



POSSIBILIDADES DA PSICANÁLISE FRENTE AOS SUJEITOS QUE CHEGAM AOS HOSPITAIS APÓS UMA TENTATIVA DE SUICÍDIO

Lúcia Efigênia Gonçalves Nunes¹

Luciana Almeida Santos²

RESUMO: Esse artigo apresenta um estudo sobre o sofrimento psíquico do paciente internado em instituições hospitalares após tentativa de suicídio e levanta as possibilidades da psicanálise nesse momento em que o sujeito almeja a morte. O objetivo é buscar conhecimento acerca desses pacientes que atentam contra a própria vida e analisar o que pode ser feito por eles a nível psíquico nos hospitais, visto que o suicídio é hoje um grande problema de saúde pública. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, com revisão bibliográfica em textos e artigos psicanalíticos que abordam o tema, buscando conhecimento nos escritos freudianos e pós-freudianos sobre a dor desses sujeitos suicidas e sobre a importância da escuta analítica oferecida a esses pacientes hospitalizados após uma tentativa de autoextermínio. Correlacionou-se a bibliografia a exemplos de casos atendidos pela autora em um hospital de urgência. Os resultados apontaram que a psicanálise possibilita ao sujeito a ressignificação da tentativa de suicídio, ao propiciar o desenvolvimento de sua potencialidade simbólica, capaz de levá-lo ao reencontro com a pulsão de vida. Mas, há a necessidade de um olhar que abarque o sujeito como um todo, portanto físico, social e psíquico e que se estenda para além do processo de hospitalização. Concluiu-se que a psicanálise ajuda o sujeito a encontrar recursos outros além da morte, o ajudando a superar o luto, ressignificar o vazio e elaborar a autodestruição.

PALAVRAS-CHAVE: Hospital; Suicídio; Psicanálise.

ABSTRACT: This article presents a study on the mental suffering of the patient hospitalized in hospitals after suicide attempt and raises the possibilities of psychoanalysis at that time the subject craves death. The goal is to seek knowledge about these patients that go against life itself and analyze what can be done for them the psychic level in hospitals, since suicide is now a major public health problem. We conducted a qualitative research, with literature review in texts and psychoanalytical articles on the topic, seeking knowledge in Freud's writings and post-Freudians on pain of suicide subjects and the importance of analytical listening offered to these patients hospitalized after an attempted of self-extermination. We correlated the bibliography with examples of cases seen by the author in an emergency hospital. The results showed that psychoanalysis allows the subject to reinterpretation of suicide attempt, to promote the development of its symbolic potential, able to take you to the reunion with the life drive. But, there is the need for a look that encompasses the subject as a whole, thus physical, social and psychological and extends beyond the hospitalization process. It was concluded that psychoanalysis helps the individual to find other resources beyond death, helping to overcome grief, reframe the empty and prepare the self-destruction.

KEYWORDS: Hospital; Suicide; Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

O que nos diz a psicanálise sobre o suicídio? O que pode ser feito, a nível psíquico, pelos pacientes que chegam aos hospitais após uma tentativa de autoextermínio?

O objetivo desse artigo é demonstrar a importância da leitura psicanalítica acerca desses pacientes que atentam contra a própria vida e demonstrar o que pode ser feito por eles a

¹ Professora orientadora: Mestre pela Universidade Federal Rio de Janeiro, Brasil (2001), e titular da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Brasil, e-mail: luciaefigenia@yahoo.com.br

² Aluna do Curso de especialização em Psicologia da PUC MINAS: Clínica Psicanalítica na Atualidade: Contribuições de Freud a Lacan, turma 07, unidade São Gabriel. Psicóloga clínica da FHEMIG. luturmalina@yahoo.com.br



nível psíquico nos hospitais, visto que o suicídio é hoje um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo e que o maior fator de risco para o autoextermínio é o histórico de tentativa de suicídio (BRASIL, 2006). Acredita-se que o estudo possa produzir e/ou aperfeiçoar intervenções para esses sujeitos que expressam na busca pela morte, grande sofrimento humano.

O significado do suicídio está associado a aspectos culturais, políticos, sociais, econômicos e históricos. Hoje é considerado um dos maiores problemas de saúde pública pelos danos que causa ao sujeito e aos familiares envolvidos.

As instituições hospitalares são locais de tratamento para doenças e traumas diversos, na busca pela cura e pela vida. São questionadas em seu saber quando recebem pacientes que, além de não procurarem um tratamento, tentam causar a própria morte. Aqui a referência exclui os hospitais psiquiátricos, nos quais o tratamento envolve explicitamente o paciente que tenta o autoextermínio.

Para medicina, mestra dos hospitais, o sujeito é um corpo orgânico, prestes a receber concertos a qualquer tempo. Enquanto o médico responde a uma demanda de cura do corpo, tratando do sintoma via observação, interpretação e classificação, para o psicanalista o corpo humano não se desvincula do sujeito. Quando o sintoma transforma-se em uma questão para o sujeito, ele representa a divisão do mesmo (\$), sendo que, nesse momento o sintoma se torna propriamente analítico. O psicanalista lança seu olhar para o desejo existente na presença eterna da falta, responde a algo da linguagem que escapa ao sujeito. Esse sintoma para o analista mantém uma estrutura na linguagem e só pode ser trabalhado com a implicação do indivíduo.

