

DEPRESSÃO E SUICÍDIO NO ADOLESCENTE NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: UM ESTUDO DE CASO

Renata Maria Müller¹

Jerto Cardoso da Silva²

RESUMO

A depressão e o suicídio vêm tomando proporções maiores nos últimos tempos. Este trabalho irá abordar questões da depressão e do suicídio no adolescente tendo como base um caso clínico de um paciente atendido no Serviço Escola. Este assunto se torna importante, pois não é apenas uma tragédia pessoal, mas também uma questão de saúde. Não necessariamente todos os indivíduos que tem depressão irão cometer suicídio, porém ela é responsável pela maioria dos suicídios entre jovens, sendo a maior causa de mortalidade no mundo todo.

Palavras chave: Depressão; Suicídio; Adolescentes. Psicanálise.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido a partir da relação da teoria com a prática. Ele pretende discutir sobre a depressão e o suicídio na adolescência, na clínica Psicanalítica, a partir de atendimentos psicoterápicos, de um determinado paciente. Para isso, trazemos questões sobre o que é um caso clínico e após abordaremos sobre o caso do paciente, no qual usamos nome fictício de Gustavo. Posteriormente, faremos algumas considerações a respeito da depressão e do suicídio, apresentando falas do paciente e dos responsáveis.

Consideramos importante abordar este tema, pois auxiliarão nos atendimentos e posteriormente na profissão, esclarecendo questões sobre o tema depressão e suicídio. O interesse em adolescentes surge na identificação em atender este público e a partir do momento em que se percebe aumento significativo de pacientes com casos de depressão com ideações/tentativas de suicídio. Por o suicídio ser ainda pouco trabalhado em sala de aula,

¹ Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e estagiária do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na Abordagem Psicanalítica.

² Docente do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e orientadora de Estágio Curricular do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na Abordagem Psicanalítica.

percebemos a importância de inserir no contexto acadêmico este tema, para além de adquirir conhecimento teórico, saber como se colocar a frente destes pacientes.

É importante relatar que mesmo que a teoria sirva para a prática, não podemos torná-la generalizante, sendo flexíveis na hora de discutir o caso, sendo capaz de construir e desconstruir hipóteses ao longo dos atendimentos. Devemos considerar que cada paciente é único, devendo respeitar a sua singularidade. O sofrimento não deve ser julgado, e sim escutado, auxiliando o paciente nas suas construções/associações. Vale ressaltar que o paciente em questão, ao entrar no Serviço Escola, assinou um termo de consentimento, podendo-se fazer uso do seu caso para estudo, resguardando sua identidade.

O QUE É UM CASO CLÍNICO?

O caso clínico se configura em um relato de experiências, por parte do terapeuta, o qual informa a sessão com um paciente, defendendo um avanço teórico. Privilegia-se o tratamento de um sujeito na sua singularidade, contendo em sua construção efeitos transferenciais do respectivo trabalho. A escrita do caso clínico é uma narrativa clínica, expondo uma elaboração teórica, e será sempre um texto o qual é lido e discutido, podendo ser de uma sessão, do desenvolvimento de uma análise ou da exposição da vida e sintomas de um paciente. (SILVA; FRANKE, 2012).

Freud diz que o objetivo do caso clínico é expor o que encontra-se recoberto ou sobreposto pelas camadas de material clínico, fazendo com o que não seja visível torne-se, a fim de contribuir para uma melhor compreensão de determinado estrutura. O relato do caso clínico transmite a teoria, permitindo que o jovem terapeuta imagine-se no lugar do terapeuta e do paciente, aprendendo a psicanálise de modo ativo e concreto. Percebe-se assim a função didática do caso, que transmite a psicanálise a partir de uma situação clínica, dando espaço a observação. Nasio, 2001 (apud SILVA; FRANKE, 2012) traz que quando o papel de ilustrar e ser metafórico torna-se gerador de conceitos, denomina-se isto de função heurística do caso, que acontece quando o caso promove a construção de novas hipóteses, enriquecendo a trama da teoria. Quando isto acontece, torna-se importante momentos de supervisão, onde servirá de espaço de interlocução entre o analista e a disparidade supervisora. (SILVA; FRANKE, 2012).

RELATO DO CASO

O paciente Gustavo tem 14 anos e é filho de pais separados. Tem duas irmãs mais velhas e um sobrinho. Sua mãe tem um novo companheiro, e hoje moram juntos na mesma casa. Gustavo participou de um grupo de acolhimento realizado por colegas estagiários, e após três acolhimentos, foi encaminhado para a psicoterapia individual. Foram realizadas 10 sessões.

