, enveredarmos em outro tema importante e muito complexo dentro da psicanálise que é a contratransferência, mas consideramos que esse não é o foco do nosso trabalho. Ainda gostaríamos de deixar um pequeno comentário sobre

isso, recorrendo a um trabalho do psicanalista Flávio Del Matto Faria, que, em 2018, publica o artigo “Algumas considerações sobre a questão da transferência e da contratransferência na clínica do suicídio”. Nele, o autor destaca um caso clínico de um jovem que apresenta algumas tentativas de suicídio no percurso de análise, e o autor, de forma muito delicada, aponta que ele, enquanto analista, errou ao ceder a uma demanda dos pais do jovem para que diminuísse o número de sessões semanais.

E porque pude estar quando mesmo tendo falhado e tendo sido tomado pelo sentimento de inutilidade de todo o trabalho feito até sua tentativa de se matar, permaneci com ele, em alguns momentos mesmo sem ter muita clareza dos porquês de minha permanência. Penso que esses dados podem ser compreendidos e interpretados de múltiplas formas, mas não abro mão de uma delas: permaneci porque estava identificado muito primitivamente com sua necessidade de ser e a partir dessa identificação, abandoná-lo teria sido também um modo de me abandonar. Nesse aspecto, vale lembrar os riscos apontado por Winnicott de um trabalho desse tipo quando nos pergunta, referindo-se à questão do uso ou não do reassseguramento: e se o analista também fosse um suicida? (Faria, 2018, p. 42).

Repetimos que é preciso estar com a análise pessoal em dia com o intuito de não nos misturarmos com os pacientes que apresentam o risco de suicídio, uma vez que acreditamos que só assim conseguiremos ouvir seu sofrimento e ainda olhar como esse discurso pode nos afetar. Como bem afirmou Cassorla (2021), todos nós já pensamos em morrer, e o analista, psicólogo ou qualquer outro profissional da área da saúde mental pode, sim, tentar o suicídio. O perigo é quando a fala do paciente nos afeta ao ponto de também pensarmos no suicídio como uma possibilidade frente ao nosso sofrimento.

4.2

A possibilidade do *vir a ser* e a regressão em análise

Ao longo de sua obra Winnicott também nos convida a pensar nosso lugar enquanto analista. Quem é familiarizado com a sua teoria percebe que ele pensa uma psicanálise muito articulada com a clínica e seus artigos são repletos de casos e discussões, sendo possível afirmar que é um autor mais interessado na clínica e menos na metapsicologia. Pensamos a função do analista como uma metáfora para uma mãe ambiente que fornece os cuidados necessários ao infante para que ele possa seguir, da maneira menos ruidosa possível, o percurso do amadurecimento emocional. No entanto, como vimos anteriormente, muito de nossos pacientes não puderam contar

com esses primeiros cuidados e são marcados por falhas ambientais precoces, o que pode trazer prejuízos a sua vida. Sendo assim, acreditamos que indivíduos que apresentam o risco de suicídio são, de modo geral, essas pessoas marcadas por falhas ambientais primitivas e não puderam estabelecer um verdadeiro *self*. Por isso, como já dito, são pacientes com pouca simbolização e dificuldade em verbalizar o que estão sentindo de associar livremente e elaborar suas questões (Peixoto Junior, 2013). Talvez, por esse motivo, o ato suicida pode ser uma via para extinguir o sofrimento psíquico tão intenso e mortífero, instigando o manejo na clínica a ofertar uma possibilidade de *vir a ser*, pois muitos dos nossos pacientes irão experimentar, pela primeira vez em suas vidas, o *holding* e o ambiente suficientemente bons no *setting* analítico, ou seja,

se, por um lado, as sensações de fragilidade e desamparo conduzem ao desespero, por outro, o traço mais forte do *holding* é dar apoio à ilusão de ter poder. Mesmo na vida adulta, é preciso manter certo grau de crença na onipotência para compensar a desigualdade entre as dificuldades da vida cotidiana e os recursos de que disponibilizamos para enfrentá-las. O *holding* garante, pois, uma reserva de onipotência necessária à vida para que se sinta esperança no futuro (Cintra, 2003, p. 41-42).

Logo, podemos compreender o *holding* como a mãe ambiente – uma presença que não se faz notar, que oferece o suporte através do cuidado. Sobre isso, Abram (1996, p. 136) afirma que “é em função do holding suficientemente bom que o bebê torna -se apto para desenvolver a capacidade de integrar a experiência e desenvolver um sentimento de ‘EU SOU’” (grifo da autora). Não podemos esquecer que vimos com Ferenczi a necessidade do analista se manter vivo durante as sessões para que não se reproduza o trauma já experienciado e, para isso, é importante que o analista esteja ele também em um processo de trabalhar suas misérias, uma vez que é preciso ser cuidado pelo outro para poder cuidar. Então, como nos alerta Winnicott:

Aquilo que passamos a poder fazer é ajudar o paciente a seguir um *processo*, processo este que em cada paciente tem seu próprio ritmo e traça seu próprio curso. Todos os aspectos importantes desse processo originam-se no paciente, e não em nós como analistas (Winnicott, 1954/2021, p. 462-463, grifos do autor).

Seguindo essa linha de pensamento, temos um complicador quando o paciente apresenta o suicídio como questão, pois é de suma importância que estejamos cientes de que não somos responsáveis pela vida de nossos pacientes e que, como vimos, o suicídio engloba múltiplos fatores e não podemos nos incumbir de todos eles. Como nos aponta Winnicott (1954/2021), podemos ajudar o paciente a seguir o seu processo, mas

isso só é possível a partir da escuta singular de cada pessoa que chega a nossos consultórios. O suicídio já é um tema carregado de estigmas e preconceitos, e nós, analistas, não podemos reproduzi-los. Devemos pensar quem é essa pessoa que nos procura pedindo atendimento: Ela veio sozinha? Acompanhada? Encaminhada por algum serviço de saúde? Enfim, são muitas nuances que precisamos olhar para pensar no caso.

Ademais, é importante compreendermos quem é essa pessoa que nos procura e em qual o momento do seu processo de amadurecimento emocional ela se encontra. De maneira muito didática, Winnicott (1954/2021) nos convida a pensar sobre isso e divide em três grandes categorias. A primeira delas são as pessoas inteiras, que seriam aquelas afortunadas, pois puderam contar com um ambiente suficientemente bom no início de suas vidas e suas “dificuldades estão no âmbito dos relacionamentos interpessoais” (Winnicott, 1954/2021, p. 463). Esses serão pacientes que muito se beneficiaram da técnica clássica freudiana, ou seja, ele tem recursos psíquicos para associar livremente e compreender uma interpretação do analista, por exemplo. Muito possivelmente serão pessoas que não irão pensar, planejar e executar o suicídio diante de um sofrimento psíquico.