Qual a pertinência da escuta psicanalítica dentro de uma instituição hospitalar frente às tentativas de suicídio que ali chegam? A instituição, questionada nesse momento pelo paciente que se autoinfligiu, demanda curar o corpo, convencer o paciente da necessidade de cumprir a proposta médica, de viver a qualquer custo, de se recuperar como todos os outros. O psicanalista vai em direção ao singular, trilhando outras vias. Segundo Carvalho e Peres (2014), diante uma tentativa de suicídio, frente a um sujeito sem demanda, sem desejo, orientado pela vontade de morte, através da transferência, ele pode ser convidado a abrir mão da posição do gozo para se interrogar sobre seu ato. Na transferência, ao ser convidado a falar, o sujeito pode vislumbrar a via do desejo e confrontar o gozo da morte com o desejo de saber. O sujeito é convidado a sair do discurso do mestre (eu sou um suicida) e se colocar no discurso do histórico (por que a falta de desejo e o gozo de morte?). Um paciente que chega ao hospital com o discurso de que tentou se matar por não aguentar a dor de perder um ente querido,

tem a possibilidade, frente ao atendimento psicanalítico, de se perguntar sobre essa perda e ressignificar essa dor, encontrando alternativas para além da morte.

Há sempre várias questões psíquicas correlacionadas a uma tentativa de suicídio: Freud trabalhou principalmente com a vivência de luto ou melancolia e com a pulsão de morte. Compreender que esse sujeito que desiste da vida tem uma história, muitas vezes silenciada, e colocá-la em movimento, é uma grande possibilidade de conduzi-lo ao desejo, à vida.

Os profissionais de saúde devem preocupa-se com o sujeito após uma tentativa de suicídio, já que há uma mensagem de angústia, de dor, de desespero, de autodepreciação, de perda, de medo, de repetição. Através de uma escuta analítica é possível que o paciente repense de forma crítica suas construções e trabalhe os próprios sentimento e emoções, e assim, ressignifique sua história, reconstrua sua vida. A instituição hospitalar deve funcionar como lugar de acolher o desamparo de um sujeito frente a um discurso capitalista que faz imperar o hedonismo, excluindo todos aqueles que se fazem sujeitos nos sentimentos mais humanos: angústia, medo, tristeza, ansiedade e solidão, muitas vezes expressados na tentativa de autoextermínio.

Assim, o psicanalista, através da transferência, muito tem a oferecer nas instituições de saúde frente os sujeitos que se fazem confrontar com a morte, tanto quanto ao olhar teórico que se lança a esse sujeito, quanto à prática frente ao suicida. Tarefa árdua de fazer transformar pulsão de morte em pulsão de vida, de barrar o gozo e ajudar o sujeito a se confrontar com seu desejo, possibilitando-lhe outras escolhas além da autodestruição, fazendo o sair da repetição de inúmeras tentativas de suicídio que causam dor, doenças, perdas e muitas vezes o ato fatal: a morte. São citados alguns casos pela estudante que trabalha em um hospital de urgência. Os exemplos trazem as principais questões apresentadas pelos sujeitos hospitalizados após uma tentativa de suicídio correlacionadas às referências apresentadas.

2 PSICANÁLISE E SUICÍDIO: BREVE REVISÃO TEÓRICA

A psicanálise se constituiu no momento em que rompeu com a medicina sobre a causa do trauma nas pacientes histéricas estudadas. Como poderia a histeria ter causas orgânicas e hereditárias se através da hipnose os sintomas sofriam remissão temporária? Perguntava-se Freud em seus estudos com Charcot. Freud começou a perceber que a verdade sobre o sintoma só sabia a própria histérica. E que essa verdade seria dada a partir do deixar falar. Mas onde se esconde esse saber? No inconsciente, outro estado da consciência, marcado com representações que por serem de caráter insuportável sofreram recalque. Não somos senhores

em nossa própria casa, assim afirmava Freud ao se referir ao inconsciente que se presentifica através de sonhos, chistes, sintomas, lapsos. A análise leva ao sem sentido, que cria significação. Após Freud, Lacan lhe fez uma releitura na qual teorizou sobre o inconsciente estruturado como linguagem. Cabe ressaltar que é impossível compreender essa releitura de Lacan sem compreender a primazia do significante, que representa o sujeito para outro significante. Lacan desenvolveu o termo de Sujeito barrado, marcado sempre pela falta, definido pela impossibilidade de sua nomeação e pelo vazio. Afirmou ainda que o corpo é escrito e sobrescrito por significantes.

Carvalho cita Lacan em seu Seminário 20, ao afirmar que o significante é também aquilo que faz limite ao gozo. Por essa perspectiva, é possível concluir que o sujeito em uma instituição que favoreça a escuta analítica, ao ser convocado a falar sobre o ato suicida, e, portanto, a colocar seus significantes em ato analítico, pode construir um recurso para fazer borda ao gozo da morte (CARVALHO; PERES, 2014).

No artigo, “Trauma, dor e ato: O olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio”, Macedo e Werlang (2007a) escrevem sobre um caso clínico que efetivou uma tentativa de autoextermínio e fazem correlações entre trauma, dor psíquica e ato. Explora-se a inter-relação entre o traumático, a ruptura das barreiras de proteção do psiquismo e o predomínio do irrepresentável que tem como consequência o ato de tentar tirar a própria vida. Nesse artigo os autores relatam o caso clínico de uma moça de 25 anos que chegou ao hospital após uma segunda tentativa de autoextermínio com intoxicação por morfina. Ao escutarem o caso perceberam que desde a infância a jovem era marcada por traumas que deixaram rastros de dor não simbolizados. Trabalharam o *ato-dor* como um ato decorrente da vivência de situações traumáticas acrescidas da incapacidade psíquica de processar este excesso. No *ato-dor* observaram o predomínio do ato como forma de evacuação dessas quantidades que provocaram dor psíquica e deixaram o sujeito encurralado num processo de repetição.

Nesse mesmo artigo os autores afirmam sobre a importância relacionada a ocorrência de uma vivência cujo valor efetivo resulta em um excesso que fica à mercê das condições psíquicas do sujeito de processá-la, demonstrando a relação existente entre doença e sua causalidade. Fica clara a impossibilidade do sujeito de processar a violência de suas experiências e a mesma transbordar no *ato-dor*.