Gustavo vinha sempre sozinho, não tendo uma frequência de comparecimento muito boa, ou seja, ele faltava muito, e algumas vezes, chegava 30min atrasado. O paciente, no seu primeiro atendimento, contou qual o motivo da sua busca pelo local, sendo transparente quanto as suas vontades/desejos. Em alguns atendimentos realizados na presença de sua mãe, ele permanecia contido, prestando atenção no que a mãe estava dizendo, mas sem confrontá-la. A sua timidez com o passar dos atendimentos foi sendo deixada de lado, abrindo espaço para curiosidades e pedidos. Curiosidades no sentido de saber mais sobre o curso, o estágio, a sala de atendimento, e pedidos, no sentido de solicitar saber mais sobre a sua vida, e jogar os jogos disponíveis na sala.

A mãe relata que trouxe o filho para a psicoterapia por ele estar com depressão por conta do abandono do pai. Ela disse que o filho se automutilou, está desanimado e já pensou em suicidar-se. C. diz ter engravidado “sozinha”, pois o pai não foi presente durante e após a gestação, apesar dos filhos terem sido planejados. Teve uma relação tumultuada com o pai do Gustavo, sendo agredida na barriga, enquanto o esperava e em outros momentos, além de brigas relacionadas a atitudes negativas do mesmo. A mãe contou que, quando Gustavo tinha 5 anos de idade, o pai deixou ele na escolinha, dizendo que nunca mais iriam se ver, que iria embora para outra cidade. Esse pai volta depois de algum tempo, a mãe o aceita, mas resolve se separar depois de alguns meses. Gustavo presenciou cenas de agressões e abandono até os 6 anos de idade.

Gustavo estuda pela manhã e a tarde fica sozinho em casa. Relata não gostar de companhia quando está em casa, pois gosta de fazer as coisas sem ninguém estar por perto averiguando. Tem uma namorada, de 14 anos, a qual deposita toda sua confiança e segurança. Ele diz que ela é a única que o entende e quer seu bem. A sua relação com o padrasto é boa. Gosta de esportes e jogos. Participava semanalmente de uma escolinha de futsal, porém perdeu o interesse.

O paciente nesses dois meses de atendimentos tentou suicídio várias vezes. A primeira tentativa foi com uma faca, após brigar com a namorada. Ele se trancou no banheiro, e estava pressionando a faca contra a barriga. Quem percebeu e conseguiu tirar Gustavo dessa situação foi sua mãe, C. A segunda tentativa ocorreu com a ingestão de dois tipos de medicamentos, onde o paciente relata que “o motivo foi que houve um conflito com a mãe e as irmãs, quis fazer besteira, mas não deu nada.” (SIC). A terceira foi a mais grave. Ele estava conversando no celular com a namorada, e ingerindo medicações de todos os tipos, em doses elevadas. Gustavo estava sozinho em casa e disse que ligou para a namorada para se despedir. Ela avisou a irmã, que foi até lá ver o que estava acontecendo. Gustavo teve que ficar internado por alguns dias no hospital para a desintoxicação.

O local onde o estágio curricular é realizado configura-se como serviço escola, e não como emergência/urgência. Com base nisso, percebendo a gravidade do caso, em supervisão foi decidido que o paciente Gustavo seria encaminhado para o CAPSIA de uma cidade do interior, onde terá tratamento intensivo, assim como suporte de uma equipe multiprofissional.

DISCUSSÃO

Para a escrita deste estudo de caso, considerei importante abordar questões sobre depressão e suicídio, pois o paciente em questão tem em sua hipótese diagnóstica sofrimento psíquico agudo, CID-10 (F33.2) transtorno depressivo recorrente, com episódio grave, sem sintomas psicóticos. No primeiro atendimento, Gustavo diz que se machucou nos braços (automutilou-se), para aliviar a dor que estava sentindo, porém não conseguia explicar que dor era essa, nem o que sentiu no momento. Conforme Cedaro e Nascimento (2013), a automutilação é considerada atos lesivos contra o próprio corpo de modo intencional, sendo de forma superficial – arranhar a pele ou se queimar com cigarro -, moderada – cortes superficiais -, ou profunda – autoenucleação e autocastração.