A segunda categoria diz respeito àqueles casos em que “a personalidade está começando a se tornar algo que poderíamos, com segurança, descrever como inteiro” (Winnicott, 1954/2021, p. 463). Sendo assim, são pacientes que possuem alguns recursos psíquicos que podem ser entendidos como mais sofisticados, ou seja, chegaram ao estágio de consideração, o qual foi brevemente descrito no capítulo anterior. Nesse grupo, encontramos indivíduos mais integrados, de modo, que o suicídio como uma possibilidade frente ao sofrimento psíquico talvez não aconteça.

A terceira categoria é que muito nos interessa neste trabalho, se refere àqueles

pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, até o estabelecimento da personalidade como uma entidade e antes da aquisição do *status* de unidade em relação a espaço-tempo (...) a respeito desse terceiro grupo, a ênfase recai mais frequentemente sobre o manejo, e por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, com o manejo ocupando a totalidade do trabalho (Winnicott, 1954/2021, p. 463-464).

Dito de outro modo, são aqueles pacientes que apresentam falhas ambientais muito precoces no processo de integração e trazem grandes prejuízos no que podemos entender como uma unidade de si mesmo. Esses indivíduos, muito possivelmente, podem ver no suicídio uma saída para o sofrimento psíquico, visto que, como nos mostrou Winnicott (1963b/1994), apresentarão as agonias impensáveis, o medo de

cair no vazio e um terror difícil em ser nomeado. Como são indivíduos com poucos momentos de maior integração, a interpretação pode ser muito nociva nesses casos, uma vez que esses pacientes, talvez, não se encontrem prontos para compreendê-las. A interpretação pode estar correta e, eventualmente, possa ser usada futuramente num momento em que o paciente esteja pronto para compreendê-la. Nesses casos, o manejo será protagonista da direção do tratamento, ou seja, é o *setting* analítico que irá funcionar como um ambiente suficientemente bom (Dias, 2014).

Pensando nisso, um dos manejos possíveis é a regressão em análise, visto que “na terceira categoria está o desenvolvimento emocional primitivo, no qual é necessário que a mãe esteja segurando concretamente a criança” (Winnicott, 1954/2021, p. 464). Não podemos esquecer que “sentir-se alguém real e habitar o próprio corpo só se tornam possíveis através do *holding* e do *handling* maternos, ou vividos numa experiência profunda de análise” (Cintra, 20113, p. 43). Assim sendo, a regressão em análise é uma experiência mais interpessoal e menos intrapsíquica, é oferecer a possibilidade de o analisando regredir ao estágio de dependência absoluta dos cuidados ambientais. Como podemos ver com Abram (1996),

a regressão à dependência pode se dar no *setting* analítico como uma forma de reviver o ainda não experimentado trauma sucedido no momento da falha ambiental precoce. O *setting* analítico fornece a potencialidade para que o paciente experimente um ambiente de *holding*, provavelmente pela primeira vez. Esse *holding* propicia ao paciente a esperança inconsciente de que, em alguma oportunidade, o trauma original brotará para ser vivido e, portanto, vir à luz. Essa experiência, por sua vez, possibilitará ao paciente, enquanto regredido à dependência, buscar e descobrir o verdadeiro self. Essa busca, dentro do contexto da relação analítica, participa do processo de cura (Abram, 1996, p. 204, grifos da autora).

Precisamos nos lembrar que um ambiente traumático implica na constituição de um falso *self* patológico, e há uma perda da esperança e um sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida em alguns casos, dado que “a falha no cuidado adequado leva à desintegração e não a um retorno ao estado de não-integração” (Fuchs & Peixoto Junior, 2014, p. 171). Não podemos esquecer que o trauma ocorre da necessidade em reagir as intrusões ambientais, assim precisamos pensar numa psicanálise que possibilite ao paciente ser e não reagir. Esse contraponto é essencial nessa discussão, pois como já mencionado anteriormente, é justamente a questão de continuar a ser que está em risco no suicídio. Por esse motivo a regressão ao estágio de dependência absoluta pode oferecer a possibilidade do descongelamento dos afetos encapsulados e, em muitos casos, isso possibilita uma vida pautada no verdadeiro *self*, ou seja, no gesto espontâneo, na criatividade (Reghelin, 2016). Recordamos de uma paciente que

tentou o suicídio no percurso de análise, ela traz uma cena em que se vê partida num espelho quebrado e a partir dessa imagem ela se dá conta da sua própria cisão psíquica. Para ela, isso é assustador e o suicídio se torna uma possibilidade. Talvez essa fissura escancarada pelo espelho nunca se feche completamente, mas pode se tornar menos cindida e mais integrada. Assim, há o sentimento de que, apesar dos percalços, a vida vale a pena ser vivida. Desse modo, a função do analista é oferecer esperança, como pontuado por Ferenczi (1929/2011). Isso acontece através da presença do analista que se encontra disponível para acolher o discurso mortífero dito e atuado no processo de análise.

É importante ressaltar que o conceito de regressão em análise pode causar certa confusão entre os próprios psicanalistas. Sendo assim, vamos trazer a ideia tal como apresentada por Winnicott em seu artigo “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico”, publicado originalmente em 1954, em que ele postula: “para mim regressão indica simplesmente o contrário de progresso. Esse progresso em si mesmo consiste na evolução do indivíduo, psicossoma, personalidade e mente junto com (finalmente) a formação do caráter e socialização” (Winnicott, 1954/2021, p. 466). Como vimos, um ambiente traumático quebra a experiência de continuar a ser, por esse motivo não há progressão possível sem que haja regressão a esse contexto traumático, destacando que nem todos os pacientes estarão disponíveis para acessar esse momento. Mas, por outro lado, quando o paciente nos convida a entrar nesse processo de regressão, faz-se necessário oferecer-lhe a possibilidade de continuar sendo com maior inteireza psíquica possível para cada caso.