Frente a esse artigo, fica evidente a importância de ajudar o sujeito dar vazão à sua dor psíquica via associação livre, no momento após uma tentativa de suicídio. Acreditando no material inconsciente a escuta psicanalítica é desenvolvida e pela Associação Livre é possível tornar o material recalcado e aflitivo do paciente em consciente para que possa ser trabalhado.

Assim a dor pode ser externalizada e via palavra seu significado simbólico pode ser elaborado.

O motivo do suicídio pode se agarrar a algo fortuito do cotidiano, mas é muito mais complexo, pois se emaranha a questões inconscientes. Percebe-se que a tentativa de suicídio pode trazer como justificativa a vivência de uma situação do presente (a briga com o namorado), mas, apresenta um forte entrelaçamento com os desejos inconscientes do paciente. Atrás do suicídio, ou de sua tentativa, há muitas feridas psíquicas abertas.

Silva (2007) escreve que até mesmo o suicídio claramente justificado tem as suas raízes não na presente situação insuportável, mas na conjunção desta com um desejo inconsciente. Afirma ainda que, frente a esta ideia seria razoável imaginar que algo do sujeito *a priori*, o determinaria à morte voluntária.

Em 1886, Freud apresentou o caso de uma hemianestesia em um homem histérico. Relatou que esse homem apresentava uma perda de sensibilidade do lado esquerdo do corpo sem nenhuma justificativa orgânica, mas que havia se desenvolvido logo após uma briga com o irmão. Escreveu que esse indivíduo começou a apresentar um estado tão deprimido em decorrência de sua doença, que pensou em suicídio. Nesse caso o homem justificava o desejo de morte com a briga com o irmão, mas ficava clara a presença de outras questões inconscientes que se correlacionava com o fator presente causando o desejo de morte, afirmava Freud.

No texto “Psicogênese de um caso de homossexualidade em uma mulher” Freud, (1920) relatou o caso de uma jovem que se apaixonou por uma mulher mais velha, sendo repudiada pelo pai por esse sentimento e pela companhia dessa dama. Um dia o pai da jovem a encontrou na rua acompanhada da dama e lhe lançou um olhar de ira. A moça contou para a dama que aquele era seu pai e ele havia proibido a amizade entre as duas. Enfurecida, a dama terminou tudo com a jovem. Subitamente a jovem tentou o suicídio e se jogou na linha de um trem, ficando muito machucada.

No momento que a jovem tentou se matar, ela estava dirigindo a si mesma o desejo de vingança contra o pai que impedia sua realização com a senhora pela qual se apaixonou. Freud (1920) afirmou que o masoquismo é a volta da pulsão para o próprio ego que deve ser encarado como um sadismo que se voltou para o próprio ego do sujeito. O desejo *a priori* da jovem era de matar o pai, mas o sadismo se transformou em masoquismo contra o próprio ego e assim ela tentou se matar.

Há questões anteriores que se correlacionam às atuais, determinando as ações dos sujeitos. Muitas vezes os relatos dos pacientes internados trazem como justificativa da tentativa de suicídio término de relacionamentos amorosos marcados por conflitos. Ao serem escuta-

dos, esses pacientes relembram e ressignificam relacionamentos anteriores, pontuando quando as fragilidades se instauraram. Uma jovem atendida na urgência dizia insistentemente ter tentado se matar (terceira tentativa de autoextermínio) por causa do término do namoro, pois não aguentava pensar na dor de viver sem o namorado. Nos atendimentos da psicologia, orientados por uma escuta psicanalítica, apareceram questões referentes a uma infância cheia de doenças infecciosas, marcada por uma mãe que afastava qualquer possibilidade de frustração frente à filha doente. Nos atendimentos, essa paciente começou a questionar os sentimentos e as ações frente o relacionamento amoroso, marcado pelo medo de perder o namorado, já que não conseguia aceitar o fato de perder algo, pois era doente e todos precisavam suprir sua condição de doença a afastando de sentimentos referentes a perdas. A questão não era mais não ter o namorado, mas experimentar algo que lhe foi privado na infância: lidar com a falta do outro. O trabalho psicanalítico possibilitou esse novo olhar e a busca de saídas para esse sofrimento psíquico que não fosse o suicídio.

Em “Contribuições para uma discussão acerca do suicídio” Freud (1910) afirmou que as escolas secundárias deveriam além de não impelir os alunos ao suicídio, dar-lhes o desejo de viver e o apoio em uma época de vida em que as condições do seu desenvolvimento os compeliam a afrouxar os vínculos com a família. Assim, Freud correlacionou o desejo de vida também aos estímulos externos tais como família, mestres e instituições, principalmente nos momentos de desamparo vivenciados pelo sujeito. “[...] Freud aponta que a falha na sustentação do lugar de mestre pode ser letal para aquele que se encontre desamparado, no limbo, em um momento em que se atravesse o umbral entre um lugar subjetivo e outro [...]”, citado por SILVA (2007, p. 133). Quando o paciente chega a um hospital após uma tentativa de suicídio, em um momento de desamparo, a psicanálise tem a chance de agir como um fator externo e colocar em movimento as questões psíquicas do sujeito. O Sujeito Suposto Saber pode funcionar como uma âncora a princípio, como um mestre que vai aos poucos saindo desse lugar fazendo o sujeito se questionar sobre seu saber e não saber inconsciente.

Muitas tentativas de suicídio são desencadeadas pelo luto vivenciado pelos sujeitos. Nesses casos o eu se entristece pela perda de um objeto amado, que é identificado: a esposa, o filho, o emprego. No luto há a perda real do objeto e, após um tempo, a transferência da libido para outros objetos.

Em outros momentos, deve-se observar a melancolia como desencadeadora da tentativa de autoextermínio. Nesses casos, as causas são inconscientes para o sujeito: Muitos pacientes dizem: “eu não sei o porquê fiz isso”. A Melancolia se dá pela perda do objeto, ambivalência e regressão da libido ao ego.