No limiar entre o prazer e o desprazer, encontra-se a dor, a qual é a responsável em ajudar a entender essas sensações. A dor está ligada às pulsões, vinculando o campo somático e o campo psíquico, tendo a função de alerta. Percebe-se então que a dor em excesso torna-se o problema em si. O sujeito que dispensa o outro para sofrer e desfrutar dessa dor, se mutila, na expectativa de punição – ou de se projetar em alguém sendo punido -, como diz Freud, “sofrendo pelas “mãos” de uma pessoa amada”. As automutilações seriam consequências da

energia de pulsão de morte, a qual não foi domada pela libido, tornando o próprio Eu como alvo de investimento. (CEDARO; NASCIMENTO, 2013).

Gustavo se sente desanimado, desmotivado e desinteressado em suas atividades rotineiras. Na escola, não consegue se concentrar, disse que vive no mundo da lua. Ele relata não ter paciência, sendo muito explosivo, tendo excesso de raiva. “Quando discuto com alguém, tenho vontade de matar a pessoa, pegar pela cabeça e jogar contra a parede” (SIC). Praticava lutas, mas desistiu. Está perdendo o interesse pela escola de futebol, mesmo gostando.

Freud acreditava que a depressão era originada pela perda de um objeto. Estudos nos mostram que a depressão é influenciada por diversos fatores, biológico-genéticos, psicológicos e sociais, e o seu risco aumenta em três vezes, caso haja quadro depressivo na família. Bahls e Bahls, 2002 (apud BIAZUS e RAMIRES, 2012, p. 2), levando em conta as especificidades da adolescência, descrevem como sintomas depressivos próprios desta faixa etária: irritabilidade e instabilidade, humor deprimido, perda de energia, desmotivação e desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e/ou culpa, alterações do sono, isolamento, baixa autoestima, ideação e comportamento suicida, problemas graves do comportamento, distúrbios do sono, agressividade, prejuízo no desempenho escolar e queixas físicas.

As pessoas ficam me rebaixando. Já desisti de muita coisa por causa disso, como o esporte, que dizem que sou ruim. As pessoas ficam falando que sou burro, que não vou passar de ano. As pessoas ficam me humilhando, e isso me rebaixa. (SIC).

Com a fala do paciente, vemos que a depressão, dor e angústia são estados mentais que demonstram uma ligação estreita com aquilo pelo qual nos reconhecemos humanos: o afeto e o meio em que está ancorado. A depressão significa um estado afetivo - privado - das qualidades e figuras particulares que animam e significam o afeto de sua especificidade. Trata-se então de uma patologia se entendermos ela como a impossibilidade de exercer ou possuir algo que é importante para a vida do ser humano. A palavra patologia contém *pathos* em sua etimologia, que conforme alguns dicionários, significa paixão, sofrimento e doença.

O afeto diferencia-se da ideia. Segundo Freud, segue-se separadamente a vicissitude do afeto e a da ideia. A pulsão se expressa em dois registros diferentes, o dos afetos – que correspondiam à percepções psíquicas de processos de descarga - e o das ideias. O afeto amplia-se progressivamente a partir do nascimento, surgindo diferentes qualidades de afetos

em correlação com determinadas ideias, mas, ainda que os afetos se desenvolvam deste modo, transcorrem dentro da ordem de materialidade que lhes é própria, no interior da série desprazer-prazer. Sendo assim, os afetos e as ideias constituem duas séries entrelaçadas. (BLEICHMAR, 1983).

A medida que as paixões representam os despertares mais altos dos afetos estas refletem em sua forma exacerbada, o que determina e constitui o imo do afeto, este que abriga uma forma empática de aproximação. Com isso, pode-se ver que, enquanto sofrimentos da alma, a depressão, a dor e a angústia são suas formas de base. (DELOUYA, 2000).

O que parece dotar a depressão de uma ambiguidade quanto ao seu estatuto é consequência do próprio fenômeno depressivo e do contexto da psicanálise e das circunstâncias nas quais a depressão percorreu. Conforme Delouya (2000, p. 15), o modo com que a depressão se abate sobre o sujeito e a forma densa e compacta do “ar” deprimido contrastam com a expansão e o desabrochar representativo que caracteriza, na transmissão intersubjetiva, a noção imediata que adquirimos do ânimo e do viver no outro.

A depressão adquire um roteiro similar ao da angústia. A escala de suas manifestações articula-se ao estado originário de desamparo, enquanto função de alerta ou sinal de perigo, que exige ou que põe em movimento, um trabalho com uma situação desfavorável, advinda das pulsões ou do mundo. Compreende-se o âmbito das manifestações da depressão – se esta se articula ao estado de desamparo – nos diferentes contextos de sentido que estrutura o conflito nos vários quadros psicopatológicos. (DELOUYA, 2000).

