

PSICANÁLISE E A QUEBRA DE SIGÍLO

Marcella de Moraes Becker¹

Jerto Cardoso da Silva²

RESUMO

O trabalho em questão trata-se de um estudo de caso elaborado através dos atendimentos realizados no estágio curricular de Psicologia, na Universidade de Santa Cruz do Sul. Trás questões ligadas ao atendimento psicanalítico, suicídio, ética em Psicologia e Psicanálise e quebra de sigilo.

Palavras-chave: Quebra de sigilo; Psicanálise; Suicídio; Ética.

INTRODUÇÃO

Um caso, para Nasio (2001, p. 11), diz respeito ao interesse particular que o analista dedica por um paciente, em que na maioria das vezes leva a um intercâmbio de sua experiência com seus colegas, e quando feito por observações escritas, passa a ser chamado de caso clínico. “Assim, em psicanálise, definimos o caso como o relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico”.

Além disso, o autor nos mostra que o caso é,

um texto que, através de seu estilo narrativo, põe em cena uma situação clínica que ilustra uma elaboração teórica. É por essa razão que podemos considerar o caso como a passagem de uma demonstração inteligível a uma mostra sensível, a imersão de uma ideia no fluxo móvel de um fragmento de vida, e podemos, finalmente, concebê-lo como a pintura viva de um pensamento abstrato. (NASIO, 2001, p. 12).

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; Orientador de estágio curricular do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem Psicanalítica.

A partir desta definição de caso, é preciso que haja o conhecimento prévio da paciente em questão, para que assim consiga-se compreender os aspectos que serão analisados e discutidos ao longo do estudo.

A paciente é uma mulher, identificada ao longo do caso pelo nome fictício de Amélia, mais de 50 anos, casada, aposentada, mãe, possuindo uma boa aparência. Já havia feito psicoterapia no ano anterior, sendo-me encaminhada no início deste ano. Ao todo, foram realizadas 10 sessões em três meses de atendimento, tendo seu início no mês de Março e término no mês de Maio 2016.

Amélia chegava sempre com uns minutos de antecedência, comparecendo em todos os atendimentos, sem desmarcá-los ou faltá-los. Demonstrava estar transferenciada com a terapeuta, e preocupada com seu tratamento. Ao retornar aos atendimentos neste ano, a paciente tinha como queixa inicial o que trouxe no ano anterior, de que sua relação conjugal estava muito conturbada. Amélia relatava que seu marido havia lhe agredido algumas vezes, e que por último tinha saído de casa e ido morar com uma de suas filhas, porém ao registrar a agressão na delegacia da mulher, quando a paciente estava esperando pelos tramites judiciais do pedido de separação, acabou por retornar para casa.

A paciente relata que seu marido é alcoólatra, e que quando está sob efeito do álcool tornar-se agressivo. As brigas entre o casal eram constantes, Amélia relatava que não conseguia fazer nada que a deixasse feliz, pois o marido não permitia, sendo a psicoterapia o único momento em que a paciente saía de casa. A paciente estava, no início do tratamento, esperando por sua aposentadoria, pois havia sido afastada do emprego por problemas de saúde, essa questão, segundo ela, influenciava na tomada de decisão com relação ao pedido de separação, pois não conseguiria se sustentar sozinha. Porém ao final dos atendimentos, Amélia já estava aposentada e ainda permanecia casada.

Amélia aparenta ser uma pessoa com traços depressivos, se colocando sempre em situação de vitimização. É muito apegada a sua casa e seus bens materiais, estando sempre envolvida com os afazeres domésticos.

Em sua história de vida, a paciente relata que seus pais brigavam constantemente e que sua mãe apanhava muito dele, por este ser alcoólatra. Em dado momento, sua mãe tentou sair de

casa com os filhos, porém essa separação não aconteceu. Teve que trabalhar muito cedo, trabalhando em casas de família para auxiliar no sustento de sua família e poder estudar. Não pretendia casar-se, por acreditar que não seria feliz, porém ao vislumbrar a possibilidade de mudar de vida, e esta, estar ligada a um relacionamento conjugal. Amélia acabou casando-se. Porém, segundo a paciente, sua relação conjugal sempre foi muito tumultuada, e por mais que Amélia pedisse a seu marido para que ele não começasse a beber, logo no início de seu casamento ele já estava fazendo uso de Álcool, fazendo com que a paciente se sentisse muito triste e deprimida.

Esses relatos dão uma prévia da atual situação da paciente, para que no decorrer deste estudo, possa-se compreender melhor sua dinâmica.

A COMPREENSÃO DO CASO

Ao começo dos atendimentos realizados com Amélia, a paciente trazia para a sessão bastante fatos sobre as brigas que tinha com seu marido e a forma como ele agia com ela. Relatou-me sobre a tentativa de separação, sobre o relacionamento que tinha com suas filhas, e o quanto não conseguia se desfazer desta união conjugal, solicitando-me em uma das sessões que eu pedisse tudo para ela, menos para que se separasse do marido. Em diversos momentos Amélia dizia o quanto se sentia ameaçada por seu esposo e que quando haviam se separado da última vez, ele ameaçou matá-la e se matar.