A melancolia está relacionada a uma perda mais ideal, relacionada à perda objetal retirada da consciência, há algo de inconsciente, envolve uma perda considerável de autoestima. Freud afirma que, no luto é o mundo que se torna vazio, enquanto na melancolia é o próprio ego. O luto é um processo natural frente às perdas vivenciadas na vida, a melancolia é um quadro de desistência da vida. Na melancolia a autodepreciação feita a um objeto amado é transferida para o próprio ego do paciente, há um retorno da agressividade para o próprio eu, que seria dispensada ao objeto perdido.

É muito comum escutar o paciente dizer que não deseja mais viver porque a vida perdeu o sentido após a perda da esposa, do emprego, de uma situação financeira confortável. Esses exemplos de tentativas de suicídio são desencadeados pelo luto vivenciado pelos sujeitos: o eu se entristece pela perda de um objeto amado, que é identificado, há a perda real do objeto. Porém muitas outras falas são carregadas de um não saber, os pacientes dizem não compreenderem o porquê tomaram a soda caustica ou se atiraram de grandes alturas (atos extremamente agressivos), apenas referem a sensação de um vazio marcado pela incompreensão. Nesses últimos casos podemos identificar os processos de melancolia definidos por Freud, nos quais a raiva do objeto perdido se volta para o próprio ego do sujeito.

A perda de um objeto amoroso constitui excelente oportunidade para que a ambivalência nas relações amorosas se faça efetiva e manifesta. Onde existe uma disposição para a neurose obsessiva, o conflito devido à ambivalência empresta um cunho patológico ao luto, forçando-o a expressar-se sob forma de auto-recriminação, no sentido de que a própria pessoa enlutada é culpada pela perda do objeto amado, isto é, que ela a desejou. (FREUD, 1917, p. 256).

Silva (2007) escreve que a ambivalência afetiva de amor e de ódio acrescida da identificação a esse objeto perdido e de uma regressão da libido ao eu torna possível buscar a vingança contra esse, agindo contra si mesma. Entre os efeitos de tal vingança dirigida contra si pode estar o suicídio.

O suicídio pode ser pensado como expressão da pulsão de morte:

Segundo a psicanálise, a natureza humana funciona sob duas tendências essenciais: Eros (pulsão que conduz à vida) e Tanatos (pulsão que conduz à morte). São dois extremos de um continuum, onde o primeiro conduz à vida, ao amadurecimento, ao crescimento, enquanto que o segundo se refere ao inerte, à pulsão de morte, culminando na reversão do tudo ao nada. Quando a pulsão da morte se sobrepõe à pulsão da vida, ocorre o suicídio ou as tentativas desse intento. [...] Na psiquiatria clínica, o suicídio é considerado ato consciente de aniquilação autoinduzida, encarado como enfermidade multidimensional. O suicídio não é um ato aleatório ou sem finalidade,

representa a “melhor” solução para uma situação carregada de muita ansiedade e intenso sofrimento. (FICHER, 2000, apud AVANCI et al, 2009)³

Em muitos exemplos vivenciados nos hospitais, observa-se claramente a pulsão de morte se efetivando via repetição. As pessoas se colocam em situações extremamente dolorosas: se jogam de grandes alturas, se intoxicam com substâncias venenosas ou medicamentos, se cortam...

O paciente não pode recordar a totalidade do que nele se acha reprimido, e o que não lhe é possível recordar pode ser exatamente a parte essencial. Dessa maneira, ele não adquire nenhum sentimento de convicção da correção da construção teórica que lhe foi comunicada. É obrigado a repetir o material reprimido como se fosse uma experiência contemporânea, em vez de, como o médico preferiria ver, recordá-lo como algo pertencente ao passado. (FREUD, 1920, p. 29).

Freud (1914b) observou que sua paciente Dora o abandonou três meses depois de ter iniciado o tratamento repetindo com ele uma situação que havia vivido anteriormente com Herr K. A partir daí desdobra sua atenção para esse novo mecanismo, chama a atenção para o fato de que a transferência é ela própria apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido. Logo, o trabalho analítico só tem início quando o paciente produz uma repetição desse tipo com o analista, uma repetição inconsciente. Mas o que se repete? O que se repete são protótipos infantis, tomando o analista, ao ser capturado nessas repetições, o lugar de imago paternal, maternal, fraternal. Repete-se tudo o que já avançou a partir das fontes do reprimido para sua personalidade manifesta, suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter, seus sintomas no decurso do tratamento. Um paciente que é hostil ao psicanalista pode estar repetindo uma hostilidade vivenciada quanto à figura paterna no complexo edipiano. A compulsão a repetir padrões arcaicos substitui o recordar e leva Freud a considerar o repetir como uma resistência: “quanto maior a repetição mais extensivamente a atuação substituirá o recordar, pois o recordar ideal do que foi esquecido que ocorre na hipnose, corresponde a um estado no qual a resistência foi posta de lado” (FREUD, 1914b, p. 166). Operando como resistência o repetir se transforma em um poderoso instrumento terapêutico no processo de cura.

³FICHER, A.M.F.T. Tentativas de suicídio de adolescentes atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral. [Tese] - 2000. In: AVANCI, Rita de Cássia et al. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), [S.l.], v. 5, n. 1, p. 1-15, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38686>>. Acesso em: 11 Ago. 2014.

Segundo Macedo e Werlang (2007b), a escuta analítica é fator essencial quando o ato ocupa o lugar das palavras. Escutar o ato-dor é escutar o irrepresentável, ou seja, é a escuta do que escapa ao complexo representacional do sujeito. A repetição será trabalhada e nomeada no terreno da transferência e assim poder-se-á construir, junto com o paciente, palavras que metabolizem o excesso através da escuta.

Como no exemplo já citado referente à tentativa de suicídio em que uma jovem justificava a tentativa como reação ao término do namoro, fica clara a impossibilidade de processamento das frustrações, que lhe foram negadas por uma mãe super protetora que sempre lhe impedia de se colocar frente a falta dos outros. Frente à possibilidade de encontro com a falta, ela buscava a morte. Em um circuito de repetição da tentativa de suicídio de forma automática, a jovem foi questionada pelo analista, sobre o significado dessa falta.

