

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP**

Santina Rodrigues de Oliveira

**NO FIO DA NAVALHA: individuando a relação terapêutica
com o suicídio de adolescentes e jovens na clínica junguiana**

São Paulo

2023

Santina Rodrigues de Oliveira

**NO FIO DA NAVALHA: individuando a relação terapêutica
com o suicídio de adolescentes e jovens na clínica junguiana
(versão corrigida)**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientador: Prof. Dr. Lineu Norio Kohatsu

São Paulo

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catologação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Rodrigues de Oliveira, Santina

No fio da navalha: individuando a relação terapêutica com o suicídio de adolescentes e jovens na clínica junguiana / Santina Rodrigues de Oliveira; orientador Lineu Norio Kohatsu. -- São Paulo, 2023.

317 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Suicídio adolescentes e jovens . 2. Manejo clínica junguiana. 3. Psicologia arquetípica. 4. Interdisciplinaridade. 5. Formação psicólogo . I. Norio Kohatsu, Lineu, orient. II. Título.

Santina Rodrigues de Oliveira

No fio da navalha: individuando a relação terapêutica com
o suicídio de adolescentes e jovens na clínica junguiana

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia
Escolar e do desenvolvimento Humano.

Aprovado em: ___/___/___.

Banca examinadora

Prof. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Ao Walter, com quem todos
os sonhos se tornam possíveis...
À Flora, a mais incrível das aventuras,
transcendência em flor, amor...

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar aos psicoterapeutas junguianos que participaram dos seis encontros em grupo desta pesquisa, compartilhando em profundidade episódios sofridos de suas histórias pessoais e profissionais. Sem esta preciosa contribuição, o presente estudo não teria se realizado, o que me leva sempre a dizer, muito obrigada pela confiança e generosidade de cada um de vocês, caríssimos colegas.

Do mesmo modo, agradeço a todos os pacientes que me permitiram estar junto nos momentos de desespero e sofrimento inominável, que constelavam ideias, impulsos e tentativas de tirar a própria vida. Em especial, aos familiares que confiaram em meu trabalho para cuidar do seu bem mais valioso, adolescentes e jovens assombrados pelos desafios de deixar a infância e encontrar um lugar com algum sentido no mundo adulto.

No âmbito acadêmico, agradeço aos deuses que me presentearam com um orientador prestimoso, generoso, atento, perspicaz e sensível. Obrigada, Lineu N. Kohatsu, por possibilitar uma rica interlocução de ideias, o que permitiu o desenvolvimento de pontos cruciais deste trabalho, me provocando sempre a ir além do que estava ao meu alcance, em direção a ampliações e aprofundamentos mais complexos sobre o tema. Estendo meus agradecimentos pela companhia dos colegas do grupo de pesquisa que contribuíram nas discussões teóricas e metodológicas ao longo da pesquisa: Caetano, Gabriel, Irene, Lubiana, Patrícia e Raquel. Em especial à amiga junguiana Jéssica Guterville, tão acolhedora nos momentos de desespero.

Agradeço, igualmente, à leitura atenta e amorosa no exame de qualificação, recebida das professoras Maria Julia Kovács e Silvana Parisi. Das trocas com a primeira, há cerca de uma década, surgiram os primeiros ensaios e reflexões sobre o suicídio entre adolescentes. Júlia, sua abertura e honestidade intelectual para tratar de um tema tão inquietante e denso me incentivou desde o início a seguir adiante a cada passo da produção desse trabalho. Da segunda, veio a admiração pela sensibilidade e atitude criteriosa na leitura do texto, além de gratidão pelo acolhimento de algumas dúvidas na sequência da qualificação. Silvana, a Atena que habita em mim saúda e agradece imensamente a Atena que eu vi em você desde o início...

Agradeço ao meu marido, Walter Mateus, pelo apoio incondicional aos voos da minha imaginação, e à minha filha, Flora, que me ensinou a falar sobre o suicídio na simplicidade que uma criança poderia entender, confiando que se trata de um tema que precisa ser conversado com todos, em qualquer idade. Agradeço à Luzia, minha twin, ao meu cunhado, Eduardo, e à Clarinha, pelo apoio e paciência nos tantos momentos das viagens familiares que me ausentei para me debruçar sobre a escrita de modo mais intenso e recluso. Agradeço o amparo fundamental de minhas irmãs, Nice e Cida, num momento de fragilidade extrema de minha infância; da primeira, veio o colo e a presença continente; da segunda, a inspiração para buscar um lugar no mundo por meio dos estudos e da luta pelos meus sonhos e ideais.

Agradeço às amigas junguianas, Yedda R. Macdonald e Rubia S.M.B Gonzaga, pelas trocas a respeito de uma passagem do Fédon que trata do suicídio de Sócrates, citada rapidamente por James Hillman no livro “Suicídio e Alma”. Rubia, em especial, contribuiu com seu conhecimento de tradução do texto original em grego, o que me permitiu compreender melhor um dos aspectos centrais da abordagem de Hillman sobre o tema, discutido e ampliado no primeiro capítulo desta tese.

Agradeço aos revisores que contribuíram ao longo das diferentes fases desse trabalho: Alfredo D’Almeida e Cristiane Zovin, nos momentos pré e pós-exame de qualificação. Na reta final, tive a sorte de contar a parceria inestimável de JD Lucas.

Parece cocaína, mas é só tristeza, talvez tua cidade...
Muitos temores nascem do cansaço e da solidão
Descompasso, desperdício
Herdeiros são agora da virtude que perdemos...
Há tempos tive um sonho
Não me lembro, não me lembro...

Tua tristeza é tão exata
E hoje o dia é tão bonito
Já estamos acostumados
A não termos mais nem isso...

Os sonhos vêm e os sonhos vão
E o resto é imperfeito
Disseste que se tua voz
Tivesse força igual
À imensa dor que sentes
Teu grito acordaria
Não só a tua casa
Mas a vizinhança inteira...

E há tempos nem os santos
Têm ao certo a medida da maldade
E há tempos são os jovens que adoecem
E há tempos o encanto está ausente
E há ferrugem nos sorrisos
Só o acaso estende os braços
A quem procura abrigo e proteção...