Afirmamos, então, que a regressão em análise possibilita o descongelamento dos afetos que se encontram encapsulados devido ao trauma experienciado em um momento precoce (Winnicott, 1954/2021, Reghelin, 2016).). É graças ao ambiente que há esse congelamento, e é também graças a ele que é possível haver algum descongelamento. A grande diferença é que o *setting* analítico pode inaugurar a possibilidade de reviver a cena traumática em um lugar seguro e acolhedor. Como nos aponta Winnicott,

(...) há a pressuposição inconsciente (que pode transformar-se numa esperança consciente) de que em algum momento futuro haverá a oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida, com o indivíduo num estado de regressão dentro de um ambiente capaz de realizar a adaptação adequada (Winnicott, 1954/2021, p. 467).

Aqui nos lembramos de uma criança que se encontrava em atendimento psicanalítico por cerca de um ano e, em um determinado atendimento, ela chega quieta,

sem nada dizer, mostrando certa resistência em entrar no consultório - o que nunca havia acontecido antes. Em um primeiro momento, a psicanalista permite que um de seus responsáveis entre e, posteriormente, a própria criança sinaliza que quer ficar sozinha com a profissional que tenta entender o que estava acontecendo e interroga a criança em alguns momentos, até que o infante senta em seu colo e chora copiosamente. Em seguida, ela faz um desenho e segue assim em silêncio nas sessões subsequentes e, após algum tempo, ela começa a falar de si com muito mais propriedade e passa a elaborar melhor sua conturbada história de vida. Acreditamos que esse seja um exemplo de regressão em análise em que não havia interpretações, era necessário que o analista estivesse ali de forma viva e presente, suportando esse choro que era tão sofrido, apesar de, inicialmente, ela também não saber, de forma exata, o que estava acontecendo nesse atendimento. Nas palavras de Winnicott,

é como se houvesse uma expectativa de que surgissem condições favoráveis que possibilitassem a regressão e oferecessem uma nova oportunidade para o avanço do desenvolvimento, que havia sido inicialmente impossibilitado ou dificultado devido a uma falha ambiental (Winnicott, 1954/2021, p. 465).

Quando estamos diante de indivíduos que trazem o suicídio como questão e que já perderam todas as esperanças em continuar existindo, a regressão em análise pode ser um manejo muito interessante. Nesse momento, recordamo-nos de uma paciente que apresentava fortes ideias suicidas e, para ela, a morte era a única forma de se livrar de seu intenso sofrimento psíquico. Um certo dia ela escreve uma mensagem para sua analista, dizendo ter perdido todas as esperanças e não via mais razões para continuar existindo. Essa jovem entra em um longo processo de regressão e, em uma determinada sessão, ela diz como estava sendo importante saber que tinha alguém que estaria esperando por ela no horário marcado e que se interessava pelo que ela estava dizendo - além de buscar uma rede de apoio para a paciente como conversas regulares com o psiquiatra e com a pessoa que morava com a jovem. Ela precisava desse estofo narcísico para que, depois, fosse possível elaborar o que era esse desejo de morrer. De modo pedagógico, Winnicott, mostra-nos como ocorre a regressão em análise:

- Provisão de um *setting* que proporcione confiança.
- Regressão do paciente à dependência, com a devida consciência dos riscos envolvidos.
- O paciente tem a noção de um novo senso de si, e o *self*, até aqui oculto, rende-se ao ego total. Nova progressão do processo individual que estava paralisado.
- Descongelamento de uma situação de falha de ambiente.
- A partir da nova posição de força do ego, raiva relativa à falha inicial, sentida no presente e expressada.

- Saída da regressão à dependência, em progressão organizada em direção à independência.
 - Desejos e necessidades instintivos tornam-se realizáveis de modo genuinamente e viva.
- E tudo isso repetindo-se inúmeras vezes* (Winnicott, 1954/2021, p. 475, grifos nossos).

Como analisamos no capítulo anterior, quando há uma falha ambiental o falso *self* surge como uma defesa frente a isso (Winnicott, 1960b/2007). E o suicídio pode ser justamente um último gesto de desespero em proteger o verdadeiro *self* (Winnicott, 1960b/2007, Faria, 2007). Dessa forma, não podemos perder de vista que a vida que vale a pena ser vivida é pautada no gesto espontâneo, no verdadeiro *self*. Assim, “*é preciso que haja no analista uma crença na natureza humana e nos processos de desenvolvimento para que algum trabalho possa ser feito, e isso é rapidamente percebido pelo paciente*” (Winnicott, 1954/2021, p. 483, grifos do autor).

Muitos pacientes passam por inúmeras situações de desamparo e abandono na primeira infância e isso pode se repetir durante toda a vida, a psicanálise não pode reforçar esse lugar que potencializa o sofrimento. Nosso trabalho é oposto disso, pois, como vimos na citação anterior, trata-se de acreditar no indivíduo que está confiando em nós sua história de vida. Reconhecemos o quanto pode ser difícil disponibilizar a escuta para indivíduos que trazem um discurso tão mortífero e carregado de desesperança e, de fato, essa não é uma tarefa tão simples. Mas nos parece que é esse o lugar que a clínica na contemporaneidade nos coloca, uma vez que os casos graves e difíceis lotam consultórios e dispositivos de saúde. O aumento de casos de suicídio não é exclusivo de nossas clínicas, podemos confirmar isso em matérias de jornais e boletins epidemiológicos (Barbon & Vizoni, 2022; Brasil, 2017; OPAS, 2022).

Como mencionamos, o tema da regressão em análise não é bem visto em todas as escolas psicanalíticas, porém nos parece que diante de casos difíceis esse pode ser um manejo muito pertinente. É importante ressaltar que há uma diferença entre os pacientes regressivos e os que estão em estágio de regressão à dependência. O primeiro grupo são aqueles que, por conta de falhas ambientais, não puderam avançar no processo de amadurecimento emocional, e o segundo grupo são aqueles regridem a um momento de dependência absoluta na presença do analista (Winnicott, 1954/2021).

Esse primeiro grupo se constitui de pessoas que não conquistaram fases do processo de amadurecimento emocional, mas também daqueles que podem trazer o risco de suicídio e que irão solicitar a presença do analista vivo do analista como manejo. Lembramos de uma paciente que ficou inúmeras sessões fazendo um resgate da sua própria história de vida que era sentida por ela como algo externo, pois não havia o

sentimento de que a história era dela e não uma ficção. Era tudo tão frágil que desistir era muito fácil para ela, inclusive desistir da vida. Essa paciente apresentou inúmeras tentativas de suicídio. Quando ela conquista fases do processo de amadurecimento emocional e se entende como uma pessoa mais inteira e integrada, o suicídio cede lugar a uma faísca de sentimento de continuar sendo. O desistir ainda é muito presente e parece a morte de si mesmo está sempre na iminência de acontecer, mas ela está conseguindo estabelecer algumas alianças com a pulsão de vida.