Em muitos outros casos, os sujeitos falam da tentativa do suicídio após uma recaída quanto ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Apresentam uma vida marcada por repetições da tríade: uso de drogas-tratamento-recaídas. Nos atendimentos, esses sujeitos são questionados sobre essas repetições, e muitas vezes enxergam outras possibilidades que se direcionam para a vida, saindo do círculo vicioso de encontro com a morte. Buscam em suas histórias a função que a droga exerce em suas vidas.

O conceito de compulsão à repetição aparece pela primeira vez nos textos de Freud (1914a), em “Recordar, repetir e elaborar”. Sobre esse conceito Freud diz que o paciente não recorda o que esqueceu e reprimiu, ao invés disso expressa-o pela atuação. Ele reproduz os conteúdos reprimidos não como lembrança, mas como ação, repete-o, sem saber que está repetindo. Enquanto o paciente está em tratamento não pode fugir a essa compulsão à repetição. No hospital, o paciente é convidado pelo analista a se confrontar com esse mecanismo, ao invés de fugir.

Quanto à relação da compulsão à repetição com a transferência, percebemos que a transferência é ela própria, apenas um fragmento da repetição, e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para a figura do analista, mas também para todos os aspectos da situação atual em que se encontra o paciente.

Quanto maior for à resistência maior será a atuação. A resistência surge do ego. São forças internas, inconscientes ou conscientes, do analisando que se opõe ao analista, ao processo, e aos procedimentos da análise, obstaculizando a função de recordar, associar, elaborar, bem como o desejo de mudar. Ao chamar a atenção para a compulsão à repetição, Freud (1914a) pôde ter uma visão mais ampla de que a doença do paciente deve ser tratada não como um acontecimento do passado, mas como uma força atual. Enquanto o estado de enfermi-

dade do paciente é colocado fragmento por fragmento no tratamento, e enquanto este o experimenta como algo real e contemporâneo, compete ao trabalho do analista, remontá-lo ao passado. Assim o analista está preparado para uma luta perpétua com o paciente, para manter na esfera psíquica todos os impulsos que ele gostaria de dirigir para a esfera motora, e tem como objetivo fazer com que algo que o paciente deseja descarregar em ação seja utilizado através do trabalho de recordar.

O principal instrumento para trabalhar a compulsão à repetição do paciente é transformá-la num motivo para recordar. Contanto que o paciente respeite as condições da análise, o sucesso em fornecer a todos os sintomas da neurose um novo significado transferencial é alcançado. Dessa maneira, sua neurose comum é substituída por uma ‘neurose de transferência’ da qual o paciente pode ser curado pelo trabalho terapêutico.

Em “Além do princípio de prazer”, Freud (1920), vem dizer que para compreender melhor a compulsão à repetição, é preciso entender que a resistência que aparece no tratamento não é uma resistência por parte do inconsciente, esse não oferece resistência alguma aos esforços do tratamento. Ao contrário ele não se esforça por outra coisa que não seja irromper através da pressão que sobre ele pesa, e abrir caminho à consciência ou a uma descarga por meio de alguma ação real. As resistências se originam dos mesmos estratos e sistemas mais elevados da mente que originalmente provocaram a repressão, podemos dizer que elas se originam do ego, e que a compulsão à repetição deve ser atribuída ao reprimido inconsciente.

E a compulsão à repetição, como se relaciona com o princípio de prazer, já que grande parte do que é reexperimentado deve causar desprazer ao ego, pois traz a luz atividades dos impulsos instintuais reprimidos? De acordo com Freud ela não contradiz o princípio de prazer, pois traz desprazer para um dos sistemas e, simultaneamente, satisfação para o outro.

Freud que no início postulava que o aparelho psíquico estava direcionado ao princípio de prazer sempre inclinado a uma redução de desprazer e uma produção de prazer, ou seja, acreditava que o aparelho psíquico tenderia a uma estabilidade, começou a observar que na mente não havia uma dominância do prazer que por sua vez era subjulgado ao princípio da realidade e aos processos de repressão.

Sob a influência dos instintos de autopreservação do ego, o princípio de prazer é substituído pelo princípio de realidade. Esse último princípio não abandona a intenção de fundamentalmente obter prazer; não obstante, exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indireto caminho para o prazer. (FREUD, 1920, p. 20).

Freud passou a observar os relatos de sonhos ruins de traumas vivenciados e as brincadeiras de crianças que reproduziam situações desprazerosas. Que prazer seria esse causado por tantas repetições desprazerosas? Começou a perceber que havia no ser humano uma compulsão a repetição. O sujeito repete o que jamais lhe causou prazer, inclusive verificara que o paciente experimentava as mesmas sensações da tenra idade com o analista, a exemplo, os sentimentos edípicos e que muitas vezes culpa o destino pelas mesmas experiências traumáticas vivenciadas. Mas, através dos estudos sobre compulsão a repetição, Freud conseguiu entender como essas experiências que nada causam de prazer, ou que geram um prazer mortífero, não se dão pelo destino, mas pelo além do princípio do prazer. Mas como o predicado de ser instintual se relaciona com a compulsão à repetição? Para Freud, um instinto é um impulso inerente à vida orgânica a restaurar um estado anterior de coisas, impulso que a entidade viva foi obrigada a abandonar sob a pressão de forças perturbadoras externas, ou seja, é uma espécie de elasticidade orgânica, ou, para dizê-lo de outro modo, a expressão da inércia inerente à vida orgânica.