Meu amor, disciplina é liberdade
Compaixão é fortaleza
Ter bondade é ter coragem.
Lá em casa tem um poço
Mas a água é muito limpa

"Há tempos" - Legião Urbana (1989)
(Composição: Dado Villa-Lobos / Marcelo Bonfá / Renato Russo)

RESUMO

OLIVEIRA, S. R. **No fio da navalha: individuando a relação terapêutica com o suicídio de adolescentes e jovens na clínica junguiana.** Tese (Doutorado). 2023. 317 f. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Este estudo visa conhecer como psicoterapeutas junguianos lidam com temas relacionados ao suicídio entre adolescentes e jovens que buscam psicoterapia no campo da psicologia analítica, escola fundada no início do século XX pelo psiquiatra suíço-alemão C.G. Jung (1875-1961). Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada à luz desta teoria e das ideias de James Hillman, que propôs uma abordagem arquetípica do fenômeno. A coleta de dados se deu por meio de uma pesquisa-ação com um grupo de 8 psicoterapeutas em 6 encontros, incluindo recursos expressivos em dois deles (desenhos individuais e pintura coletiva) para facilitar a livre expressão de ideias e emoções. A análise considerou a transcrição das gravações dos diálogos do grupo e o conteúdo imagético das produções expressivas. Foram identificados quatro eixos temáticos transversais, além de subcategorias formadas por núcleos de sentido mais significativos para as hipóteses e objetivos do estudo. Foi observada a falta de fundamentação teórica específica para o manejo do suicídio, que se mantém orientado por parâmetros gerais da psicoterapia junguiana. Os terapeutas apresentaram uma visão crítica da medicalização do suicídio, preponderando certa animosidade na avaliação dos conflitos vividos na interdisciplinaridade com psiquiatras. Transpareceu nos encontros do grupo indisponibilidade para lidar com essa tensão de modo prospectivo, indicando sentimentos de inferioridade e rivalidade diante do poder institucionalizado do ato médico. A influência do tabu do suicídio foi reconhecida pelos terapeutas no percurso educacional e de formação analítica, com sentimentos de inadequação e desamparo, o que reforça a necessidade da inclusão do tema suicídio na graduação, pós-graduação (aprimoramento, especialização lato sensu), e nos cursos de formação de psicoterapeutas e analistas junguianos. A inclusão dos estudos do suicídio por instituições pode diminuir o peso da individualização dos esforços do psicoterapeuta para lidar com o fenômeno em sua prática, que constitui importante fator de estresse – especialmente no cenário pós-pandêmico. Essa iniciativa institucional permitiria aproximar a psicologia analítica da universidade e dos serviços e políticas de saúde pública, de modo a desassociá-la do contexto exclusivamente clínico, e ampliar sua contribuição social frente aos desafios do país, considerando suas particularidades teóricas e metodológicas, a exemplo do legado deixado por Nise da Silveira – pouco incluído nas práticas dos participantes da pesquisa. Tal aproximação pode redundar em maior integração dos profissionais junguianos, especialmente em termos interdisciplinares – campo de fortes ambiguidades e tensões –, além de fomentar mais pesquisas sobre o tema. Considerando o objetivo principal deste estudo, o grupo serviu para acolhimento, reflexão e confrontos de dificuldades, relativizando padrões idealizados da identidade profissional, permitindo a integração de alguns aspectos sombrios e confirmando a contribuição desta pesquisa-ação em seus termos teórico-metodológicos. Além de interlocuções e debates, são sugeridos simpósios e grupos de estudos e de acolhimento voltados à compreensão teórica e ao manejo do suicídio em termos transdisciplinares, para aprimorar a abordagem junguiana e preservar a saúde mental dos psicoterapeutas, junto à análise pessoal e à supervisão.

Palavras-chave: Suicídio de adolescentes e jovens, processo de individuação, psicoterapia, interdisciplinaridade, pós-modernidade, Psicologia Arquetípica.

ABSTRACT

OLIVEIRA, SR. **On the razor's edge: identifying the therapeutic relationship with suicide among adolescents and young adults in the Jungian clinic.** Doctoral Dissertation. 2023. 317 f. Institute of Psychology, University of S. Paulo, S. Paulo, 2023.

This study aims to understand how Jungian psychotherapists deal with issues related to suicide among adolescents and young adults who seek psychotherapy in the field of analytical psychology, a school founded at the beginning of the 20th century by the Swiss-German psychiatrist CG Jung (1875-1961). This is qualitative research carried out in the light of this theory and the ideas of James Hillman, who proposed an archetypal approach to the phenomenon. Data collection took place through action research with a group of 8 psychotherapists in 6 meetings, including artistic activities (individual drawings and collective paintings) to facilitate the free expression of ideas and emotions. The analysis considered the transcription of the recordings of the group's dialogues and the imagery content of the expressive productions. Four transversal thematic axes were identified, with subcategories formed by more significant nuclei of meaning for the hypotheses and objectives of the study. The lack of theoretical foundation was observed specific to the management of suicide, which remains guided by general parameters of Jungian psychotherapy. The therapists presented a critical view of the medicalization of suicide, prevailing a certain animosity in the evaluation of the conflicts experienced with psychiatrists. It was observed in the group meetings a certain unavailability to deal with this tension prospectively, indicating feelings of inferiority and rivalry towards the institutionalized power of the medical act. An influence of the taboo related to suicide was recognized by therapists in their educational and training processes, also an assumed fragility in training, with feelings of inadequacy and helplessness, what reinforces the need to include the theme of suicide in graduate and post-graduate courses, and in training courses for psychotherapists and Jungian analysts. An inclusion of studies about the issue of the suicide by institutions can lessen the burden of the individualization of the psychotherapist's efforts to deal with the phenomenon in their practice, which is an important stress factor – especially in the post-pandemic scenario. Such institutional initiative would promote a further approximation between the analytical psychology and the university and public health services and policies, in order to disassociate it from the exclusively clinical context and expand its social contribution in the face of the country's challenges, considering its theoretical and methodological particularities, such as the legacy left by Nise da Silveira. Such an approximation may result in greater integration of Jungian professionals, especially in interdisciplinary terms – a field of strong ambiguities and tensions – as well as it may encourage further researches on the subject. Considering the main objective of this study, the group served to welcome, reflect and confront difficulties, relativizing idealized standards of professional identity, allowing the integration of some shadow aspects and confirming the contribution of this action-research in its theoretical-methodological terms. In addition to meetings and debates, symposiums, study and support groups are suggested, focused on the theoretical understanding and management of suicide in transdisciplinary terms, to improve Jungian approach and preserve the mental health of psychotherapists, besides personal analysis and supervision.