Se os estados depressivos visam um espaço de gozo do qual o sujeito se sente apertado, a função depressiva seria, então, de ordem narcísica, de preservação e garantia deste espaço. [...] Ao se encarregar de preservá-lo, a depressão se torna a função mais fundamental da vida psíquica ou a própria condição desta. (DELOUYA, 2000, p. 43).

O estado depressivo representa uma defesa do campo psíquico ao mesmo tempo em que reflete uma carência de dupla demanda: garantia de espaço – contornos e limites – e exigência de ser provido de um conteúdo. No entanto, existem casos em que o recurso à defesa depressiva não é apenas um sinal de alerta sobre a necessidade de prosseguir com os reparos das falhas do objeto de origem, em responder as carências primárias, mas onde esta defesa se ergue – no limite – como estrutura narcísica básica. (DELOUYA, 2000).

Do ponto de vista da gênese, as depressões endógenas – número reduzido de depressões – podem começar por transtornos da base material dos esquemas afetivos, enquanto a maioria

o faz pelo lado ideativo, porém, enquanto não se possa manter um quadro de tristeza sem que estejam presentes ideias que lhe são correlativas, é possível encontrar o inverso. Um sujeito pode adquirir a série de ideias – as quais são encontradas nos quadros afetivos - e ficar ausente à gênese de determinados esquemas afetivos ou, mesmo existindo esquemas como potencialidades, achar-se bloqueada sua ação, sua atualização. (BLEICHMAR, 1983).

Cabe ressaltar que as ideias ditas aqui não é referindo-se as queixas dos depressivos e que aparecem nos tratados de Psiquiatria – ideias de fracasso, culpa, etc. Se estas ideias produzem depressão, é porque elas implicam na representação que o sujeito se faz sobre o não equilíbrio na execução de um desejo em que alcançaria um ideal, ou uma medida, com respeito ao qual se sente arruinado, fracassado, culpado. Segundo Bleichmar (1983), a tristeza é a manifestação dolorosa frente a esses pensamentos; a inibição, a renúncia diante do caráter de realização impossível que o sujeito atribui ao desejo. Vemos na teoria freudiana que a depressão é a reação ante a perda do objeto libidinal, e essa perda será a condição de emergência de um estado no qual o desejo se representa como irrealizável.

Gustavo teve sua infância conturbada, a qual sofreu rejeição do seu pai. “Me sinto bem comovido, quando eu lembro essa parte da minha infância, que meu pai me batia. Uma vez ele me pegou pelo pescoço. Vi ele batendo na minha mãe.” (SIC). Em sessão com a mãe C. ela relatou que o pai de Gustavo foi embora de casa varias vezes. Tinha outra mulher. Ele ia, voltava. Quando Gustavo tinha cinco anos, o pai o largou na escolinha e disse que ia embora, ia morar em outra cidade. Sua mãe ainda relata que:

O Gustavo começou a sentir dores, não comia mais, não fazia mais coco”. Dizia que tinha canseira. Que tinha um bicho na barriga. Ficava deitado, não queria levantar. Os médicos não achavam nada. Tudo afetou. No primeiro natal e ano novo sem o pai ficou muito mal. Chorava muito, pois não tinha quem abraçasse ele. (Mãe do paciente).

Pode-se dizer que determinados desejos de amor, quando não realizados, implicam depressão, como por exemplo, na situação de luto normal, onde o sujeito perde um objeto através do qual se podia satisfazer o desejo amoroso. Isto se dá também na depressão narcisista, na qual o sujeito sente que em vez de ser o ego ideal é o negativo. Não ser o ego ideal adquire o sentido de perder o amor de um e de outro e, portanto, a não realização de um desejo de amor. Na depressão culposa dá-se o fato de que se sinta perdido o objeto de amor e,

além disso, se viva como perdido o amor que poderia “honrar” o objeto externo e o superego. (BLEICHMAR, 1983).

No século XX, Pinel fundou a clínica psiquiátrica a qual definiu como uma “ciência dos fatos”, descrevendo a semiologia independente da idade comum, tanto no adulto como no adolescente. Pinel considerou a melancolia como sendo comum na juventude, vendo nela a principal causa das emoções da puberdade.

A reativação dos conflitos infantis sob o efeito da ebulição instintual da puberdade foi considerada como a origem das desordens psicológicas da adolescência que tenderam a ser assimiladas às manifestações geralmente benignas dos conflitos da maturação necessários ao desenvolvimento. (CHABROL, 1990, p. 12).