Em suas investigações, Freud chegou à conclusão da existência de duas pulsões, as pulsões do ego ou pulsões de morte, e as pulsões sexuais. As primeiras possuem um caráter conservador, ou melhor, retrógrado, correspondentes a uma compulsão à repetição, se originam da animação da matéria inanimada e procuram restaurar o estado inanimado. Já as segundas, aquilo que claramente visam, são a coalescência de duas células germinais diferenciadas de maneira particular. É apenas com essa condição, que a função sexual pode prolongar a vida da célula e emprestar-lhe uma aparência de imortalidade.

De um lado Freud (1920) percebeu as pulsões do ego que visam restaurar o estado inanimado, ou seja, a morte, e de outro lado, as pulsões sexuais que vislumbram a união de duas células, ou seja, a vida. A pulsão de morte se manifestaria parcialmente na sua dimensão de tendência à agressão e destruição. Não seria essa tendência à repetição o que é tão claramente observada nos pacientes que fazem várias tentativas de suicídio? Repetem insistentemente algo desagradável, extremamente doloroso, na busca de um estado anterior às coisas, na busca pelo inerte, pela morte.

O conceito de compulsão à repetição é segundo Laplanche e Pontalis (2001, p. 83) "ao nível da patologia, processo incoercível e de origem inconsciente, pelo qual o sujeito se coloca ativamente em situações penosas, repetindo assim experiências antigas sem se recordar do protótipo". Quando questionado sobre o seu ato suicida, o sujeito hospitalizado muitas vezes responde que tentou se matar porque não aguentava mais tantas recaídas quanto ao uso de drogas, percebe-se aí essa pulsão de morte se efetivando insistentemente e automaticamente,

em experiências penosas e destrutivas. Mas, a escuta analítica pode contribuir com a ressignificação dessas repetições pelo sujeito.

No artigo, “O Estranho”, Freud (1919) relaciona o estranho ao que provoca medo, que é suspeito e desconhecido e que remete ao que é conhecido e há muito familiar. O estranho como algo que repete, algo que retoma e que ao mesmo tempo é diferente. Se por um lado alguns explicavam a questão do estranhamento apenas como dúvida intelectual, por outro lado, Freud explica que o estranhamento tem origem em traumas da infância, que por sua vez causam o estranhamento porque no inconsciente é algo familiar. No trabalho analítico o analista tem a chance de transformar a transferência que é uma forma de repetição e, portanto, de resistência, em material recordado.

Nesse mesmo texto, Freud utiliza o conto “O homem da areia”, de Hoffman, para dar cabo de suas teorias. Mostra que o estranhamento tem origem nos traumas enfrentados na infância do protagonista, Nataniel. Esse personagem repete no seu dia a dia em diferentes situações referentes ao trauma vivenciado na infância. O tema principal da história é o ‘Homem da Areia’, um sujeito que arranca os olhos das crianças, história contada pela mãe de Nataniel, quando esse não queria ir dormir. O medo desse Homem da Areia fixou-se no coração de Nataniel.

No conto, vê-se uma estreita ligação entre o medo de perder os olhos com a ideia freudiana de castração na fase edípica. Ainda dentro da narrativa, nota-se a presença do complexo de Édipo, porque seu protagonista tem um pai bom que morre e um pai mal, representado na pessoa do advogado Spalanzani.

Nataniel crê ter reconhecido esse fantasma de horror da sua infância num advogado amigo do pai (Copélio) e em um oculista (Coppola) itinerante. Nesses momentos cai em um estado de loucura, sendo que em um desses estados suicida-se.

Um dia estavam ele e a noiva, Clara, passeando pelo mercado da cidade, sobre o qual a alta torre da prefeitura lança a sua enorme sombra. Por sugestão da moça, sobem à torre, deixando em baixo o irmão dela, que caminhava com eles. Do alto, a atenção de Clara é atraída para um curioso objeto que se move ao longo da rua. círculos berrando ‘Gira, anel de fogo!’ - e nós sabemos a origem das palavras. Entre as pessoas que começaram a se juntar em baixo, destaca-se a figura do advogado Copélio, que voltou de repente. Podemos supor que foi a sua aproximação, vista através do telescópio, que lançou Nataniel ao seu acesso de loucura. Enquanto Nataniel observa essa coisa através do telescópio de Coppola e cai num novo ataque de loucura. Gritando ‘Gira, boneca de pau!’, tenta jogar a garota da torre. O irmão da moça, levado pelos gritos desta, salva-a e apressa-se em descer com ela em segurança. Lá em cima, na torre, o louco corre em as pessoas que observam a cena se preparam para subir e dominar o louco, Copélio ri e diz: ‘Esperem um pouco; ele vai descer por si próprio.’ Subitamente Nataniel fica imóvel, avista Copélio e, com um grito selvagem de ‘Sim! Ótimos olhos - ótimos olhos!’, lança-se por sobre o parapeito. Seu

corpo jaz nas pedras da rua com o crânio despedaçado, enquanto o Homem da Areia desaparece na multidão. (FREUD, 1919, p. 247).

Esse breve resumo nos leva a pensar que o sentimento de algo estranho está ligado diretamente à figura do Homem da Areia, isto é, à ideia de ter os olhos roubados. A conclusão da história deixa bastante claro que Coppola, o oculista, é o advogado Copélio e também, portanto, o Homem da Areia para Nataniel. Pode-se ver nesse conto, como a compulsão a repetição está diretamente relacionada ao suicídio efetivado pelo protagonista.

No texto “O estranho”, Freud (1919), ao tentar definir os momentos que trazem uma sensação de estranheza, diz que para o objetivo do trabalho a que se propõe deve-se contentar em escolher aqueles temas de estranheza que se destacam mais, ao mesmo tempo em que se verifica também que eles podem ser atribuídos a causas infantis.