Key words: Suicide among adolescents and young adults, individuation process, psychotherapy, interdisciplinarity, postmodernity, Archetypal Psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fernanda	139
Figura 2: Mariana	140
Figura 3: Renata	141
Figura 4: Sueli	143
Figura 5: Júlia	145
Figura 6: Sandra	147
Figura 7: Walmir	148
Figura 8: Mônica	149
Figura 9: Carmen	150
Figura 10: Riscos de suicídio - dilema x autonomia	214
Figura 11: Pintura grupal (visão total)	259
Figura 12: Pintura grupal (detalhe parte superior: formas ovais com sementes; detalhe rodapé: trio de flores)	260
Figura 13: Pintura grupal (detalhe - montanha-vulcão; rostos azul e vermelho)	262
Figura 14: Pintura grupal (detalhe - a grande serpente amarela, à esquerda)	263
Figura 15: Pintura grupal (detalhe - a grande serpente amarela, à direita)	263
Figura 16: Pintura grupal (detalhe coração; palhaço)	264
Figura 17: Pintura grupal (detalhe - rosto sorridente, centro)	266

LISTA DE QUADROS (tabelas)

Quadro 1: Composição do grupo de psicoterapeutas	128
Quadro 2: Principais eixos temáticos de análise	138

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
Objetivos	23
Hipóteses	24
Justificativas	25
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
1. SUICÍDIO: REVISITANDO O CONCEITO NA PSICOLOGIA ANALÍTICA	28
1.1 PSICOLOGIA ARQUETÍPICA: VER O SUICÍDIO ATRAVÉS DA ALMA	36
1.2 UM OLHAR PARA O PANO DE FUNDO SOCIAL	43
1.2.1 Um salto para a contemporaneidade: aspectos socioeconômicos e culturais	48
1.3 POSITIVIDADE E CANSAÇO NA SOCIEDADE DO DESEMPENHO	50
1.3.1 A morte da arte de narrar histórias	55
1.3.2 O esvanecimento dos rituais de passagem	58
1.4 IMPACTOS DA VIRTUALIDADE NA SUBJETIVIDADE CONTEMPORÂNEA	64
1.5 VIOLÊNCIA E NARCISISMO NA CULTURA CONTEMPORÂNEA	68
1.6 PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DO SUICÍDIO	70
2. PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE	80
2.1 DESDOBRAMENTOS PÓS-JUNGUIANOS NA PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO	84
2.2 ADOLESCÊNCIA E SEUS IMPASSES	90
3. PSICOLOGIA ANALÍTICA: DINÂMICA PSÍQUICA	94
3.1 PSICOTERAPIA JUNGUIANA – POR UM MÉTODO DIALÉTICO	98
3.2 PSICOLOGIA ARQUETÍPICA: O “PATOLOGIZAR” COMO EXPRESSÃO DA ALMA	101
3.3 REIMAGINANDO A PSICOLOGIA: POR UM MÉTODO IMAGINAL	103
3.4 PERSONIFICAR E PSICOLOGIZAR: A FANTASIA COMO REALIDADE ARQUETÍPICA DA ALMA	106
PARTE II - MÉTODO	110
4. DIALETIZANDO COM O PROBLEMA E HIPÓTESES DA PESQUISA	110
4.1 ABORDAGEM QUALITATIVA	110
4.1.1 Pesquisa-ação em diálogo com o dispositivo grupal junguiano	112
4.2 PROCEDIMENTOS	114
4.2.1 Divulgação da pesquisa	114
4.2.2 Participantes	114
4.2.3 Composição do grupo de psicoterapeutas	116
4.3 ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DOS ENCONTROS DO GRUPO	117
4.4 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO	119
4.5 COLETA DE DADOS	119
4.5.1 Primeira etapa	119
4.5.2 Segunda etapa	120
4.5.3 Recurso expressivo – desenho	120

4.5.4 Entrevistas	122
4.6 ABORDAGEM AOS DADOS	122
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	125
PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	127
5. GRUPO DE PSICOTERAPEUTAS	127
5.1 REALIZAÇÃO DOS ENCONTROS – SÍNTESE E OBJETIVOS	129
5.1.1 Primeiro encontro realizado em 11/out/2019	129
5.1.2 Segundo encontro realizado em 18/out/2019	131
5.1.3 Terceiro encontro realizado em 25/out/2019	132
5.1.4 Quarto encontro realizado em 01/nov/2019	132
5.1.5 Quinto encontro realizado em 22/nov/2019	133
5.1.6 Sexto encontro realizado em 23/out/2020 (2ª. etapa da pesquisa)	134
6. ANÁLISE DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS	137
6.1 OPERACIONALIZAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE	137
6.2 ANÁLISE E COMPREENSÃO SIMBÓLICA DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS	138
6.2.1 Apresentação dos desenhos dos participantes	138
6.2.1.1 Relatos de casos de suicídios na prática clínica	152
6.2.2 Suicídio – teorizações conceituais e interconexões	156
6.2.2.1 Suicídio direto e indireto	157
6.2.2.2 Suicídio e ambivalência: viver ou morrer?	159
6.2.2.3 Suicídio “frouxo”	161
6.2.2.4 Suicídio e loucura	163
6.2.2.5 Suicídio: individuação, libertação	171
6.2.2.6 Suicídio: Intergeracionalidade	174
6.3 INFLUÊNCIAS MACROSSOCIAIS: INTERNET, REDES SOCIAIS E JOGOS VIRTUAIS	176
6.3.1 Desamparo nas relações interpessoais familiares	183
6.3.2 A importância de um olhar sistêmico na psicoterapia infanto-juvenil	187
6.4 MANEJO DO SUICÍDIO: O PESO DE UM TABU	191
6.4.1 O papel do terapeuta	193
6.4.2 Luz e sombra: o conflito entre salvar e estar junto	194
6.4.3 A sombra do psicoterapeuta: impotência, raiva e narcisismo	197
6.4.4 Pandemia: desafios e possibilidades do atendimento online	202
6.4.5 Atendimento online: onde vai parar o corpo e a materialidade do encontro?	204
6.4.6 Cuidado emergencial: contratransferência e limites do terapeuta	212
6.5 MEDICAR OU NÃO MEDICAR? EIS A QUESTÃO!	220
6.5.1 Medicalização: impasses éticos	224
6.5.2 Medicalização e sofrimento: riscos de iatrogenia	228
6.5.3 Patologização: o avanço biomédico sobre o cuidado psicológico	230
6.5.4 Interdisciplinaridade: convivência de saberes em rede	238
6.5.5 Parceria interdisciplinar: uma guerra de complexos	239

6.5.6 Diferenças entre a experiência clínica e institucional	245
6.6 SUICÍDIOS: O CONFRONTO DA FANTASIA DE SUCESSO TERAPÊUTICO	248
6.6.1 Luto antecipatório ou não-autorizado	251
7. UM OLHAR PARA O PROCESSO GRUPAL	256
7.1 PREPARANDO O SOLO PARA RECEBER AS SEMENTES	256
7.1.1 Primeira etapa: lambendo juntos a ferida	257
7.1.2 Contemplando o cenário, imaginalmente...	260
7.1.3 Despedida provisória: um balanço da primeira etapa	266
7.2 REENCONTRO GRUPAL, UM ANO DEPOIS	269
CONSIDERAÇÕES FINAIS	277
REFERÊNCIAS	291
Anexo – Núcleos de sentido da pré-análise	306
Anexo – Núcleos de sentido da pré-análise dos conteúdos	308
Apêndice A – Divulgação de pesquisa (carta-convite)	310
Apêndice B – Questionário para triagem telefônica	311
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	312
Apêndice D – Declaração do participante (ciente das informações da pesquisa e do TCLE)	315
Apêndice E – Declaração da pesquisadora	316
Apêndice F – Declaração de demonstrativo de existência de infraestrutura	317