Erickson, 1963 (apud CHABROL, 1990, p.12), diz que não se deve atribuir às manifestações psicopatológicas dos adolescentes a mesma gravidade que às dos adultos. Reconheceu-se, no fim dos anos 60, a possibilidade de distinguir o normal do patológico e os conflitos da maturação dos desvios ou paradas do desenvolvimento. A redescoberta da psicopatologia psicológica do adolescente pelo seu retorno no campo da psiquiatria dá-se em duas etapas: considera-se de início que a maioria dos adolescentes – ao contrário dos adultos – não exprime diretamente sua depressão que se manifesta através de uma sintomatologia atípica; Consequente, a depressão do adolescente assemelha-se à do adulto, com que ele reparte uma sintomatologia comum. (CHABROL, 1990).

Sobre as manifestações das depressões do adolescente, podemos ver que:

[...] manifestam-se habitualmente por uma sintomatologia reduzida ou atípica, como sentimento de tédio persistente e insuportável, interrompido por períodos de nervosismo; dependência ou isolamento exagerado em relação a pais e amigos; promiscuidade sexual; fadiga; preocupações corporais ou sintomas físicos; perturbações do apetite, do sono ou desordens psicossomáticas; dificuldades escolares; sintomas de ansiedade, obsessão, fobias; tentativas de suicídio; condutas anti-sociais ou delinquentes. (WEINER, 1970; STEINBERG, 1983 apud CHABROL, 1990, p. 14).

Graham e Rutter, 1985 (apud CHABROL, 1990, p. 24) trazem que a chegada da adolescência confronta, igualmente, a jovem com os aspectos negativos da condição feminina ao passo que a pressão social pode levar o menino a negar ou a esconder os sintomas depressivos vividos como expressão de uma fraqueza que o envergonha. Com isso, vê-se nos estudos epidemiológicos que a depressão no adolescente é freqüente, com alta predominância se comparada à do jovem adulto.

Jeammet e Corcos, 2005 (apud BIAZUS e RAMIRES, 2012, p. 5) compreendem a depressão no adolescente como o fracasso do aparelho mental em gerir a situação presente. Segundo os autores, o principal motivo de essa fragilidade psíquica se deixar revelar na adolescência é o fato de esse período representar a reedição do processo de separação vivenciado pelo sujeito nas suas relações primárias com a mãe. Apesar do processo de separação e individuação na adolescência ser necessário para a construção da identidade e a conquista da autonomia, não é uma tarefa fácil, pois, ao mesmo tempo em que é necessário o afastamento do adolescente com os pais para se diferenciar deles, é imprescindível também que ele mantenha uma proximidade que permita encontrar as semelhanças que servirão de base para as suas identificações. Jeammet e Corcos, 2005 (apud BIAZUS e RAMIRES, 2012, p. 5) chamam isto de eixo do narcisismo e eixo da autonomia. A mãe do paciente Gustavo não dá espaços, sendo controladora. Não aceita o fato do filho já ter uma namorada. Ela diz que a namorada roubou o lugar dela. Essa ainda traz que o filho se espelha muito no padrasto, no jeito de falar e se comportar.

Conforme Biazus e Ramires (2012), a conquista da autonomia pelo adolescente depende dos vínculos que estabeleceu ao longo da sua vida, e quando o adolescente percebe a autonomia como contrária às relações vinculares, os mecanismos de identificação são bloqueados, ocorrendo um prejuízo na formação da sua personalidade e no seu desenvolvimento mental. Com isso, quando se exige do adolescente investir nas relações objetais para conquistar sua independência, torna-se uma tarefa impossível, pois o investimento no objeto é vivenciado como uma invasão, como um apagamento das diferenças entre o mundo interno e o externo, ameaçando a sua identidade pessoal.

Dessa forma, Jeammet e Corcos, 2005 (apud BIAZUS e RAMIRES, 2012, p. 5) classificam a depressão na adolescência como uma problemática da dependência, entendida como um modo de funcionamento prevalente em que o sujeito utiliza defensivamente a realidade perceptivo-motora como contrainvestimento de uma realidade psíquica interna falha.

Quanto a classificação e semiologia das depressões, com base no DSM-5, distinguem-se depressões maiores, distímia, reação de adaptação depressiva e depressão atípica. Quanto as depressões maiores, há dois tipos: com traços psicóticos e a do tipo melancólico. Segundo o DSM-5, onde os critérios de depressão mostraram sua validade em adolescentes - o diagnóstico de depressão maior dá-se pela presença de cinco – ou mais - dos seguintes

sintomas, presentes durante duas semanas consecutivas, quase todos os dias e durante a maior parte do dia: 1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; 2) Diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades (obrigatório para o diagnóstico); 3) perda ou ganho de peso, diminuição ou aumento de apetite; 4) Insônia ou hipersonia quase todos os dias; 5) agitação ou lentidão psicomotora; 6) fadiga ou perda de energia; 7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; 8) capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão; 9) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida. (DSM-5, 2014).