Freud diz que, se a teoria psicanalítica está certa ao sustentar que todo afeto pertencente a um impulso emocional, qualquer que seja a sua espécie, se recalcado, transforma-se em ansiedade. Então entre os exemplos de coisas assustadoras deve haver uma categoria em que o elemento que amedronta pode mostrar ser algo recalcado que retorna. Essa categoria de coisas assustadoras construiria então o estranho. Esse material que parece ser estranho, não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou dessa através do processo de repressão. No hospital, o psicanalista tem a possibilidade de ajudar o sujeito suicida a reconhecer o familiar no que lhe parece estranho e assustador, ajudá-lo a se questionar sobre seu sofrimento e a encontrar alternativas para além da morte.

A demanda da equipe e da instituição é sempre a de acabar com o sofrimento físico do paciente. O psicanalista não pode se colocar nesse lugar, ele está no hospital para atender o sujeito, o que não significa atender a sua demanda ou a demanda da instituição. Um paciente que não colabora com o tratamento após uma tentativa de suicídio, com facada no peito, e que maltrata toda a equipe pode, através de uma escuta singular, refletir sobre seus comportamentos autodestrutivos e, a partir daí, expressar sua ansiedade e angústia em palavras, ao invés de continuar se maltratar e a maltratar os funcionários.

É importante salientar, que o setting terapêutico no hospital é completamente diferente do de um consultório particular, o que exige uma postura flexível e criativa do profissional para lidar com as questões do tempo, espaço, trabalho multidisciplinar e debilidade física do paciente. Mas o que determina o processo terapêutico não é o divã, a mobília do consultório, ou o tempo programado, e sim, a ética da transferência na possibilidade de que o paciente fale via Associação Livre.

3 METODO

Foi utilizada a pesquisa bibliográfica, sendo abordada a revisão bibliográfica, com busca pelos temas que abordam criticamente a relação da psicanálise com o paciente hospitalizado após uma tentativa de suicídio. Buscou-se discutir o tema com base em citações Freudianas, artigos e livros de autores pós-freudianos, bem como material sobre saúde pública. Esse tipo de estudo ofereceu à pesquisadora um encontro com o que já foi produzido sobre o assunto. A produção encontrada foi correlacionada a citações de atendimentos psicológicos, baseados em uma escuta psicanalítica, realizados em um hospital de urgência a pacientes que tentaram o autoextermínio. As citações trazem exemplos das principais temáticas apresentadas nos atendimentos realizados. A base de dados foi a obra completa de Sigmund Freud, Scielo (Scientific Electronic Library Online), o Manual de Prevenção de Suicídio do Brasil e demais livros que tratam da temática suicídio e psicanálise. É necessário compreender o sofrimento psíquico expressado no suicídio e analisar o que pode ser feito pelos sujeitos hospitalizados após uma tentativa de suicídio, visto que as estatísticas da saúde pública apontam que a tentativa de autoextermínio é o maior fator de risco para o suicídio consumado.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Não é raro escutar pacientes que relatam que tentaram morrer porque perderam um relacionamento amoroso, um ente querido, um emprego, ou sujeitos que simplesmente não falam mergulhados em um silêncio sem fim, às vezes expressados na sensação de um vazio. São frequentes as tentativas de suicídio correlacionadas ao estado depressivo, ora no luto, em que o mundo perde sentido, ora na melancolia, em que o próprio eu se torna um buraco sem dimensões. Os sujeitos se mostram desprovidos de recursos para lutarem com a dor da perda, do abandono, da solidão e muitas vezes se transformam nessa própria dor.

Tantas outras vezes essas pessoas internadas relatam que a busca pelo suicídio se deu em momentos de desespero, como os momentos posteriores às inúmeras recaídas de uso abusivo de cocaína ou álcool. É como se a pulsão de morte cobrisse por inteiro o sujeito que diariamente se atrofia nas inúmeras repetições destruidoras que lhe tomam todas as ações vitais, expressadas nas inúmeras tentativas de suicídio que poderão culminar no ato fatal.

Estudar o tema é de grande relevância quando se pensa no sofrimento dos sujeitos envolvidos em atos suicidas, bem como nos seus efeitos sobre a família e os amigos. Compreender o tema é potencializar ações que visam diminuir e prevenir tamanho sofrimento. Não se

deve esquecer que o hospital, nesse momento, se confronta com o maior fator de risco para o suicídio: a tentativa prévia.

O paciente hospitalizado, após uma tentativa de autoextermínio, se vê confrontado: com a dor que o levou a esse ato; com os efeitos emocionais da hospitalização; e com as consequências de seu ato no corpo, como fraturas, paraplegias, lesões em órgãos vitais. Receber, nesse momento, um olhar que não seja de julgamento ou consolo pode fazer diferença na reabilitação psíquica desse paciente.

Durante a troca de curativo em um paciente internado com uma lesão grave na pele, ele a princípio resiste e no momento em que a enfermagem toca a ferida, para lavá-la exaustivamente, demonstra sentir dor intensa. Porém, só através desse toque na ferida, há a possibilidade dela não se infeccionar e recuperar. Assim ocorre com a ferida psíquica: é necessário tocá-la para que ela possa se recuperar. O paciente resiste, chora, repete, quer desistir, até perceber, que através da fala, a sua dor vai se transformando e ele vai quebrando o circuito de repetições inconscientes que o levavam à autodestruição.

Através dos resultados desse estudo, obtido no material psicanalítico estudado, pode-se pensar que a psicanálise age como fator potencial na elaboração das dores psíquicas apresentadas na tentativa de suicídio, logo, pode contribuir para que o sujeito encontre outros recursos quando se vê na tristeza do luto, na autodestruição da melancolia e na repetição dolorosa de fatos de sua história que culminam na busca do nada, da morte.

5 CONCLUSÃO

É necessário estudar o suicídio e tirá-lo do status de tabu para que se possa compreender melhor esse fenômeno e buscar soluções para esse grande problema de saúde pública que tanto sofrimento causa aos sujeitos envolvidos. É preciso escutar o que o paciente, após uma tentativa de autoextermínio, tem a dizer e se interessar pelo seu sofrimento, ajudá-lo a se deslocar na cadeia de significantes. Trabalhar a transferência torna-se essencial para que o paciente perceba a função do psicanalista como aquele capaz de fazer o seu sofrimento se transformar, movimentar via fala.