INTRODUÇÃO

“O segredo reside no fato de que só tem vida aquilo que por sua vez pode suprimir-se a si-mesmo”.
(C.G. JUNG, 1944/1991, § 93, p.82)

Este estudo visa conhecer e problematizar de que maneira psicoterapeutas¹ junguianos lidam com temas relacionados à ideação suicida e à tentativa de suicídio entre pacientes adolescentes e jovens que buscam psicoterapia no campo da psicologia analítica, fundada pelo psiquiatra suíço-alemão, C.G. Jung (1875-1961), no início do século XX. Sua teorização sobre a psicologia do inconsciente e diversos temas da cultura foi reunida em dezoito volumes até o momento², tendo recebido vários nomes, do mais formal psicologia analítica – pelo qual é identificada no campo das ciências –, ao mais popular psicologia junguiana – como é também conhecida pelo público leigo. Seja quando tomados sob um selo mais científico, seja quando associados diretamente ao nome e à personalidade de seu fundador, o que se percebe é que ambos os termos apontam para um campo mais evidenciado de aplicação conceitual: o da prática psicoterapêutica no contexto da psicologia clínica.

Para além de um grupo de conceitos, a vastidão da obra de Jung enseja diferentes leituras. Reconhece-se uma pluralidade de escolas no campo da psicologia analítica (SAMUELS, 1989), com interpretações próprias, muitas vezes antagônicas entre si, o que já evidencia certa tensão do legado de seu fundador. De todo modo, essa multiplicidade de interpretações pode se tornar, em um primeiro momento, um estímulo para aqueles que se aproximam de suas ideias, e prefigurar o grande desafio na abordagem de determinados temas que Jung não discutiu profundamente, dentre os quais o suicídio. Ainda assim, o tema escapou de todo de seu campo de interesse, como veremos no capítulo 1.

Meu interesse pelo tema vem da longa convivência com situações vividas no atendimento a jovens pacientes em meu consultório, principalmente a partir de 2010, assim como de discussões acadêmicas surgidas em sala de aula e em supervisões clínicas de alunos de pós-graduação do instituto de psicologia onde lecionei durante a última década. A temática

¹ Embora houvesse a participação prevista de duas analistas junguianas na amostra, formadas nos dois institutos de São Paulo ligados à International Association of Analytical Psychology (IAAP), apenas uma delas permaneceu até o final dos encontros, o que configurou um grupo formado quase exclusivamente por psicoterapeutas junguianos, selecionados conforme os critérios propostos nesta pesquisa. Ainda que uma delas tenha permanecido, reconheço uma diferença institucional no uso dos termos psicoterapeuta e analista no campo junguiano, que apontam processos distintos de estudos e aperfeiçoamento teórico e clínico, razão que me levou a usar apenas o termo “psicoterapeuta” ao longo do trabalho.

² No Brasil, a Obra Completa de C.G. Jung é publicada e comercializada pela Editora Vozes, dividida em 18 volumes, totalizando 35 livros (VOZES, 2011). Além dos livros que compõem as obras completas, existem os vários volumes de cartas e seminários publicados no Brasil nos últimos anos.

prevalente nos casos relatados era a morte, constelada tanto em ideias e fantasias suicidas, como em comportamentos autodestrutivos e tentativas efetivas de suicídio dos pacientes. Declarações tácitas de que “não vale à pena viver” e de que “morrer é minha única saída” são comuns no discurso dos que consideram o suicídio, provocando comumente nos terapeutas sentimentos intensos, polarizados, que vão da extrema impotência à onipotência, acompanhados de fortes conflitos éticos.

Sabemos que refletir sobre a autonomia frente às decisões que definem os rumos da vida e da morte em nossa sociedade – seja de adolescentes ou de adultos –, usualmente esbarra em tabus, tendendo a gerar grandes polêmicas (CASSORLA, 1991). Prova disso são as inúmeras discussões sobre a eutanásia e a distanásia – especialmente quanto aos limites desta última em relação aos procedimentos médicos disponíveis para a postergação da vida –, que têm sido retratadas tanto na arte, em especial no cinema e na literatura, quanto em casos reais veiculados na mídia. Os acalorados debates a que assistimos sobre apenas confirmam a complexidade do tema que, na prática dos profissionais de saúde, não pode ser tratado nos mesmos termos que orientam a percepção de uma pessoa leiga.

Ao nos debruçarmos sobre a questão da decisão antecipada sobre a própria morte, pensando no adolescente, surge um complicador, uma vez que há uma série de posicionamentos bastante ambivalentes de nossa sociedade em relação aos aspectos balizadores dessa fase da vida na cultura ocidental, em termos legais, psicológicos e comportamentais³. No Brasil, particularmente, se por um lado, um jovem de 16-17 anos é estimulado a cada vez mais assumir suas escolhas e responsabilidades (por exemplo, a escolha da profissão, o início da vida sexual, o direito de votar nas eleições⁴), por outro ele é frequentemente submetido a uma espécie de tutela tardia até os 24 anos ou mais⁵, por parte

³ Conforme discutido no debate realizado pelo LEM/IPUSP em 2010, sobre a autonomia do jovem para o suicídio (OLIVEIRA, 2012a).

⁴ O exame do ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio) pode ser feito por cidadãos de qualquer idade, mas tem se constituído como um marco para os jovens entre 16-18 anos, pois ainda que não tenham finalizado o ensino médio (critério para ingressar na universidade), podem prestar o exame como “treineiros” para obter uma vaga em instituições federais de ensino superior e para programas de financiamento de mensalidades no ensino privado do Governo Federal. No Brasil, o voto é obrigatório para todos os cidadãos brasileiros a partir dos 18 anos até 70 anos, porém, é facultativo a partir dos 16 anos e a partir dos 70 anos. Apesar de o voto ser facultativo, esses eleitores são obrigados a comparecer a uma convocação de revisão do eleitorado, sob pena de cancelamento da inscrição de seu título eleitoral (TSE, 2019). Quanto ao início da vida sexual, tem ocorrido entre 13-17 anos, conforme estudo publicado pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP em 2017, diferentemente do que acontece em países como Reino Unido e nos Estados Unidos, onde ocorre depois dos 18 anos, ou na Espanha, onde se dá entre 19-20 anos, conforme estudo “The Face of Global Sex”, conduzido por uma fabricante de preservativos em 37 países (SANCHEZ, 2019).