A morte sempre apareceu nas sessões realizadas, como meio para a resolução dos problemas enfrentados pela paciente, pois Amélia considerava que poderia lhe acontecer o mesmo que havia acontecido com sua mãe, que ficou viúva e conseguiu ter sossego, segundo o relato da paciente.

O que nos chamou a atenção foi o fato de que a paciente, em dado momento, relatou que já havia tentado se matar, porém tinha pensado em suas filhas e acabou desistindo de tirar a própria vida, o que não impedia de Amélia buscar alternativas para que de fato isso acontecesse. Como a paciente não conseguia se desvincular desta relação, e as ameaças por parte de seu esposo eram frequentes, consideramos que haveria uma possibilidade de que a paciente tivesse

tentando, inconscientemente, provocar sua morte, visto que da última vez que Amélia apanhou do marido ela quase veio a falecer.

A partir desta conclusão, tomamos a decisão de quebrar o sigilo terapêutico, ou seja, de entrar em contato com algum familiar para que a atual situação da paciente fosse compartilhada com alguém que pudesse dar-lhe amparo caso fosse preciso. Tal medida foi tomada por considerarmos que a paciente corria risco de morte estando casada com alguém que a todo o momento poderia agredi-la até o óbito.

Na penúltima sessão que tivemos, perguntei para a paciente se poderia contatar uma de suas filhas para que juntas pudessemos tentar chegar a uma resolução desta situação, tendo a paciente concordado com tal medida, entrei em contato com sua filha e marcamos de conversar. Na última sessão a filha não compareceu e Amélia disse que não viria mais para a psicoterapia. No decorrer da semana a filha procurou o serviço e conversamos a respeito de sua mãe. A menina relatou que sua mãe sempre provocava seu pai e que isso ocorria já fazia bastante tempo. Manifestei minha preocupação quanto à vida da paciente, porém, na semana seguinte Amélia não compareceu a sessão, abandonando seu tratamento.

A partir desse fato, ficamos nos questionando até que ponto ajudou a paciente em questão e o quanto acabamos, com a quebra de sigilo, por afastá-la do serviço a fim de nos protegermos legalmente frente a essa situação.

Será justamente sobre a quebra de sigilo que este teórico analítico será elaborado, a fim de compreender a decisão tomada frente ao caso.

O DESEJO DE MORRER E O SUICÍDIO

O desejo de morrer é algo que nos leva a pensar os seus motivos, pois quando existe um sentimento de desistir da vida, há algo que se sobressai a ela, como forma de existência, afim de que a resolução do problema através da morte seja a única possibilidade cabível para tal situação.

Segundo Bastos (2009) citado por Zana e Kovacs (2013), “o suicídio é um acontecimento advindo de uma tendência a autodestruição, inserido em um contínuo existencial, caracterizado por diferentes graus de destrutividade”. Dentre os graus estabelecidos pelo autor, há através da

autodestruição, “as fantasias inconscientes, atitudes que põem em risco a própria vida e o forte desejo de se matar”, constituem as características de quem toma a morte como forma de acabar com seu sofrimento.

Solomon (2002) citado por Kovacs (2013 p. 72) se refere a quatro meios que justificam o suicídio, sendo o primeiro a impulsividade, que age como forma de expulsar a dor; o segundo, a busca de um alívio e consolo de seu sofrimento através da morte; o terceiro que considera a morte como a única saída para aliviar o fardo de pessoas próximas; e o quarto sendo, o planejamento racional do suicídio. “Para o autor, o suicídio é solução duradoura para um problema que poderia ter outras saídas”.

Como comentado anteriormente, o desejo pela morte, implícito na fala da paciente que via a ausência da vida como única saída para a resolução de seus problemas e com isso o alívio de sua dor, fica evidente o alerta que Amélia nos dava de sua busca pelo suicídio, mesmo que esse acontecesse através de um homicídio.

A teoria psicanalítica nos mostra que o sujeito ao se suicidar estaria se colocando simultaneamente como objeto e sujeito. “Objeto porque vai ser morto por sua total impotência de fazer frente às frustrações que a realidade lhe trouxe; Sujeito porque tem o poder absoluto sobre a vida e a morte”. (MAGALHÃES, 1990, citado por, LOPES E MILANI s/d, p. 4-5).