Como as crianças, e diferentemente do adulto, o adolescente não se queixa espontaneamente de sua tristeza, e como muitas vezes ele não torna-se consciente de sua depressão, essa incapacidade de reconhecê-la o faz negá-la. Conforme Chabrol (1990), é comum o adolescente descarregar seus afetos depressivos através de mecanismos de negação, projeção, de atitudes ou condutas passivo-agressivas. Quando a vivência depressiva do adolescente se revela, esta se dá, frequentemente, de forma atípica através de sentimentos de vazio, tédio, indiferença, mal-estar não definido, sentimento de solidão e de abandono, impressão de ser mal amado, incompreendido ou rejeitado. (CHABROL, 1990).

Quanto a distímia, ela caracteriza-se pela evolução subcrônica de uma sintomatologia depressiva moderada marcada pela tristeza associada a pelo menos dois dos sintomas a seguir: 1) apetite diminuído ou aumentado; 2) insônia ou hiper-sonolência; 3) fadiga ou fraqueza; 4) baixa auto-estima; 5) falta de concentração ou dificuldade em tomar decisões; 6) pessimismo. Conforme Friedman e cols, 1983 (apud CHABROL, 1990, p.30), as distímias podem causar desordens por sua repercussão na adaptação escolar, familiar e social, podendo evoluir para uma depressão maior.

A reação de adaptação depressiva corresponde a uma depressão reacional menor, limitada na sua sintomatologia e na sua duração, desencadeada por um fator de estresse psicossocial não identificável. E por último, a depressão atípica, que constitui uma categoria residual podendo abranger os casos que os sintomas depressivos são insuficientes em todos os aspectos – número, intensidade, duração, e sem relação ao estresse. (CHABROL, 1990).

Na fase da adolescência, a dificuldade de relacionamento com as pessoas ao seu redor, adultos ou adolescentes, dá-se pela insegurança. O adolescente encontra-se frágil, tímido, questionando se é amado, desejável e bonito. Calligaris (2000, p. 25) diz que “a insegurança se torna assim o traço próprio da adolescência”. Isso dá-se muitas vezes por ocorrer o

incentivo pela autonomia, independência, mas ao mesmo tempo, isso é privado. (CALLIGARIS, 2000).

O adolescente se vê na dúvida, a qual durará durante sua adolescência toda, sobre o que os adultos querem e esperam deles. Ou seja,

qual seria o requisito para conquistar uma nova dose do amor dos adultos que ele estima ter perdido junto com a infância. Qual seria o gesto necessário para redimensionar o olhar adulto, que parece ter-se desviado. Qual o atributo que garantiria, enfim, que ele fosse reconhecido entre ‘os grandes’ (CALLIGARIS, 2000, p. 26).

Segundo Levisky (1998), os adolescentes que em sua infância tiveram uma rigidez em cima da moral, do perfeccionismo ou que tiveram suas experiências sexuais reprimidas, são mais vulneráveis a conflitos internos em suas relações com o meio. Apesar dos diferentes contextos socioculturais, a adolescência sempre terá como marco sua fase de crises e desequilíbrios, as quais se dão por motivos fisiológicos quanto psicológicos.

Quanto a saúde mental desta fase, Burak 1999 (apud FARIA, 2014, p. 15), destaca fatores de proteção, os quais diminuem a probabilidade do desenvolvimento de psicopatologias. São eles: apoio social, elevada auto-estima, alto nível de resiliência, lócus de controle interno bem estabelecido e família com boa comunicação interpessoal. Alguns adolescentes atravessam de forma satisfatória essa etapa, não constando consequências negativas para sua saúde mental. Porém, vê-se em Sher, 2001 e Mann, 2002 (apud FARIA, 2014, p.16) que há estudos que apontam que os distúrbios psiquiátricos como o transtorno de humor, transtornos de personalidade, abuso do álcool e de substâncias psicoativas estão associados ao suicídio em mais de 90% dos casos.

Etimologicamente, o termo suicídio deriva do latim “suicide”, “sui”, que tem o sentido de “a si” e “caedere”, termo que significa “matar”. Esta conotação específica a morte intencional ou auto infligida. Num aspecto geral, o suicídio é um ato voluntário pelo qual um indivíduo provoca a própria morte. Pode ser realizado através de atos ou por omissão. (ROCHA, 2011 apud FARIA, 2014, p. 16).