⁵ No Brasil, a classificação de idade para o jovem é definida no art. 1º do Estatuto da Juventude, onde “são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 e 29 anos” (Lei 12.852 de 5 de agosto de 2013 (PLC 98/2011)). Na hipótese de haver sobreposição deste Estatuto com as diretrizes do ECA para o jovem de 15 a 18 anos, dever-se-á privilegiar o Estatuto que for mais benéfico ao jovem (Cf. SENADO FEDERAL, 2013). A

dos adultos, tomados por preocupações relativas aos perigos da vida moderna, especialmente nas grandes cidades, e também, premidos pela preocupação de oferecer estímulos educacionais para que o jovem se prepare para a vida profissional futura. Drogas, novas companhias, amplo acesso à tecnologia, jogos virtuais e redes sociais, além de viagens desacompanhadas dos pais estão entre as experiências que permitem ao adolescente as necessárias descobertas desse período de vida, acompanhadas da consequente necessidade de criar respostas próprias, com mais autonomia. Entretanto, elas também geram ansiedades e impasses intensos, não só nos jovens, mas também em seus familiares⁶, em função de uma reformulação dos padrões de autoridade e de inter-relações na família, observados mais recentemente no cenário contemporâneo, conforme analisado pelo sociólogo Christopher Lasch; este aponta uma crise da autoridade patriarcal e seus desdobramentos na cultura contemporânea, discorrendo sobre a transformação da família moderna, que teria se tornado cada vez mais insegura para lidar com questões implicadas na educação dos filhos, terceirizando cuidados e responsabilidades a diversos especialistas (Cf. LASCH, 1986, p.170).

A ambivalência relacionada aos diferentes aspectos da autonomia do adolescente ressoa também na área da psicologia, que segue os parâmetros do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) para o código de ética que regulamenta nossa profissão no Estado de São Paulo (Cf. Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região). O ECA atribui ao adolescente o mesmo status conferido à criança e às pessoas legalmente interditas: uma pessoa com até 12 anos incompletos é considerada uma criança, ao passo que as que têm entre 12 e 18 anos são tidas como adolescentes, podendo algumas determinações legais estenderem essa condição até os 21⁷.

Para nós, psicoterapeutas que atendemos o público infanto-juvenil, o desafio começa em ter de discriminar melhor nossa escuta e conduta não só na relação com os pacientes, mas

OMS, por sua vez, estabelece o período de 20 a 24 anos para a classificação etária dos jovens. Considerei a idade de 24 anos, ainda, considerando o tempo de finalização da maioria dos cursos de graduação e o início da entrada no mercado de trabalho para jovens que cursam a universidade. Por fim, há um debate que vem ocorrendo no campo da pediatria sobre a possível extensão da adolescência dos 19 para 24 ou 25 anos. (<https://www.bbc.com/portuguese/geral-42747453>). O mesmo artigo foi repostado pela BBC BRASIL em 21/03/2022, que publicou a matéria originalmente em 2018: <https://twitter.com/bbcbrasil/status/1505991660773249025?s=20&t=uUdDiZsUXHHbRH8qI9HY3w>). E por vários canais virtuais de lá para cá, mostrando que o tema continua sendo debatido.

⁶ No Brasil, temos o agravante da violência nos grandes centros urbanos, que influencia significativamente na conduta dos pais em relação à autonomia dos filhos menores de idade, sobretudo nas regiões periféricas, onde os índices de mortalidade juvenil são ainda mais altos (Cf. ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019).

⁷ Embora a classificação etária definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2016) para a adolescência seja dos 10 aos 19 anos, no Brasil, ela segue o art. 2o. do ECA, que define o período dos 12 aos 18 anos. Para efeito legal, algumas determinações do ECA são aplicadas a pessoas entre 18 e 21 anos (Cf. SENADO FEDERAL, 2013).

com seus pais e/ou responsáveis, uma vez que as orientações do ECA são extensivas “à criança e ao adolescente”. Generalizam-se as necessidades e os cuidados sugeridos a todos os que pertencem a essa faixa etária. Entretanto, nossas reflexões sobre qualquer questão relacionada à infância e à adolescência – sobretudo em casos que envolvem ansiedade, depressão e automutilação, relacionados ao suicídio e seus dilemas éticos –, não podem ser generalizadas, uma vez que um adolescente entre 12 e 15 anos, como sabemos, apresenta necessidades, recursos psicológicos e desafios diferentes, tanto dos demais entre 15 e 21 anos, como dos apresentados por crianças na pré-adolescência ou puberdade. Nesse período é possível observar reflexos conflitivos ligados principalmente a aspectos do luto infantil, que acompanham a passagem da primeira infância à adolescência propriamente dita, caracterizando a puberdade como uma etapa intermediária em que se anunciam as mudanças biológicas, manifestadas cada vez mais cedo nas últimas décadas, em alguns casos precocemente antes de 8 anos⁸.

Ao problematizar essa questão cronológica e os impasses que ela pode suscitar em relação à autonomia do adolescente, não estou afirmando que pelo fato de poder iniciar a vida sexual, votar aos 16 anos ou prestar o ENEM antes de finalizar o ensino médio (ainda que como treino), nem advogando a favor da redução da maioridade penal. Mesmo desenvolvendo autonomia para algumas ações, o adolescente ainda demanda acompanhamento e cuidados para lidar com situações que está começando a experimentar e para as quais está criando um repertório de sentimentos, ideias e condutas. Ou seja, o fato de o jovem estar apto a fazer algumas escolhas, não desimplica as instituições e os adultos a quem ele se encontra ainda vinculado, dos quais depende em diversos sentidos. Esses devem oferecer atenção às suas necessidades, conforme reza a legislação.

Podemos individuar nossa escuta conforme as necessidades específicas de cada momento da adolescência, que se diferenciam daquelas observadas em seus inícios recém-saídos da puberdade? De outro modo: o adolescente pode ser ouvido e legitimado pelos familiares e pelos profissionais que o atendem a partir da própria narrativa sobre suas questões? – especialmente quando se encontram relacionadas a algum tipo de sofrimento psíquico e social, acompanhado por vezes de impulsos autodestrutivos ou tentativas de

⁸ Em meninas, a puberdade ocorre entre 8-13 anos; em meninos, entre 9-14 anos. A puberdade precoce é causada pelo aumento antecipado dos hormônios sexuais no sangue e por estímulos ambientais ou violência sexual. Pouco mais de um século e meio atrás as meninas tinham a sua primeira menstruação, conhecida como menarca, em média, aos 17 anos. Essa idade foi caindo com o passar do tempo e, hoje, está na faixa dos 12 anos (Cf. Sociedade Brasileira de Pediatria. Puberdade Precoce, 2018). Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/desenvolvimento/puberdade-precoce> Acesso em: 4 out. 2019.

suicídio. Observamos que a tendência de os adultos tutelarem filhos, netos ou sobrinhos, torna-se ainda mais evidente quando precisam lidar com problemas afetivos emergentes na prática clínica. Em geral, quando o jovem se fecha em seu mundo e indica que está tendo dificuldades para lidar com os novos desafios – que não são necessariamente patológicos –, os adultos costumam se sentir inseguros e impotentes, recorrendo a medidas de controle que tendem a reforçar as defesas do adolescente (OLIVEIRA, 2012a).

