

ADOLESCÊNCIA, SUICÍDIO E REDES DE APOIO: O DESEJO DE MORTE ENQUANTO GRITO PELA VIDA

Vitória Merten Fernandes¹; Dulce Grasel Zacharias

Resumo

O presente trabalho propõe-se a analisar teoricamente um caso atendido em psicoterapia individual em um Serviço-Escola, com o objetivo de discutir como a fraca rede de apoio familiar da paciente e as fronteiras rígidas da família tiveram papel no seu sintoma. A paciente, de 13 anos, apresenta ideação suicida e um histórico de tentativas de suicídio – apesar do caráter reversível de todas. A partir disso, discute-se a importância da rede de apoio familiar enquanto fator de proteção à saúde da adolescente e como o seu desejo de morte configura-se, também, enquanto a manifestação de seu desespero diante de seu contexto.

Palavras-Chave: adolescência; suicídio; família.

Introdução

Este trabalho consiste em uma análise teórica de um caso atendido em psicoterapia individual em um Serviço-Escola. Serão explorados aspectos do caso que remetem a ideação suicida apresentada pela paciente, de 13 anos, e, também, sobre a dinâmica familiar desta, que, por não oferecer suporte adequado para que a menina externalize e lide com os seus sentimentos, faz com que a mesma sinta-se sozinha, desamparada, como um peso para aqueles ao seu redor e, a partir daí, iniciam-se os seus pensamentos de morte. O suicídio, ou a ideação suicida – como no caso em questão -, é de importante discussão enquanto se pensando a clínica psicológica. São muitos os mitos sobre o suicídio e este, muitas vezes, ainda é considerado um tabu. Especialmente se tratando de crianças e adolescentes. Por isso, ao se pensar em saúde mental, falar sobre torna-se fundamental na formação profissional.

Métodos

O método utilizado foi o de estudo de caso, escolhido por se caracterizar como a análise de um caso individual, buscando compreender, através da dinâmica teoria-prática, as particularidades de determinado fenômeno. A análise teórica será feita buscando suporte na abordagem da Terapia Familiar Sistêmica, enquanto do entendimento da dinâmica familiar e como esta contribui para os desdobramentos do caso aqui discutido.

¹ Vitória Merten Fernandes – vitoriafernandes@mx2.unisc.br - Acadêmica de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul; Dulce Grasel Zacharias – dulce@unisc.br – Docente do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, Av. Independência, nº 2293, Universitário, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul Brasil.

Resultados

Percebe-se que a paciente apresenta dificuldade na criação de vínculos e em confiar, fechando-se em seu próprio mundo e carregando as questões que a preocupam consigo. A. fecha-se para relacionamentos próximos e nem os deseja, pois, em sua experiência, as pessoas vão embora de sua vida e não apegar-se faz com que seja mais fácil suportar isso. Relata sintomas de ansiedade quando em momentos de tensão, como falta de ar, tremor, dor no peito, palpitação, sensação de morte iminente – principalmente durante as brigas com o pai ou situações que possam desencadear desentendimentos com este, como provas e entregas de boletim. Assis *et. al* (2007, p. 17) diz que: “O relacionamento inseguro da criança com seus cuidadores é um outro ponto importante para se compreender os sintomas de ansiedade”, destacando que existem também outros fatores. Mas para o entendimento do caso de A., torna-se importante pensar na dinâmica familiar e nas relações estabelecidas nesta, principalmente sabendo que esses sintomas aparecem frente a situações que podem levar a desentendimentos com o pai.

É possível, também, compreender que a dinâmica familiar de fronteiras rígidas e relacionamentos distantes e/ou conflituosos, faz com que a menina tenha dificuldade em lidar com frustrações, decepções ou situações em que se sente triste, pois não encontra o apoio necessário para externalizar e lidar com suas emoções de forma saudável. Uma família com fronteiras rígidas é excessivamente restritiva e permite “pouco contato com subsistemas externos, resultando em *desligamento*” (NICHOLS&SCHWARTZ, 2007, p. 184), o que forma indivíduos isolados, como podemos perceber no caso em questão. Assim, carregando consigo questões em que encontra dificuldade de lidar e não encontrando o apoio necessário, os pensamentos de morte de A. se originam. Através deste estudo, percebe-se o quanto as redes de apoio são fundamentais na formação de nossas personalidades e, também, para nossa saúde mental, atuando como fator de proteção.

Discussão

“Etimologicamente, suicídio deriva de *sui* (de si) e *caedere* (matar), e designa a morte de si (ou do) próprio” (OLIVEIRA, 2001). O suicídio, porém, é um fenômeno complexo e que vai além do ato suicida.

O comportamento suicida costuma ser concebido como variando em um *continuum* que se inicia com idéias de suicídio, ou seja, pensamentos de acabar com a própria vida. Se o processo avança, surge o planejamento suicida, que é a etapa em que o

sujeito estabelece quando, onde e como fará para levar avante a conduta de autodestruição. A partir daí, poderá ocorrer a tentativa de suicídio, resultando ou não em morte. (BAGGIO, *et. al*, 2009).