Alguns autores apontam três causas por trás do suicídio, sendo elas as causas orgânicas – que são representadas pelas doenças endógenas que colaboram para o agravamento de determinados quadros psíquicos, podendo induzir a pessoa ao suicídio; causas emocionais e filosóficas- que são motivadas por razões que o praticante entende por nobres. (DIAS, 1991).

Para a psicanálise, o suicídio é uma situação psicótica, mas isso não significa que a pessoa seja psicótica, mas sim que no momento da crise, tal componentes da personalidade se manifestaram. Por esse modo, o suicídio configura-se como um instante em que o indivíduo “está fora de si”, podendo atacar-se a si mesmo. É a capacidade autodefensiva do ego, que rebaixada, permite a invasão da psicose. Além disso, a psicanálise considera o suicídio uma atuação – acting-out – pois o indivíduo irá expressar conteúdos psíquicos em atos já que há a dificuldade de conter os núcleos conflitivos na vida intrapsíquica. (DIAS, 1991). O Paciente diz ter crises, e quando questionado como elas se dão, ele responde que no ano passado conseguia tolerar, ficar quieto, sem fazer nada, porém esse ano começou a vir bem mais forte. O motivo das crises são do passado e de agora. Do passado por causa do pai, do “bullying” que sofria. De agora, é que as pessoas falam que ele não é bom, e que nunca vai conseguir alcançar algo.

Eu não escolho quando fico com crise. Eu posso tá jogando futebol, aí penso em qualquer coisa e me dá a crise. Penso que sou inútil. Que eu não sirvo para nada. Penso: por que estar aqui se não sirvo pra nada? Isso da vontade de tirar a vida. (SIC).

Segundo Araújo et al, 2010 (apud BRAGA e DELL’AGLIO, 2013, p. 3), o suicídio refere-se ao desejo consciente de morrer e à noção clara do que o ato executado pode gerar. Divide-se o comportamento suicida em três categorias, sendo elas: ideação suicida; tentativa de suicídio; e suicídio consumado. A ideação suicida é o primeiro passo, preditando o risco, pois ela se dá pelos pensamentos, ideias, planejamento e desejo de tirar a própria vida. A tentativa de suicídio é conseguinte a essa ideação, sendo que tal decisão não ocorre de maneira tão rápida. Antes da tentativa o indivíduo já manifesta algum sinal de querer tirar a própria vida. Desse modo, há probabilidades de ocorrerem outras tentativas, até que uma possa ser fatal, concretizando a morte – suicídio consumado. (BRAGA; DELL’AGLIO, 2013, p. 3). Pergunto ao paciente quando ele começou a pensar em suicídio:

“Foi ano passado. Eu pensei, mas não tive coragem. Iria tentar por queda. Sentei na janela da minha casa e fiquei pensando, mas não tive coragem.” (SIC).

Pensando nos fatores que levam os adolescentes a cometerem suicídio, Dutra 2002 (apud BRAGA; DELL’AGLIO, 2013, p. 3) diz que:

A solidão é um sentimento muito comum em adolescentes que tentam o suicídio. Tais jovens relatam sentir falta de ter amigos e reclamam não ter ninguém para dividir experiências e tristezas, apresentando maior probabilidade de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e afetivos.

Pode-se pensar também nas dificuldades que muitos adolescentes têm ao enfrentar as exigências sociais e psicológicas que são impostas neste período. Maturidade, independência, autodeterminação, responsabilidade e atividade sexual adulta, segundo Levisky (1998), são os critérios que a sociedade definem para inserir o indivíduo na sociedade adulta, sendo que o último critério é compreendido como a possibilidade de procriação e condições socioeconômicas para estabelecer uma família. Com as mudanças que o adolescente pode experimentar, assim como a aquisição de novas habilidades e de enfrentar novos desafios, e isso pode imulsionar o desenvolvimento de pensamentos e comportamentos suicidas, devido as dificuldades em lidar com tais demandas sociais, contextuais e situacionais. (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013, p. 6).

As ideias de morte também podem surgir como uma estratégia dos jovens para lidar com problemas existenciais, como a compreensão do sentido da vida e da morte (Borges *et al.*, 2008 apud BRAGA e DELL'AGLIO, 2013, p. 6).

Como já visto a cima, o marco da adolescência são as mudanças que essa fase trás consigo, fazendo com que o adolescente experimente várias sensações, e sentimentos. O suicídio em muitos casos aparece como a única forma para acabar com o que está lhe deixando mal, acabando com a situação de desconforto em que se encontra, ou seja, o suicídio é a expressão de um desejo de mudança. É uma vida de coerção e de vingança contra os sentimentos de impotência e de incapacidade. (BOUCHARD, 2006).