Retomando a análise feita por Lasch sobre a crise da autoridade parental, é possível reconhecer nesse cenário familiares que não sabem o que fazer e que tendem a se distanciar, apostando que isso é “normal”, uma fase que “vai passar”. Mas esta regra também tem suas exceções: muitas vezes aquilo que os adultos apostam que “vai passar” acaba se agravando em sintomas de ansiedade, depressão e de outra ordem psicopatológica – especialmente quando associados ao uso de drogas e à automutilação –, podendo levar à ideação suicida, ou mesmo a tentativas de suicídio⁹. E nós, psicoterapeutas junguianos que recebemos cada vez com mais frequência pacientes adolescentes e jovens em nossos consultórios com esse sofrimento? Como ouvimos e nos relacionamos com os apelos de angústia e de dor que falam de certa insuportabilidade de existir tão precocemente sem atropelar ou negligenciar as necessidades do adolescente nessa situação tão dramática? Como acolher e lidar com o sofrimento, a angústia e a ansiedade dos familiares e responsáveis legais nesse processo que inevitavelmente os envolve e os convoca a contribuir para a melhora do paciente e sua proteção?

Consideremos também os desafios da parceria interdisciplinar com psiquiatras e outros profissionais, nos casos em que esses pacientes chegam até nós já diagnosticados e medicados, ou naqueles que teremos de avaliar um possível encaminhamento para um parecer psiquiátrico: como lidamos com os limites entre esses saberes?

Por fim, como lidar com os desafios éticos, constituídos em todas essas relações e interfaces de um processo psicoterapêutico que envolve riscos e ameaças físicas e psíquicas ao corpo e à vida de um menor de idade? Sabendo que o sigilo é um dos elementos fundamentais para manter o vínculo terapêutico, e que, ao mesmo tempo, somos também convocados a nos responsabilizar ética e legalmente em casos que envolvem a morte de pacientes por suicídio, não só nesta faixa etária, mas também entre adultos.

⁹ Diversos estudos (SOUSA et al., 2017; AVANCI, PEDRÃO e COSTA JUNIOR, 2005; BRAGA, DELL'AGLIO, 2013) afirmam haver uma relação direta entre o abuso de drogas e automutilação com tentativas de suicídio ou com o suicídio consumado entre adolescentes e jovens.

Para refletir sobre essas questões recorreremos não só aos teóricos da psicologia, mas também à filosofia, à sociologia e à antropologia. Jung refletiu que “Nós, os psicoterapeutas, deveríamos ser filósofos, ou médicos-filósofos – não consigo deixar de pensar assim.” (JUNG, 1943/1988a, §181, p. 76). James Hillman (1993) afirmou em “Suicídio e alma” que “Enquanto um analista for fiel à psique, ele não será leigo. Ele tem seus fundamentos e neles há lugar para a morte”. (HILLMAN, 1993, p.68). Referindo-se a um possível suicídio, foi ainda mais enfático, afirmando que “O suicídio é uma das possibilidades humanas. A morte pode ser escolhida. O significado dessa escolha é diferente de acordo com as circunstâncias e com o indivíduo” (HILLMAN, 1993, p. 52).

O posicionamento desse autor será o fio condutor em nossa discussão sobre as possibilidades no manejo do suicídio, não só por ser a única obra dedicada exclusivamente ao tema no campo dos estudos junguianos, mas especialmente porque seu texto oferece a nós, analistas e psicoterapeutas junguianos, e aos profissionais da área da saúde que também lidam com os desafios do manejo do suicídio, uma perspectiva que enseja diálogos, interpretações e revisões sustentadas em premissas epistemológicas e metodológicas estabelecidas por Jung no cuidado da alma humana, o princípio mais legítimo para uma prática efetivamente psicológica, na visão desse autor. A escolha se deve, em especial, porque Hillman nos convoca a oferecer uma escuta para o suicídio como um sofrimento da alma “in extremis”, que estaria falando por meio de fantasias, ideações e possíveis gestos definitivos. Esse conjunto de expressões deveria ser avaliado conforme os sentidos dados por Jung ao processo de individuação – “carro-chefe” de sua teoria psicológica e da prática psicoterapêutica. Lembremos que Jung deu a esse processo um caráter intersubjetivo em conexão direta com a alma do mundo, já que a individuação “não exclui o mundo, pelo contrário, o engloba”. (JUNG, vol. 8; 1946/1984b, §432, p. 230).

Entretanto, e de modo geral, vemos que na psicologia clínica há uma tendência a focar nos aspectos intrassubjetivos do suicídio, relativizando ou mesmo desconsiderando outros fatores que comprovadamente estão presentes entre suas causas, em seu manejo clínico. Na literatura junguiana, os raros textos existentes abordam o tema numa perspectiva simbólica, mas pouco dizem sobre como abordar esse fenômeno em um contexto clínico, histórico e socialmente enraizados. O presente estudo problematiza este aspecto junto aos analistas junguianos, partindo de uma reflexão crítica para avaliar como eles consideram as influências históricas e sociais na experiência dos indivíduos em relação à morte e ao morrer, especialmente no caso do suicídio, em conjunto com os desdobramentos de estruturas universais ou arquetípicas, conforme a proposta teórica de Jung. Aprofundar essa discussão

pode ser uma importante contribuição para a Psicologia Analítica sair do aprisionamento em que historicamente se encontra, no campo científico e institucional na área da saúde. Isto é completamente possível, uma vez que a matriz arquetípica da psique foi definida por Jung como um conjunto de “prontidões” arcaicas que necessitam ser ativadas e atualizadas pelas experiências concretas dos indivíduos no seio de uma cultura. Portanto, assumirei a premissa de que para lidar com esse fenômeno, é fundamentalmente necessário compreender os fenômenos psicológicos constelados individualmente nos pacientes, considerando os contextos históricos e sociais que os evocam e os sustentam na experiência coletiva.

Considerando o suicídio como um fenômeno de caráter multifatorial, já informado pelos estudos da suicidologia, a abordagem nesta tese objetiva justamente a constituição de um olhar que coadune não só os sentidos individuais que nos levam a avaliar o suicídio no plural – como suicídios que refletem características particulares do sujeito que encerra a própria vida –, mas também os aspectos socioculturais e econômicos que envolvem o aumento expressivo do fenômeno em faixas etárias cada vez mais precoces da vida, especialmente na infância, adolescência e primeira juventude, como veremos adiante nos dados epidemiológicos.

Além de discutir aspectos socioculturais que sustentam os modos atuais de subjetivação em torno da morte auto infligida entre adolescentes e jovens, busca-se contribuir para uma reflexão sobre a influência de outros discursos e tratamentos que podem interferir, por vezes excessivamente, no trabalho realizado pelo analista/psicoterapeuta junto aos pacientes e seus familiares. Refiro-me, em especial, ao discurso biomédico e sua ênfase no tratamento farmacológico, fundamentado na crescente patologização da vida pela psiquiatria contemporânea, que vem sendo criticado por diversos autores em função de uma banalização e imposição política e social que caracterizam esta abordagem cada vez mais proposta e, em muitos casos, imposta à população. Desse modo, esta pesquisa visa contribuir para essa discussão, apresentando as especificidades do referencial do paradigma junguiano, articulado ao da psicologia arquetípica, para sustentar uma prática psicoterapêutica em permanente diálogo com outros serviços de saúde, incluindo-se a psiquiatria, mantendo os limites e critérios teórico-metodológicos, sem se submeter automaticamente a outros saberes e discursos externos à psicologia.