Tanto os pacientes regredidos quanto os que estão em processo de regressão em análise são aqueles marcados pela falha ambiental, e nosso papel, fundamentalmente, é não atualizar esse trauma ao desacreditar do sujeito, pois

quando tudo falhar e toda a técnica parecer esboroar-se frente à iminência do fim, deverá restar a experiência da presença do analista, que permanecerá para além dos significados e das palavras, junto, vivo e ativamente presente. Sendo um pouco como a mãe boa comum, que vê todos os sentidos do humano na experiência primitiva do bebê, que ainda não se humanizou (Faria, 2007, p. 27).

Portanto, como proposto por Ferenczi (1929/1992), quando o bebê não é bem-vindo a sua família ele precisa suportar a intolerância psíquica dos pais e pode não ser beneficiado por uma psicanálise que reforce essa indisponibilidade. Então, podemos retomar o conceito de preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2021) para refletir o lugar do analista como uma metáfora para essa mãe dedicada comum e poder “resgatar o fio da vida através do fio da palavra” (Iannini, 2021, p. 16) para, assim, construir junto com nossos analisandos um modo menos desastroso de estar vivo. Não podemos esquecer das palavras do pensamento winnicottiano que:

Winnicott não se cansou de comparar estas funções maternas primárias com as funções do analista, principalmente ao tratar casos difíceis. Embora a análise não envolva o toque corporal, a presença de tato e vivacidade da presença e da escuta analítica são fundamentais junto com pacientes difíceis e também em casos antissociais. A criação do *setting* analítico é conceder um espaço potencial como Moldura, ou enquadramento, para que o paciente possa sentir tanto a firmeza, o comprometimento e a estabilidade do espaço analítico (Cintra, 2003, p. 44).

Um outro artigo de Winnicott que pode nos auxiliar a pensar nosso lugar é “O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, publicado originalmente em 1967, em que ele já começa a obra afirmando que “no desenvolvimento emocional individual, *o precursor do espelho é o rosto da mãe*” (Winnicott, 1967b/2019, p. 177, grifos do autor). Ele assegura que o texto “O estágio do

espelho”, do psicanalista Jacques Lacan (1949), o influenciou, porém, busca avançar nessa proposta.

De forma bem resumida o texto parte do seguinte questionamento: o que o bebê vê quando olha para o rosto da mãe? Isso acontece muito no momento da amamentação, quando, geralmente, há uma troca no par mãe-bebê. Assim, Winnicott (1967b/2019), respondendo à pergunta anterior, afirma: “creio que, em geral, ele vê a si mesmo. Em outras palavras, a mãe olha para o bebê e *a aparência da mãe se relaciona com o que ela vê ao olhar para o bebê*” (Winnicott, 1967b/2019, p.179, grifos do autor). Essa afirmação é de uma grande sutileza, pois, em uma comunicação não verbal, o bebê tem notícias dos seus atos e motilidades que são confirmados pelo rosto materno. Isso é constituição do gesto espontâneo e do verdadeiro *self*, como já vimos anteriormente. Por outro lado, também há os casos em que o rosto materno não confirma o gesto autoral, e o bebê cai no vazio conforme nos mostra Winnicott:

Muitos bebês vivem a experiência prolongada de não receber de volta aquilo que dão. Eles olham, mas veem a si mesmos, e isso traz consequências. Em primeiro lugar, a capacidade criativa desses bebês começa a se atrofiar e, de algum modo, eles buscam em seu entorno outras formas de conseguir que o ambiente devolva algo de si (Winnicott, 1967b/2019, p.179).

Desse modo, o infante começa a perceber as variações do rosto da mãe e ficam mais atentos a elas do que a si próprios, ou seja, há uma tentativa de antecipar o que será sentido pela mãe. Ressaltando, mais uma vez, que não é nosso papel julgar ou condenar a mãe, mas colher esses efeitos na clínica, além de sabermos que essa comunicação não verbal pode ser ruidosa por inúmeros motivos, como:

Muitos bebês podem não receber de volta o olhar materno. Eles olham e não veem a si mesmos. A mãe pode estar sofrendo de uma grande depressão ou não ter cedido à preocupação materna primária, o que lhe tornaria possível entrar em contato íntimo com o seu bebê (Silva & Peixoto Junior, 2017, p. 68-69).

Nesse sentido, a mãe pode encontrar-se incapaz de realizar essa tarefa por inúmeros motivos. Entretanto, a razão da escolha desse texto foi pensar nosso papel enquanto analistas. Se acreditamos na importância de a mãe devolver algo ao infante para que ele tenha notícias de si, como isso pode ser feito no *setting* analítico? Winnicott mesmo nos responde:

O vislumbre do bebê e da criança que veem o *self* no rosto da mãe e, mais tarde, abre espaço para uma maneira de observar a análise e a tarefa psicoterapêutica. Psicoterapia não é fazer interpretações

perspicazes e apropriadas; em grande medida, é devolver constantemente ao paciente aquilo que ele mesmo traz. Trata-se de uma complexa derivação do rosto que reflete e o que está para ser visto. Gosto de pensar dessa maneira sobre meu trabalho e que, se eu o fizer bem o bastante, o paciente encontrará o próprio *self* e será capaz de existir e de se sentir real. Sentir-se real é mais do que existir; é encontrar um modo de viver como si mesmo, de se relacionar com objetos como si mesmo e de ter um *self* para onde fugir em relaxamento (Winnicott, 1967b/2019, p. 187).