Além disso, existe ainda o conceito de parasuicídio que é o “ato ou comportamento não fatal, eventualmente não habitual num dado indivíduo e com o qual ele não tem clara intenção de morrer, mas no qual se arrisca a danos em si mesmo” (OLIVEIRA, 2001), como na auto-mutilação. Segundo o relato do pai, A. cortou os braços e essa não seria a primeira vez que tal fato acontece. O relato de A. de como uma pessoa que se corta o faz e como se sente, nos faz entender que, no momento do corte – apesar da paciente não dizer que ela havia o feito -, não havia uma clara intenção de morte e, sim, a busca por uma forma de alívio de sua dor emocional.

O suicídio se apresenta como um problema de saúde pública e sua incidência vêm aumentando ao longo dos anos. Enquanto os homens se suicidam mais, “as tentativas de suicídio são mais comuns entre os jovens e no sexo feminino” (OLIVEIRA, 2001). As tentativas de suicídio ou a ideação devem ser sempre encaradas com seriedade pelo profissional de saúde, pois podem predizer um suicídio consumado.

Baggio *et. al* (2009) diz que “entre adolescentes, os comportamentos de risco, em interação com fatores sociais e ambientais, têm gerado um aumento de mortes prematuras”. Por isso, no caso de A., foi importante levar os relatos da menina que indicavam a presença de uma ideação suicida e, inclusive, momentos em que ela relata ter acontecido a tentativa de suicídio. Ao acompanhar o caso, sabe-se que A. vivencia fatores de risco que poderiam levá-la ao ato suicida efetivo.

Segundo Benicasa e Rezende (2006), “*fatores de risco* são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desencadeamento de um evento indesejado, não sendo necessariamente fator causal”. Ou seja, são elementos que podem estar associados, neste caso, a tentativa de suicídio. Os autores elencam como fatores de risco na adolescência brigas ou problemas dos pais, não ser escutado (a), sentir-se invadido (a), solidão, traição de amigos, namorado, sentimento de desproteção e questões financeiras, tendo como consequência depressão, prolongamento da tristeza, isolamento, auto-agressão e, por fim, suicídio. A. encontra-se em um ambiente de contínua tensão, pois as brigas com o pai são constantes, além de, pela dificuldade em confiar e estabelecer vínculos, acabar se isolando.

Como fatores de proteção, os autores elencam família próxima e alguém confiável para se abrir. Newman *et. al* (2008) diz que “a atenção e afetividade dos pais carregam uma relação negativa consistente com a concepção de suicídio e autolesão”, ou seja, o apoio da família apresenta-se fundamental para o adolescente. A. relata o quanto o pai é autoritário e cobrador, acreditando fazer seu trabalho por dar bens materiais aos filhos, mas não lhes dispensando afeto. A colocação da menina se reafirma em conversas realizadas com o pai, quando este concorda da necessidade de afeto de A., mas desloca essa função para a mãe e, também, para o Serviço, dizendo ser este o motivo de tê-la trazido ali – a falta de afeto. A mesma autora diz que adolescentes com concepções suicidas, “viam suas mães e pais como sendo significativamente mais autoritários, [...] o clima familiar como sendo significativamente mais conflituoso e menos afetivo”, no que chamou de “controle sem afetividade”. A autora destaca, ainda, a importância de um equilíbrio entre controle e afetividade.

A ideação suicida e os relatos de tentativa de suicídio de A. surgem em um momento de conflitos familiares, onde a menina vivencia o que, para ela, é um novo abandono. Tendo sido devolvida ao pai pela mãe com 8 meses, levada aos avós e, após 11 anos, novamente buscada pelo pai, estabelecido vínculo com a madrasta que traiu sua confiança, A. enxerga toda despedida como um abandono. A menina prefere o isolamento a sofrer novas decepções e sente-se um peso na vida de sua família, o que é reforçado pela própria família que, além de não lhe oferecer suporte para que lide com suas emoções – enxergando suas manifestações como tentativas de chamar atenção -, ainda a coloca em um lugar de culpa. As falas do pai e dos tios de que A. seria culpada pela separação do pai, que a vida deste seria diferente sem ela e de que ela estaria atrapalhando a vida dos avós, despotencializam e anulam a existência da menina. Werlang *et. al* (2005) diz que “ideias de morte e intenção de querer morrer podem representar um início de desistência para lutar contra uma angústia insuportável, podendo ocorrer por falta de expectativas positivas”, o que condiz com a situação de A. Sem o apoio e os vínculos necessários para uma vida saudável, A. não encontra expectativas positivas para o seu futuro.