Objetivos

O estudo do suicídio no campo clínico inclui diferentes perspectivas, como a da prevenção, atendimento pós-tentativa, atendimento à família ou a pessoas enlutadas que sofreram a perda de um ente, etc. Aqui, o objetivo principal é conhecer e problematizar de que maneira psicoterapeutas junguianos lidam com temas relacionados à ideação suicida e à tentativa de suicídio entre pacientes adolescentes e jovens que buscam psicoterapia no campo da psicologia analítica, buscando contemplar também outros objetivos, descritos abaixo:

- investigar representações ligadas à morte que influenciam potencialmente o campo transferencial, além das limitações e desafios éticos experimentados pelos analistas quando lidam com pacientes e familiares que trazem a temática do suicídio nas sessões terapêuticas;
- conhecer e problematizar limites da relação estabelecida pelos psicoterapeutas com outros profissionais com os quais precisam trabalhar, notadamente com psiquiatras, uma vez que o manejo do suicídio congrega um campo de intervenções multidisciplinares na área da saúde.
- ampliar a conscientização dos profissionais junguianos sobre a influência de outros discursos e técnicas no trabalho realizado pelo psicoterapeuta junto aos pacientes e seus familiares, oferecendo subsídios críticos para que esse profissional possa lidar com tais influências e com as tensões daí advindas, nos aspectos éticos e técnicos que constituem suas práticas. Assim, melhorar o diálogo e a cooperação interdisciplinar entre tais profissionais, que poderão refletir sobre melhores condições de atendimento oferecido aos pacientes e seus familiares com ideação suicida ou tentativas de suicídio que procuram a psicoterapia junguiana.

Para elaborar possíveis respostas ou considerações diante dos objetivos apresentados, a pesquisa foi orientada pelos seguintes questionamentos:

- de que modo a psicologia analítica pode contribuir para a compreensão de certas experiências ligadas à ideação suicida e a comportamentos autodestrutivos entre pacientes adolescentes e jovens?
- como os psicoterapeutas junguianos lidam com a ideação suicida, com tentativas de suicídio e com o luto pela morte de pacientes que efetivaram o suicídio, na sua prática clínica? Esta costuma ser bastante autoral e relativamente solitária, se comparada ao trabalho do psicólogo que se encontra inserido em instituições de saúde, como

acontece especialmente no acompanhamento de pacientes que realizam tentativas de suicídio. Como tais experiências marcam esses profissionais em termos narcísicos e identitários?

- de que recursos tais profissionais lançam mão para acolher e se relacionar com sentimentos, ideias, fantasias e inseguranças que caracterizam o campo transferencial no atendimento a pacientes que estejam apresentando este tipo de sofrimento?
- por fim, como os psicoterapeutas junguianos dialogam com outros saberes e intervenções, notadamente aqueles advindos do campo psiquiátrico?

Hipóteses

A **principal hipótese** desse estudo é que a psicologia analítica no Brasil carece de uma sistematização de referências que permitam o manejo do suicídio. Apesar de contar com uma teoria consistente em relação à prática da psicoterapia, que inclui uma série de métodos e técnicas de exploração do inconsciente – ricamente apresentados e fundamentados não só na obra de seu fundador, como na de seus descendentes teóricos. Essa falta se destaca especialmente em função de a psicologia analítica contar no Brasil com a pesquisa e as práticas pioneiras criadas pela psiquiatra Nise da Silveira, articuladas com as teorias de Jung visando uma compreensão simbólica da esquizofrenia; também com o movimento anti-psiquiátrico – orientado para a humanização do atendimento –, o que lhe permitiu criar outras formas de abordagem e cuidado, incluindo recursos da arte e outros, como a presença de animais na rotina dos pacientes. Possivelmente essa lacuna reflete a influência do tabu em relação ao suicídio, que atravessa toda a psicologia, como discutido a respeito da formação do psicólogo e do psicoterapeuta junguiano (ver seção 7). Talvez revele também um distanciamento das possibilidades e potencialidades dos recursos já explorados pela teoria e práticas no campo da psicologia analítica (ver Nise da Silveira) e aproximação de uma tendência medicalizante, observada no campo da saúde mental, notadamente em relação ao manejo do suicídio. Para ilustrar esse argumento, remeto à escassez de textos e pesquisas junguianas publicadas sobre o tema no Brasil, apresentada no capítulo 1 desta tese.

A **segunda hipótese** que apresento, decorrente da anterior, diz respeito à relação da psicologia analítica com o campo da saúde mental em seus aspectos transdisciplinares. No Brasil, a psicologia clínica encontra-se fortemente identificada com outros discursos da área da saúde, de modo mais amplo, e, em especial, com o discurso biomédico e o tratamento farmacológico, ao lidar com fenômenos como depressão, luto, automutilação e suicídio.

Como o campo junguiano é ocupado majoritariamente por graduados oriundos dos cursos de psicologia, vemos tal identificação repercutir também em suas práticas. Muitos profissionais junguianos estão conscientes do problema e se sentem incomodados com a situação, porém, faltam elementos teórico-conceituais para sustentar um posicionamento crítico a respeito dessas influências biomédicas e farmacológicas – que os acompanham desde a graduação até a pós-graduação –, levando-os a se sentirem inseguros e se submeterem ao saber e ao poder do discurso médico sem maiores contestações. Outra parte dos profissionais, ainda que tenha clareza dos parâmetros teórico-metodológicos da psicologia analítica propostos para a prática da psicoterapia, talvez se preocupe com o risco de sofrer processos éticos e jurídicos ao lidarem com pacientes que apresentam temáticas ligadas ao suicídio, caso não encaminhem esses pacientes a um psiquiatra, e estes efetivem a seguir o suicídio.

Entretanto, é importante resgatar o posicionamento de Jung acerca das diferenças entre as abordagens médica e psicológica, especialmente pelo fato de haver uma tendência majoritária no campo da saúde mental atual de reduzir a causa e o tratamento dos pacientes que apresentam ideação ou tentativas de suicídios ao diagnóstico de doenças mentais, como o transtorno borderline, transtorno bipolar, depressão, etc. Numa conferência na Academia Suíça de Ciências Médicas em 1945, Jung relativizou significativamente a importância do diagnóstico médico em relação à prática psicoterapêutica, que naturalmente segue parâmetros distintos, do ponto de vista da compreensão teórica da doença e de seu tratamento em termos técnicos e éticos. Em suas palavras:

O médico comum parte do pressuposto de que o exame do paciente deve levar, dentro da medida do possível, ao diagnóstico da sua doença, e, uma vez feito o diagnóstico, à decisão quanto aos pontos essenciais do prognóstico e da terapia. A psicoterapia constitui uma visível exceção a esta regra: para ela, o diagnóstico é extremamente irrelevante, na medida em que – exceto um nome mais ou menos adequado para o estado neurótico do paciente – nada se ganha, principalmente no que diz respeito ao prognóstico e à terapia. (JUNG, vol. 17, 1945/1988a, §194 -grifo meu).