Essa não é uma tarefa nada simples, sobretudo quando estamos diante de pessoas que já perderam todas as esperanças e não acreditam mais na possibilidade de continuar a ser. Contudo, reconhecendo toda a complexidade do tema, apostamos em uma clínica que possa ao menos possibilitar ao paciente que ele seja um pouco mais protagonista do seu sofrimento psíquico e, quando o suicídio realmente for a única saída encontrada pelo paciente, que ele possa ter uma vida com mais momentos de integração possível. Portanto, pacientes que são marcados por um ambiente traumático podem trazer questões relacionadas a uma falta de sentido na vida e de espontaneidade. Em consequência disso, o suicídio passa a ser uma possibilidade, não há garantias no processo de análise e nós, analistas, precisamos estar advertidos de que é, sim, muito possível que algum dos nossos pacientes venham morrer após um tentativa de suicídio e isso não precisa ser o fim da carreira de quem atende. A teoria winnicottiana nos mostra que

a doença é uma interrupção no processo de desenvolvimento e a psicoterapia nada mais é do que o conjunto de cuidados necessários para que esse desenvolvimento possa ser retomado ou corrigido (...) essa correção implica, pois, à situação que deu origem à psicopatologia. Nas neuroses, a gênese e a solução dos problemas, que levaram o paciente a uma rigidez de suas defesas, levam-nos ao mundo interno do paciente; mas em todos os outros casos, somos remetidos a considerar uma importância maior ao ambiente e suas ações (Fulgêncio, 2016, p. 96 - 97).

Retomando a epígrafe desse capítulo, não temos garantias na clínica, mas, ainda assim, defendemos: “pensava que, enquanto o paciente continua comparecendo, o fio de esperança não se rompeu” (Ferenczi, 1931/2011, p. 81). Ou, talvez, não tenha se rompido totalmente, e ainda temos um trabalho analítico pela frente.

Considerações Finais

Falar sobre suicídio é algo complexo e difícil, visto que podemos usar diferentes saberes para olhar o mesmo tema. Temos importantes trabalhos no campo da Sociologia, da Medicina, Enfermagem, da Psicologia e da própria Psicanálise - embora encontremos bastante dificuldade em encontrar psicanalistas que pesquisem sobre esse tema. Assim, nosso trabalho foi fazer uma costura entre os saberes, principalmente ferenczianos e winnicottianos, sobre essa problemática, e olhar para a nossa prática clínica.

A clínica na contemporaneidade está recheada de casos complexos como depressões graves, problemas decorrentes do uso de drogas, questões psicossomáticas, casos limites, transtornos alimentares, etc., que tornam a possibilidade do suicídio frente ao sofrimento psíquico tão intenso cada vez mais comum em nossos consultórios. Embora esses quadros possam trazer o risco de suicídio, precisamos saber que o suicídio, em si, não é uma patologia isolada ou discreta, mas se encontra fortemente associado a diversos transtornos mentais. Isso nos permite perceber que, na maioria dos casos, tentar subtrair a própria vida costuma ser uma tentativa desesperada de se livrar de um sofrimento insuportável e/ou receber cuidado (Estellita-Lins et al, 2017, p. 176).

Essa afirmação se opõe ao dito popular que a tentativa de suicídio é para chamar a atenção ou é falta de Deus. Como mencionado pelos autores citados, a tentativa de suicídio pode ser um modo de receber cuidado, mas precisamos pensar que essa é uma maneira muito extrema de fazê-lo. Por isso nos questionamos sobre quanto o ambiente falhou para que essa fosse a única alternativa possível.

Assim sendo, nosso lugar é oferecer esse cuidado quando os pacientes nos procuram para falar desse sofrimento tão mortífero. Para que isso seja possível, precisamos escutar esse sofrimento, a história de vida dessa pessoa, os desdobramentos disso na atualidade e os recortes econômicos e sociais tão necessários quando falamos de um país tão desigual quanto o nosso.

Além disso, não podemos deixar de ressaltar que estamos colhendo os efeitos devastadores causados pela pandemia do novo coronavírus, falamos isso pelo alto índice de óbitos registrados em nosso país, as consequências do distanciamento social que foi tão necessário num determinado momento, o aumento do desemprego e da fome, e o desmonte dos serviços públicos de saúde e retrocessos nas políticas públicas de saúde mental. Além disso, em 2022 o Brasil se viu extremamente dividido na corrida

eleitoral, talvez essa tenha sido a eleição mais importante após a redemocratização do país. Essa pesquisa foi produzida nesse contexto crítico, ao mesmo tempo em que casos graves apareciam de forma cada vez mais comum na clínica.

Há inúmeras pessoas preocupadas com a garantia da democracia e de um governo que preze por maior igualdade racial, de gênero e econômica, ou seja, um governo que governe para todos. Colhemos em nossa clínica o quanto o medo do autoritarismo e de todas as atrocidades causadas pelo governo Bolsonaro trouxe intenso sofrimento psíquico para muitos. Estamos dizendo isso para pensar o quanto a instabilidade da vida política pode piorar os quadros já existentes em cada indivíduo.

Não podemos esquecer que estamos debaixo do mesmo céu que nossos analisantes e que muitas dessas questões também nos afetam. Por isso, como pontuou Ferenczi (1927-28/2011), faz-se tão necessária a análise do analista. A ela, acrescentamos outros espaços de fala e troca entre os pares, como um curso de pós graduação.

São complexos os casos dos pacientes que tentam o suicídio, uma vez que entendemos que eles serão indivíduos marcados pela cisão do ego e que se encontram com uma racionalização dos sintomas e os afetos encapsulados. Ou seja, são crianças que não tiveram a oportunidade de serem hóspedes bem-vindas em suas famílias e isso pode ter um efeito desastroso na constituição psíquica. Inclusive podemos observar isso na infância: o próprio Ferenczi (1929/2011) escreve o texto intitulado “a criança mal acolhida e sua pulsão de morte” e nos afirma que a criança encontra meios orgânicos ou inorgânicos para não continuarem mais existindo. O psicanalista nos convoca a pensar os fatores inconscientes nas crises asmáticas e na epilepsia dessas crianças e o quanto esses sintomas podem ser compreendidos como um forte ímpeto em não continuar mais existindo. Desse modo, o autor apresenta uma flexibilidade para a ideia do suicídio e que buscamos trazer ao longo da discussão ao destacarmos que é preciso estarmos atentos ao que também não é dito nas sessões, considerando os sintomas que se apresentam estritamente como biológicos e/ou fisiológicos, uso abusivo de álcool e outras drogas, excesso de medicação. O tema do suicídio é tão carregado de estigma e preconceito que a própria pessoa pode ter dificuldade em entender que se colocar em inúmeras situações de risco pode significar um forte desejo em morrer.