As questões adolescentes nos desacomodam, e sempre assustam de certa forma, precisando analisar as questões de forma mais ampla, indo além do que esta aparente. É uma fase complexa, pois não é composta apenas pelo deixar de ser criança, mas também, pela aquisição de novos gostos, transformações tanto biológicas quanto sociais, novos papéis, responsabilidades, deveres, necessidade de pertencer à um grupo, busca pela autonomia, e tudo isso, para a inserção na vida adulta - ser reconhecido como um adulto. Com a falta do olhar do outro sobre si, o adolescente cria métodos para ser visto, podendo considerar isto como drama.

O modo como o adolescente chama a atenção, varia do seu contexto. Alguns irão apenas usar a forma verbal, e outros, encontrarão uma forma de marcar isto em si, por tatuagens,

mudando o cabelo, piercings, e até mesmo, se automutilando. Estas marcas irão trazer uma diferenciação no corpo, obtendo assim, o olhar desejado. O que deve-se ter cuidado quando se trata de adolescente, é conseguir diferenciar o drama saudável, do drama não saudável. O que quero dizer com isto é que, quando o drama se torna momentâneo e passageiro, ele não traz riscos ao adolescente. Porém, muitos adolescentes estão em sofrimento, e algumas atitudes podem se tornar fatais.

CONCLUSÃO

Vemos que a psicologia clínica está preocupada em lidar e entender a tentativa de suicídio ocorrida, para uma atuação pós-crise, tornando-se desafiadora para os serviços de saúde mental, nomeadamente no que respeita à compreensão dos fatores psicológicos que a ela predis põem e a precipitam, desenvolvendo assim um acompanhamento terapêutico neste período difícil. (DIAS, 1991).

O Psicólogo é norteado pelo código de ética, o qual nos traz questões sobre o sigilo, que seria que, o profissional deverá oferecer um espaço seguro e confiável ao atendido, não passando informações deste – apenas para o solicitado. Este sigilo só irá se quebrar em casos extremos, como por exemplo, quando o atendido atenta sobre sua própria vida. Quando o paciente chega para o atendimento psicológico e este está em crise, devemos solicitar que algum familiar possa o acompanhar, encaminhando-o para a rede de apoio – hospital, por exemplo. O paciente que têm depressão deve ter acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Dependendo do caso, quando há tentativas de suicídio frequentes, o paciente deverá ter acompanhamento intensivo. É também importante trabalhar com os familiares do adolescente suicida, para auxiliá-los no tratamento.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Traduzido por Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BIAZUS, Camila B. RAMIRES, Vera Regina R. *Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos*. Psicologia em estudo, Maringá, v. 17, n. 1, p. 83-91, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Vera_Ramires/publication/262623500_Depression_in_

adolescence_An_issue_of_bonds/links/549f3eb60cf267bdb8fdb3b.pdf>. Acesso em: 10 jun 2017.

BLEICHMAR, Hugo. *Depressão: um estudo psicanalítico*. Tradução de Maria Cecília Tschiedel. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

BOUCHARD, Ghislaine. Suicídio na adolescência. Traduzido por Marilita de Castro. Psychomédia, 2006. Disponível em: <file:///D:/Documents/Downloads/Suicidio+na+adolescencia+[Trad.+Psychomedia].pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRAGA, Luiza de Lima. DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. *Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. v. 6, n.1, jun. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a02.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2017.

CALLIGARIS, Contardo. *A adolescência*. São Paulo: Publifolha, 2000.

CEDARO, José Juliano. NASCIMENTO, Josiana Paula G. do. Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 24, n. 2, 2013. Disponível em:<<https://www.revistas.usp.br/psicosp/article/view/63404>>. Acesso em: 23 set. 2017.

DELOUYA, Daniel. *Depressão*. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

DIAS, Maria Luiza. *Suicídio: testemunhos de adeus*. Editora Brasiliense, 1991.

FARIA, Ana Cristina G. M. de. Suicídio na adolescência. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. 2014. Disponível em: <<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/1831>>. Acesso em: 09 set 2017.

FRANKE, Débora. SILVA, Jerto Cardoso da. Da escuta à escrita: a construção do caso clínico em psicanálise. *Psicanálise & Barroco em revista*. vol. 10. n. 2. Dez. 2012. Disponível em: <<http://132.248.9.34/hevila/Psicanalise&barrocoemrevista/2012/vol10/no2/2.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

LEVISKY, David L. *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.