O fato de A. não manter relacionamentos próximos e evitar ao máximo a vinculação com outras pessoas vai de encontro com o que Schneider e Ramires (2007) dizem: “a qualidade dos vínculos que puderam ser constituídos pelas crianças, bem como dos modelos representacionais que lhes correspondem, pode se constituir como importante fator de resiliência no enfrentamento das crises”. Não apresentando vínculos significativos, A. tem

dificuldade em enfrentar situações em que se sinta triste, decepcionada ou frustrada, pois lhe falta a rede de apoio familiar enquanto espaço de acolhimento e cuidado, que, segundo os mesmos autores, “diz respeito aos recursos disponibilizados por outras pessoas em situações de necessidade”. É perceptível que A. não encontra esses recursos em sua família, que considerou suas tentativas de suicídio como tentativas de chamar a atenção e, ao invés de ajuda-la, repreenderam-na.

Por último, Baggio *et. al* (2009) considera que “relações familiares adversas, pequeno número de amigos, contatos agressivos com colegas e sintomas depressivos aumentam a prevalência de planejamento”, o que novamente vai de encontro com o caso de A. Para evitar maiores decepções e novos abandonos, a paciente escolhe não se vincular. Inclusive, em sua fala, diz que logo que conheceu as poucas amigas que tem, não gostava de nenhuma delas – e que tal fato é uma constante em sua vida -, o que pode ser interpretado como um mecanismo de defesa utilizado por A., para afastar possíveis vínculos que viriam a decepcioná-la.

Cabe destacar que, ocasionalmente, nesse período evolutivo, podem aparecer idéias suicidas, uma vez que fazem parte do processo de desenvolvimento de estratégias que acontece na infância e na adolescência para lidar com problemas existenciais como, por exemplo, compreender o sentido da vida e da morte. A questão torna-se preocupante quando o suicídio passa a ser a única alternativa que o sujeito encontra para “resolver” suas dificuldades. A intensidade desses pensamentos, sua profundidade, duração, o contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles é que são fatores que distinguem um jovem saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida (WERLANG, *et. al*, 2005).

Reforço aqui que, a partir do que foi trazido até agora em psicoterapia, não se pode afirmar uma patologia ou que A. encontra-se em uma crise suicida. A ideação suicida trazida pela paciente deu-se em um momento de crise familiar e, sabendo que a menina tem dificuldade em lidar com separações, não encontrando o apoio necessário em sua família, não é possível dizer que A. não encontre outras maneiras para “resolver” suas dificuldades, porém, é necessário prestar atenção aos indícios de um possível comportamento suicida por parte da paciente.

Neste sentido, Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) ainda dizem que: “A gravidade do gesto suicida poderá relacionar-se com um chamado ‘ponto sem retorno’, que tem relação com a reversibilidade da tentativa. Nenhuma das tentativas ou planejamentos apresentados por A. – amarrar algo em seu pescoço, jogar-se da sacada de seu apartamento no 2º andar –

era irreversível. Podemos pensar, aqui, que eram atos de desespero, entendendo sua ideia suicida, possivelmente, como um desejo de morte pelo desespero de uma vida que não encontra no ambiente em que vive. Ou, como dizem os autores acima citados, “arriscar morrer para sobreviver”.

Conclusões

Foi possível compreender que a dificuldade que a menina tem em enfrentar as adversidades que surgem em sua vida tem ligação com a fraca rede de apoio familiar que se faz presente e os poucos vínculos sociais e familiares que ela mantém. Sua história de vida, escrita com abandonos, decepções e pouquíssimo apoio, faz com que a paciente prefira o isolamento, para evitar que isso se repita. Tudo isso desperta nela um sentimento de desvalor, de impotência e, inclusive, de ser um peso na vida daqueles que a cercam, fazendo com que a paciente não enxergue um futuro positivo em sua vida, o que dá começo a sua ideia suicida. É necessário que A. tenha fatores de proteção em sua vida, desenvolvendo suas potencialidades e recebendo apoio e afeto, criando vínculos para um viver mais saudável e com menos riscos à sua saúde mental e integridade física.

Referências:

- ASSIS, Simone Gonçalves de, *et. al.* *Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2007.
- BAGGIO, Lissandra; PALAZZO, Lílian S.; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. *Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n1/15.pdf>> Acesso em: out. 2015.
- NEWMAN, Kathy *et. al.* *Relações entre modelos de pais e comportamentos de risco na saúde do adolescente: uma revisão integrativa da literatura*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_21.pdf> Acesso em: out. 2015.
- NICHOLS, Michael P.; SCHWARTZ, Richard C. *Terapia familiar: conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- OLIVEIRA, Abílio; AMÂNCIO, Lígia; SAMPAIO, Daniel. *Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente*, 2001. Disponível em: < <http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/ap/article/view/382/pdf>> Acesso em: out. 2015.
- SCHNEIDER, Ana Cláudia Nuhlmann; RAMIRES, Vera Regina Röhne. *Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência*. *Aletheia*,

Canoas, n. 26, dez. 2007. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942007000200009&script=sci_arttext> Acesso em: out. 2015.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; BORGES, Vivian Roxo; FENSTERSEIFER, Liza.

Indícios de potencial suicida na adolescência. *Psic. Rev.* São Paulo, n. 14, maio 2005.

Disponível em: < <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18125/13480>>

Acesso em: out. 2015.