Posteriormente, a teoria winnicottiana nos mostra a importância do ambiente em que nasce e vive uma criança. Winnicott (1963b/1994) faz referências a alguns pacientes que tentam o suicídio e fala sobre um deles que morreu em decorrência desse ato no texto “O medo do colapso” e aponta que, de modo geral, são indivíduos que são marcados por falhas ambientais graves e não tiveram a oportunidade da experiência de um ambiente suficientemente bom. Para Winnicott (1945/2000), um bebê só tem a

oportunidade de se sentir inteiro, real e estabelecendo relações com outro graças a oportunidade de viver em um ambiente suficientemente bom. Acreditamos que indivíduos que não puderam contar com esse ambiente favorável na infância podem apresentar o risco de suicídio em algum momento de sua vida, uma vez que são pessoas marcadas por falhas ambientais e isso pode ser grave. São pacientes que precisam experimentar, talvez pela primeira vez em suas vidas, um espaço que permita a possibilidade de continuar sendo sem que seja necessário reagir às intrusões ambientais. Isso é possível através do *holding* oferecido pelo analista, como vimos no capítulo quatro.

Apesar de Winnicott ter bebido em poucas fontes ferenczianas, as afinidades entre os autores são inúmeras, como a valorização do aspecto interpessoal das primeiras relações em detrimento do intrapsíquico e o reconhecimento do ambiente na constituição psíquica. Isso nos faz pensar no manejo que iremos usar com pacientes marcados pelo trauma, cisão do ego, falso *self*, agonias primitivas, ou seja, falhas ambientais importantes. São pacientes mais regredidos e podem apresentar dificuldades em associar livremente, apresentando afetos mais encapsulados e congelados, podendo chegar na radicalidade de serem inacessíveis.

Sendo assim, acreditamos numa escuta sensível, na importância do *setting* analítico que oferece o *holding*, um contorno. Lembramos de uma paciente que apresentou muitas dificuldades com o distanciamento social e ressaltava a importância de saber que na data e hora marcadas a analista estaria ali para ouvi-la. Falamos disso no decorrer do quarto capítulo: da importância de o analista estar vivo diante de discurso tão mortíferos.

Por fim, entendemos que uma pesquisa acadêmica não termina e não se encontra acabada ou pronta. Nosso objetivo foi fazer uma breve retomada na história do suicídio, no saber psiquiátrico e como a psicanálise pode nos ajudar nessa clínica. No segundo capítulo falamos sobre a depressão, que é fortemente associada ao suicídio, e como a psicanálise pode olhar para essa psicopatologia. Tão difundidas na atualidade, parece que muitas pessoas estão à procura de um CID para chamar de seu e o buscam, inclusive, nas redes sociais e, muitas vezes, buscam atendimento após receber um diagnóstico pelo Google. As psicopatologias não podem ocupar um papel central na nossa escuta, é preciso ir além.

Além disso, apostamos na continuidade desses estudos, pois identificamos na nossa busca por referências bibliográficas que há muitas pesquisas que trazem dados estatísticos e epidemiológicos do suicídio, mas muitas áreas têm poucas produções. Por exemplo, embora haja alto índice de suicídio nos povos indígenas, na população preta e de pessoas LGBTQIAP+, temos poucas pesquisas acadêmicas com esses recortes e

que contribuam para o manejo clínico nesses casos. Obviamente os dados epidemiológicos são de suma importância para compreendermos quem são as pessoas que mais tentam o suicídio, mas precisamos também oferecer ajuda e tratamento.

A discussão sobre o suicídio é ampla e inclui muitos atores. Como já mencionamos, há países que estão discutindo de forma ética o suicídio assistido em casos de doenças terminais. Mas gostaríamos de destacar os suicídios que não são notificados e até mesmo silenciados. Em janeiro de 2023, enquanto esse trabalho é finalizado, vimos em diversos canais de comunicação a triste realidade dos Yanomami, que são povos originários do nosso país e que moram no extremo norte. As investigações da Polícia Federal estão em curso, mas, por hora, está sendo noticiado que quinhentos e setenta crianças morreram nos últimos quatro anos vítimas de desnutrição grave, malária e contaminação por mercúrio causados pelo garimpo ilegal (Prazeres, 2023). Além disso, há denúncias de violência sexual contra as mulheres e crianças e mais uma série de situações absurdas e que causam horror. Somado a isso, a investigação em curso está analisando o fato de que o ex-presidente do Brasil, Jair Messias Bolsonaro, recusou vinte e um pedidos de ajuda. O que queremos apontar é que o Estado pode estimular o suicídio em determinadas populações que historicamente estão destinadas à morte, como a população indígena e a população preta. Precisamos pensar nosso lugar enquanto analistas nessa clínica tão específica, mas não podemos esquecer dos recortes econômico e racial. Além disso, infelizmente, será difícil essa população chegar em consultórios particulares, mas isso não significa que essa realidade não exista.

Esse é um alerta que precisamos pensar nosso lugar na clínica com indivíduos que tentam o suicídio, mas não podemos esquecer que algumas populações são mais assoladas pelo suicídio do que outras, e que um Estado negligente está favorecendo a possibilidade da morte. Assim, precisamos também discutir os suicídios assistidos, mas também aqueles desassistidos pelo Estado. Pois precisamos saber que

fica claro que o suicídio é um problema amplo, generalizado, com determinação sociológica e cultural forte, portanto cabe à sociedade assumir que intervenções devem ser desenvolvidas para tentar diminuir essas mortes e reduzir o sofrimento daqueles indiretamente atingidos por ela (Estellita-Lins et al., 2017, p. 166).

Acreditamos que pensar o nosso lugar na clínica é fundamental quando estamos diante de indivíduos que trazem o suicídio como questão. Certamente, oferecer uma escuta e acolhimento do sofrimento psíquico pode ser algo transformador – “transforma a dor” - em algo onde se acredita que a vida vale a pena ser vivida, mas não podemos esquecer que o Estado também precisa oferecer um ambiente suficientemente bom.

Como já referimos em diversos momentos desse trabalho, falar sobre o suicídio é algo complexo e nessa pesquisa temos como pano de fundo a nossa experiência clínica que muito nos ensina diariamente. Escolhemos fazer isso a partir de “Luto e Melancolia” (1917[1915]/2016), de Freud, além de outros autores como Ferenczi e Winnicott. Desse modo, não valorizamos a discussão acerca da pulsão de morte, que poderia ser um caminho possível para discutir o tema, mas consideramos que o pensamento ferencziano e winnicottiano tem muito a contribuir nessa problemática além de nos amparar na clínica. Por outro lado, embora não tenha sido nosso objeto de estudo, não podemos esquecer do papel do Estado na hora de coletar os dados epidemiológicos, de possibilitar tratamento adequado, formação continuada aos colaboradores do Sistema Único de Saúde (SUS), da manutenção e ampliação dos serviços em saúde mental e muitas outras questões. Muito vem se discutindo sobre os efeitos do neoliberalismo no sofrimento psíquico e acreditamos que esse debate também pode contribuir para essa problemática.