Tendo concluído que no desejo pelo suicídio o sujeito está mergulhado em várias questões psíquicas: traumas infantis, vivência de luto ou melancolia ou compulsão a repetição, a instituição hospitalar deve prontamente oferecer a esse sujeito o direito a fala.

Assim, a psicanálise muito tem a contribuir nos hospitais acerca dos sujeitos que se fazem confrontar com a morte, tanto quanto ao olhar teórico que se lança a esse sujeito, quanto

a prática frente ao suicida. Tarefa árdua de fazer transformar pulsão de morte em pulsão de vida, de barrar o gozo e ajudar o sujeito a se confrontar com seu desejo, possibilitando ao indivíduo outras escolhas além da repetição, da autodestruição.

Foi apresentado um estudo sobre a necessidade de aperfeiçoar a atenção psíquica ao sujeito hospitalizado após tentativas não fatais de suicídio, mas o tema complexo exige muitas outras pesquisas que abarquem a necessidade de aperfeiçoamento de ações a nível social, médico e assistencial para esses pacientes, além de pesquisas quantitativas que apontem os fatores de risco e de proteção para o suicídio, a fim de aperfeiçoar as políticas de saúde pública. Há um recorte da atenção necessária a esses sujeitos, pontuando a hospitalização, mas, há necessidade de um olhar que se estenda para além do processo de internação e que acompanhe esse paciente após a alta médica.

Grande parte de pacientes com tentativas não fatais, muitas vezes não passam pelos hospitais. Estima-se que as tentativas de suicídio sejam até quarenta vezes mais frequentes do que os suicídios consumados e que para cada tentativa documentada outras quatro não são registradas (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Por isso a importância de estar estudando a atenção a esses sujeitos em todos os níveis da saúde, incluindo enfaticamente a atenção básica. E a atenção começa ao se identificar esses pacientes.

Outra limitação desse estudo foi apresentar apenas a relação das tentativas de suicídio com estruturas neuróticas. A relação entre psicose e as tentativas de suicídio necessita de um maior tempo para ser estudo.

Segundo Laplanche e Pontalis, (1994), a psicose é uma perturbação primária da relação libidinal com a realidade, na qual a maioria dos sintomas manifestos, principalmente os delírios, são tentativas secundárias de restauração do laço objetal. Nas psicoses encontra-se uma dificuldade de comunicação e do relacionamento social, uma perturbação da distinção do eu, e a perda de contato com a realidade, apresentada principalmente nos estados alucinatorios (alterações da sensopercepção) e delirantes (alterações do pensamento). Muitos pacientes relatam que tentaram o suicídio em decorrência de alterações da sensopercepção, em que respondem a uma voz imperativa que lhes manda se jogarem de grandes alturas ou que pede para se furarem com uma faca. Outros referem a tentativa de suicídio como um ato constituinte de uma ideia delirante. São os exemplos em que se jogam contra os carros acreditando estarem fugindo de agentes do FBI.

Já segundo os mesmos autores, Laplanche e Pontalis, a neurose é uma afecção psicogênica em que os sintomas são a expressão de um conflito psíquico que tem suas raízes na história infantil do sujeito e constitui compromissos entre o desejo e a defesa. Pode-se perce-

ber esse conflito no caso da jovem citada que tenta o suicídio após o término do namoro e da jovem citada no estudo Macedo e Werlang em que a tentativa de suicídio é uma consequência de traumas que deixaram rastros de dor não simbolizados.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Prevenção do Suicídio. **Manual dirigido a profissionais da equipe de Saúde Mental**. Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, R.R.P E.; PERES, R.S.M. **O masoquismo na teoria de Freud**. 2014. Disponível em: <<http://www.escolaletrafreudiana.com.br/UserFiles/110/File/artigos/letra1012/023.pdf>>. Acesso em 12 Ago. 2016.

FICHER, A.M.F.T. Tentativas de suicídio de adolescentes atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral. [Tese] - 2000. In: AVANCI, Rita de Cássia et al. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), [S.l.], v. 5, n. 1, p. 1-15, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38686>>. Acesso em: 11 Ago. 2014.

FREUD, Sigmund. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889). Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 2015.

FREUD, Sigmund. Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico. (1886). Rio de Janeiro: Imago, 1996. In: CARVALHO, Renato R.P. de; PERES, Rossely SM. **O masoquismo na teoria de Freud**. 2012. Disponível em: <<http://www.escolaletrafreudiana.com.br/UserFiles/110/File/artigos/letra1012/023.pdf>>. Acesso em 12 Ago. 2016.

FREUD, Sigmund. **Contribuições para uma discussão acerca do suicídio (1910)**. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **Recordar, repetir e elaborar (1914a)**. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico (1914b)**. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia (1917)**. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. **O estranho (1919)**. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. **A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher (1920)**. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LAPLANCHE, J.; Pontalis, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAPLANCHE, J.; Pontalis, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, pp. 83, 296-299, 390-393, 1994.

MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. **Ágora** (Rio J.), v.10, n.1, pp. 86-106, 2007a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-14982007000100006&script=sci_arttext>. Acesso em 12 Ago. 2014.

MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Tentativa de suicídio: o traumático via ator. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v.23, n.2, pp. 185-194, 2007b.

SILVA, Liliâne M.A. **A Corrente suicidógena de Durkheim e suas manifestações da pulsão de morte na cultura em Freud e Lacan: um percurso preliminar a um diálogo possível**. Dissertação (Mestrado) – 2007. 164f. Pontifícia Universidade Católica de Minas, Gerais, Belo Horizonte, Programa de Pós-graduação em Psicologia.

VIDAL, Carlos E. L.; GONTIJO, Eliane CC.D.M.; LIMA, Lúcia A..Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p.175-187, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>>. Acesso em 12 de ago. 2016.