Freud, em seu texto *Luto e Melancolia* (1917/1996), faz uma tentativa de explicar o comportamento suicida. Correlaciona o ataque à própria vida com a tentativa de o sujeito matar o objeto com o qual se identificou e introjetou após a perda. Agindo assim, está ao mesmo tempo matando um objeto com quem se identificou e, em segundo lugar, voltando contra si próprio um desejo de morte antes dirigido contra outrem. O objetivo do suicida, em si, não é a morte. Ela é apenas um instrumento utilizado para alcançar um objetivo. O suicida está sim buscando uma saída para uma situação de conflito e vê na morte o instrumento mais potencial para alcançar o que deseja. O suicida é um homicida que elimina um objeto interno ameaçador, torturante, agressivo, enfim, que o molesta e perturba. (MAGALHÃES, 1990, citado por, LOPES E MILANI s/d, p. 4-5).

A pessoa que escolhe morrer, em sua grande maioria, está submersa a uma angustia tão grande que está atravessada pela irrupção do real no corpo. Tem a morte não como angustiadora, mas sim como meio de acabar com a angustia fornecida pela vida. (GEÍSA, 2015, p. 216)

No caso estudado, a paciente considerava ser mais fácil morrer do que viver e resolver o problema, pois através de seus relatos, a resolução dos conflitos em seu casamento como a

conquista de um novo sentido para sua vida eram possibilidades impossíveis de existir, causando assim, grande angústia para a paciente.

O QUE DIZ O CÓDIGO DE ÉTICA DA PSICOLOGIA E O CÓDIGO DE ÉTICA PSICANALISTA

O profissional com formação em Psicologia tem a obrigação de cumprir o que o código de ética desta profissão estabelece. Neste caso, em seu segundo item, nos princípios fundamentais do código de ética da Psicologia, diz que é dever do Psicólogo “promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (p. 7). Em seu 9º artigo, o documento traz que “é dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional”. (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO, 2014, p. 13).

A partir disso, como será possível promover saúde e a qualidade de vida ao paciente quando esse se encontra em situação de risco? E como garantir a confidencialidade das informações prestadas por ele quando se tem condições de violência, crueldade e opressão que permeiam o caso? Os recortes feitos no código de ética, como citação a este estudo, servem para ilustrar que mesmo sendo um dever do Psicólogo promover qualidade de vida a seu paciente, sendo feito com o máximo de sigilo possível, a fim de proteger a intimidade do sujeito o qual confiou a escuta deste profissional; fez-se necessário contatar um familiar da paciente, a fim de que esse, nos ajudasse a garantir o direito à vida dela.

Cohen e Segre (1994) citado por Zana e Kovacs (2013), nos mostram que “a ética envolve percepção de conflitos, autonomia de escolha e coerência”.

Assim, ao pensarmos sobre a ética Psicanalítica, percebemos que há uma diferença entre ética humana e ética do sujeito. A primeira diz respeito a conduta tida pela medicina que vê a vida em seu funcionamento pleno, tendo obrigação de preservá-la de qualquer forma. Já a ética

do sujeito, imprime sobre este a responsabilidade pelo seu desejo e seu gozo, cabendo a ele decidir pelo seu bem e pelo seu mal. (CARVALHO, 2005, p. 172).

Ou seja, de acordo com o entendimento psicanalítico a morte pode ser entendida pelo paciente como o seu gozo pleno, não cabendo ao analista decidir pelo paciente se este deve viver ou abandonar a vida.

De qualquer forma, há a possibilidade de o analista quebrar o sigilo, e isso ocorre quando o profissional necessita da intervenção de algum familiar para resolver determinada situação, sendo esta, em sua maioria, casos de violência. Assim mesmo é recomendável que o paciente seja consultado e de preferência que participe do encontro. (ZIMERMAN, 2005, p. 51).

Porém na grande maioria dos casos, o paciente sente-se traído pelo analista, o que pode levar a uma desistência por parte deste ou a necessidade de ser retomada a aliança terapêutica entre analista e paciente.

REFERÊNCIAS

NASIO, Juan-David (Dir.). *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001. 244 p.

ZANA, A. R. de O.; KOVÁCS, M. J. O psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. *Estudos e pesquisa em psicologia*, v. 13, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8598/6490>> Acesso em: 17 jun. 2016.

KOVÁCS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Revista Psicologia: teoria e prática*, v. 15, n. 3, p. 69-82, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/05.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

LOPES, F. F.; MILANI, R. G. *Suicídio: Um desafio para o Psicólogo clínico*. Disponível em: <<http://www.ppi.uem.br/eventos/artigos/32.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

FREITAS, G. A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio. *Stylu Revista de Psicanálise*, n. 31, p. 215-222, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/stylus/n31/n31a22.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). *Código de ética profissional do psicólogo*. 2014. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2016.

CARVALHO, S. Ética e suicídio. In. TEIXEIRA, A (Org.). *Especificidade da ética da psicanálise*. Salvador. Associação Científica Campo Psicanalítico, p. 180, 2005. Disponível em:< <http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1075/especificidades-da-etica-da-psicanalise.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

ZIMERMAN, David E. *Psicanálise em perguntas e respostas: verdades, mitos e tabus*. Porto Alegre: Artmed, 2005. 320 p.