6

Referências Bibliográficas

- Abram, J. (1996). *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Alvarez, A. (1936/2020). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderlines, desamparadas e que sofrem abuso*. São Paulo: Blucher.
- Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, Conselho Federal de Medicina - CFM. *Campanha Setembro Amarelo*. Recuperado de <https://www.setembroamarelo.com/>
- Barbon, J., Vizoni, A. (2022). *Brasil vive '2ª pandemia' na saúde mental, com multidão de deprimidos e ansiosos*. Recuperado de: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/07/brasil-vive-2a-pandemia-na-saude-mental-com-multidao-de-deprimidos-e-ansiosos.shtml>
- Bei, A. (2017), *O peso do pássaro morto*. São Paulo: Editora Nós, Edith.
- Berlinck, M. T. & Fédida, P. (2000). A clínica da depressão: questões atuais. In: *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, (3)2, 9-25.
- Brasil. Ministério da Saúde (2021) *Boletim Epidemiológico – Secretaria de Vigilância em Saúde*. Ministério da Saúde. Volume 52, nº33, setembro/2021.
- Brum, E. (2016). Exaustos-e-correndo-e-dopados: na sociedade do desempenho, conseguimos a façanha de abrigar o senhor e o escravo no mesmo corpo. In: *El país*, 04 de julho de 2016. Recuperado de https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464_246482.html
- Brum, E. (2020). A cidade que mata o futuro: em 2020, Altamira enfrenta aumento avassalador de suicídios de adolescentes. In: *El país*, 27 de abril de 2020. Recuperado de <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-04-27/a-cidade-que-mata-o-futuro-em-2020-altamira-enfrenta-um-aumento-avassalador-de-suicidios-de-adolescentes.html>
- Brunhari, M. V. (2017). *Suicídio: um enigma para a sociedade*. Curitiba, PR: Juruá Editora.
- Cassorla, R.M.S (2017). *Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução*. São Paulo: Blucher.
- Cassorla, R.M.S (2021). *Estudos sobre o suicídio: psicanálise e saúde mental*. Editora Edgar Blucher Ltda. São Paulo, 2021.
- Chachamovich, E., Stefanello, S. & Botega, N & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr*, 31(1), 18-25.
- Cintra, E. M. U. (2003). As funções anti-traumáticas do objeto primário: holding, continência e rêverie. In: *Tempo Psicanalítico*. 35, 37-55.

- Covitel (2022). *Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia*. Recuperado de <http://observatoriodaaps.com.br/covitel/>
- Correia, S. (2020) *Homem matando uma ideia de morrer*. Recuperado de <https://www.instagram.com/p/CUD3lo6psqi/>
- Cruz, N. F. O.; Gonçalves, R. W.; Delgado, P. G.G. (2019). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/>
- Damous, I. L. (2012) *Depressão e lógica do desespero na contemporaneidade: uma visão psicanalítica*. Curitiba: Juruá.
- Damous, I., Klautau, P. (2016). Marcas do infantil na adolescência: automutilação como atualização de traumas precoces. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, 48(2), 95-11.
- Dias, E. O. (2000). Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. *Nat. hum.*, 2(1).
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, E. O. (2014). *Interpretação e Manejo na Clínica Winnicottiana*, São Paulo. DWW editorial.
- Dias, E. O., Faria, F. D. M. (2020). A questão do suicídio na teoria de D. W. Winnicott. In: *YouTube*, 29 de setembro 2020. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=0KHLTZ9PmFg&t=2935s>.
- Edler, S. (2012). *Luto e Melancolia: à sombra do espetáculo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Estellita-Lins, C. (Orgs). (2012). *Trocando seis por meia dúzia: Suicídio como emergência do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, RJ: Maud x: FAPERJ.
- Estellita-Lins, C. (2014). A reinvenção da vida. In: *Elena: o livro do filme da Petra Costa.*, pp. 74-83. Porto Alegre, RS: Arquipélago Editorial.
- Estellita-Lins, C., Portugal, C., Oliveira, V.M. (2017). Linhas de cuidado na valorização da vida. In: Soalheiro, N. (Orgs.). *Saúde Mental para a Atenção*, pp. 163-180. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Faria, F. D. M. (2007). A questão do suicídio na teoria de D.W. Winnicott. In: *Winnicott e-prints*, 2(1).
- Faria, F. D. M. (2018) Algumas considerações sobre a questão da transferência e da contratransferência na clínica do suicídio. In: *Revista Natureza Humana*, v 20, p. 34-43.
- Ferenczi, S. (1923/2020). O sonho do bebê sábio. In: *Obras Completas Psicanálise*,(3(2) (p. 223/224). São Paulo: Martins Fontes.

- Ferenczi, S. (1928/2011). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. (p. 29-42). Obras completas. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1931/2011). Análise de crianças com adultos. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV. Obras completas*. (p.79-95). São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1929/2020). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: *Obras Completas Psicanálise*, (3(2), p. 55-60). São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1933/2020). Confusão de línguas entre adultos e crianças (a linguagem da ternura e da paixão). In: *Obras Completas Psicanálise*, (3(2), p. 111-121). São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1934/2011). Reflexões sobre o trauma. In: *Obras Completas Psicanálise*, (4(2),p.125-135). São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1932/1990). *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1999). Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. *Coleção Ditos e Escritos*, 1. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S. (1884/1996). Rascunho E – Como se origina a angústia. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (p. 141 – 145). Rio de Janeiro, RJ.
- Freud, S. (1885/1996) Rascunho G – Melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (p. 150 - 154). Rio de Janeiro, RJ.
- Freud, S. (1910/1969). Breves escritos: contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, 9. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917[1915]/2016). Luto e Melancolia. In: *Neurose, Psicose e Perversão: Obras incompletas de Sigmund Freud*, 1 ed.; 5 reimp (p. 99 – 119). Belo Horizonte: Autêntica.
- Freud, S. (1918/2006) Linhas de progresso na terapia analítica. In S. Freud, *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1919[1918]/2021). Caminhos da terapia psicanalítica. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica*, 2 ed.; 4 reimp.(p.191-204) Belo Horizonte: Autêntica.
- Fulgêncio, L. (2016). *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni.
- Fuchs, S. M. S., Peixoto Junior, C.A. (2014). Sobre o trauma: contribuições de Ferenczi e Winnicott para a clínica psicanalítica. In: *Tempo Psicanalítico*, 46(1), 161-183.
- Garcia, C. A.; Damous, I. (2008). A Agressividade No Contexto Dos Cuidados Primários: A Liberdade Suficientemente Boa. *Cadernos de Psicanálise - SPCRJ*, 24(27), 119-139.
- Garcia-Roza, L.A. (2009) *Freud e o inconsciente*. 24º edição – Rio de Janeiro: Zahar editora.

- Hirata, R. A. (2020) A dramaturgia como recurso na clínica da depressão. In: Kupermann, D., Karin, P. (Orgs). *Atendimento psicanalítico da depressão*. p. 107-145. São Paulo: Zagodoni.
- Iannini, G. (Orgs). (2021). *Vamos falar sobre suicídio?* São Paulo: Cult Editora.
- Junqueira, M. H., Paim, I. (2020). Transtorno obsessivo-compulsivo: De volta ao exercício clínico - Reunião Científica. In: *YouTube*, 16 de julho de 2020. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=A0dRs5oKJEg&t=12s>
- Kehl, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Kupermann, D. (2008). *Presença Sensível: Cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Kupermann, D. (2017). *Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático*. 1º edição – São Paulo: Zagodoni.
- Kupermann, D. (2019). *Por que Ferenczi?* São Paulo: Zagodoni.
- Marraccini, E. M. (2021). *O Eu em ruína: perda e falência psíquica*. 2º edição (p. 20-62) São Paulo: Blucher.
- Mello, M.F.O. (2000). Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. In: *Cad. Saúde Pública*, 16(1):163-170.
- Minois, G., A. (2018). *História do Suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Ogden, T. (1996) *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ogden, T. (2017). *A matriz da mente: relações objetais e o diálogo psicanalítico*. Voucher.
- Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. (2022). Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio 2022. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-prevencao-ao-suicidio-2022>
- Peixoto Junior, C. A. (2013). *Michael Balint: A originalidade de uma trajetória psicanalítica*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Phillips, A. (2008) *Louco para ser normal*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Pinheiro, T. (1995). *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Zahar, Ed. UFRJ.
- Pinheiro, T. (2005). Depressão na contemporaneidade. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 182, p. 101-109.
- Prazeres, L. (2023). *Morte de yanomami: garimpo é principal causa da crise e governo Bolsonaro foi omissos, diz ministra da Saúde*. Recuperado de <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-64370804>
- Rede PENSSAN (2022). Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. Disponível em <https://pesquisassan.net.br/>

- Reghelin, M.M. (2016). Frozen e a clínica do descongelamento. In: *Revista Rabisco verdadeiro e falso self*, 6(1), 25-31. Porto Alegre.
- Roussilon, R. (2012). As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico-identitárias. In: *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30 (1) 7-32.
- Safatle, V.; Silva Junior, N.; Dunker, C. (Orgs.). (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*, 1 ed.; 2 reimp. Belo Horizonte: Autêntica.
- Setembro Amarelo (2022) Disponível em <https://www.setembroamarelo.com/>
- Silva Filho. (1987). A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: Tundis, S.A., Costa, N. (Orgs). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Silva, G. S., Peixoto Junior, C.A. (2017). A teoria da comunicação no pensamento clínico de Donald W. Winnicott, In: *Cad. Psicanál*, 39(36), 65-83.
- Silva, P. J. C. (2021). Melancolia, dor e ruína. In: Marraccini, E.M. (Orgs.). *O Eu em ruína: perda e falência psíquica*, 2º edição. (p. 187-205). São Paulo: Blucher.
- Suy, A. (2022). *A gente mira no amor e acerta na solidão*. São Paulo: Planeta do Brasil.
- Winnicott, D.W. (1945/2021). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. (p. 281-299). São Paulo: Ubu editora.
- Winnicott, D.W. (1950-1955/2021). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. (p. 371-392) São Paulo: Ubu editora.
- Winnicott, D.W. (1952/2021). Psicose e cuidados maternos. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. (p. 393-407). São Paulo: Ubu editora.
- Winnicott, D.W. (1954/2021). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. (p. 462-485). São Paulo: Ubu editora.
- Winnicott, D.W. (1956/2021). A preocupação materna primária. In: Winnicott D. W. *Da pediatria à psicanálise*. (p. 493 – 501). São Paulo: Ubu editora.
- Winnicott, D.W. (1958/2019). Objetos e fenômenos transicionais. In: *O brincar e a realidade*. (p 13-51). São Paulo: Ubu editora.
- Winnicott, D.W. (1959-1964/2007). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: *O ambiente e os processos de maturação*. (p. 114-127). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1960a/2007). Teoria do relacionamento paterno infantil. In: Winnicott, D. W. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. (p. 38-54). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1960b/2007). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “Self”. In: Winnicott, D. W. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. (p. 128-144). Porto Alegre: Artmed.

- Winnicott, D.W. (1963a/2007). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: Winnicott, D. W. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. (p. 79-87). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1963b/1994). O medo do colapso. *Explorações Psicanalíticas*. (p. 70-76). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1966/1994). A mãe dedicada comum. In: *Os bebês e suas mães*. (p. 1 – 11). São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Winnicott, D.W. (1967a/1999). O conceito de indivíduo saudável. In: *Tudo começa em casa*. (p. 3-22). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1967b/2019). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O brincar e a realidade*. (p. 177-188). São Paulo: Ubu Editora: 2019.
- Winnicott, D.W. (1968/1994). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães*. (p. 79 – 92). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1970/1994). Sobre as bases para o *self* no corpo. In: D. W. Winnicott. *Explorações Psicanalíticas*. (p. 203 – 218). São Paulo: Artmed
- Winnicott, D.W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- World Health Organization – WHO. (2000). *Preventing suicide – A resource for primary health care workers*, Mental and behavioural disorders, Department of mental health, World Health, Geneva. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4.pdf?sequence=1
- World Health Organization – WHO. (2019). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*.
- Villa Lobos, E. D.; Bonfá, M. A.; Junior, R. M. *Dezesseis*. Rio de Janeiro: EMI Brazil: 1996. Duração: 5:21.