Em síntese, a **segunda hipótese** deste estudo é que a incorporação irrefletida do discurso biomédico e farmacológico pode levar o psicoterapeuta junguiano a reproduzir de modo pouco crítico as propostas biomédicas e farmacológicas, arriscando tornar-se um agente indireto da medicalização dos pacientes que os procuram nos consultórios.

Justificativas

Observamos, principalmente nas duas últimas décadas, o aumento expressivo do número de suicídios em todo o mundo, especialmente na população jovem. Para além de

dados estatísticos, isso reflete uma desafiadora realidade marcada pela significativa quantidade de pacientes atendidos nos serviços públicos de saúde e consultórios médicos e de psicologia, principalmente nos grandes centros metropolitanos do país, mas não apenas nas regiões mais populosas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ressaltam a gravidade da situação desde a publicação do relatório “*Preventing Suicide: a global imperative*” (2014), quando o suicídio foi elevado a um problema mundial de saúde pública que, pelo fato de ultrapassar fronteiras, requer atenção, informação e, principalmente, investimento em mecanismos de saúde pública voltados à prevenção e pós-venção.

Diversos estudos apontam a adolescência e o início da vida adulta como os períodos de maior risco para o início de comportamentos suicidas, levando diversas entidades globais, regionais e locais voltadas à promoção de saúde pública (principalmente OMS, OPAS) a estabelecerem a saúde mental dessa faixa etária como uma prioridade para as políticas de cuidado e prevenção de doenças mentais em todo o mundo, conforme alerta do último boletim dedicado a analisar o impacto da pandemia no aumento de suicídios no Brasil: “Estimativas globais indicam que um em cada sete adolescentes de 10 a 19 anos apresentam algum transtorno mental, sendo a depressão e os transtornos de ansiedade as condições mais frequentes.” (Ibid., p. 17).

Segundo dados do *Global Burden of Disease* (2019) para o Brasil, “o suicídio é a terceira maior causa de mortes entre jovens de 15 a 19 anos, com uma taxa de 5 mortes por 100 mil, e a nona maior causa na faixa de 10 a 14 anos, com 0,9 mortes por 100 mil. Comparativamente, entre idosos de 70 anos ou mais, o suicídio representa a 61ª causa de morte, apesar de apresentar uma maior taxa, 9,4 mortes por 100 mil (Ibid. p. 17).

Atualizando esses dados, o número total de óbitos por suicídio registrados na população de adolescentes no período de 2016 a 2021 no país foi de 6.588, tendo a taxa de mortalidade por cem mil aumentado 45% na faixa de 10 a 14 anos (de 0,92 para 1,33) e 49,3% na de 15 a 19 anos (de 4,40 para 6,56). No mesmo período, a taxa na população geral varia 17,8% (de 5,6 para 6,6). Quanto ao gênero, comparativamente, vemos uma prevalência da ideação e/ou tentativas de suicídio entre jovens do sexo feminino, que recorrem mais ao uso de medicamentos nas tentativas¹⁰; ao passo que a consumação do suicídio ocorre mais entre jovens do sexo masculino. Uma série de fatores histórico-sociais-culturais contribuem

¹⁰ “Entre 2007 e 2016, foram notificados no Sinan 470.913 casos de intoxicação exógena no Brasil, sendo 220.045 (46,7%) caracterizadas como tentativas de suicídio. Dessas tentativas, foram registradas em pessoas do sexo feminino 153.745 (69,9%), e, no masculino, 66.275 (30,1%). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, v. 50, no. 15, 2019).

para a compreensão dessa diferença, entre eles, situações de violência e vulnerabilidade social; além de métodos mais “eficazes” para o autoextermínio usados pelos jovens do sexo masculino, como o enforcamento e a arma de fogo, conforme Boletim epidemiológico vol. 53, n.º 37 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Ainda que se considere alguma imprecisão nas taxas divulgadas pelo Ministério da Saúde, que refletem uma possível subnotificação de mortes por suicídio¹¹, de todo modo, o crescimento desse fenômeno na população mais jovem demanda um olhar especialmente voltado para as primeiras etapas da vida, causas e possibilidades de intervenção com medidas preventivas; uma primeira conclusão é que, atualmente, quanto mais jovem maior o crescimento da taxa de mortes nesta faixa etária.

O período crítico da pandemia do Coronavírus foi marcado pelo isolamento social, aumento da vulnerabilidade econômica, medo, bem como pelo comprometimento de comportamentos saudáveis, como a redução de atividades físicas e o aumento do consumo de álcool. Esse cenário produziu impactos na saúde mental de milhões de pessoas, que já vêm sendo contabilizados com o aumento de casos de depressão e ansiedade, e tendem a intensificar ainda mais a pressão por atendimento especializado, justificando duplamente a realização desse estudo: tanto por oferecer subsídios teóricos e práticos para a realização do atendimento à população, como para relativizar os impactos do estresse sobre os psicoterapeutas responsáveis por esse atendimento em consultórios e equipamentos de saúde pública.

A identificação de referências sobre as atitudes dos profissionais pode contribuir para melhor fundamentar suas práticas a serviço da prevenção e da pós-venção psicoterapêutica, sobretudo no caso dos pacientes jovens. Junto às escolas, os consultórios e ambulatórios de saúde são os principais espaços a recebê-los para o tratamento de questões ligadas ao suicídio, como a depressão, a ansiedade e os comportamentos autodestrutivos.

A pesquisa se justifica também pela necessidade de uma discussão sobre as influências do discurso psiquiátrico nas práticas psicoterapêuticas, que extrapolam os limites do paradigma teórico-metodológico da psicologia analítica, permitindo problematizar os possíveis significados de tais influências em termos éticos. Assim, essa investigação poderá servir para que os profissionais desse campo possam se posicionar mais criticamente na interdisciplinaridade com outros profissionais.

¹¹ A subnotificação de mortes por suicídio é reconhecida por pesquisadores e autoridades da área, e associada ao tabu que envolve o tema, observado na alteração dos termos usados em atestados de óbitos, com vistas a ocultar o suicídio por familiares, principalmente, mas não apenas por eles.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. SUICÍDIO: REVISITANDO O CONCEITO NA PSICOLOGIA ANALÍTICA

Foram localizadas 38 referências ao suicídio na obra completa de C. G. Jung¹², sendo que 8 delas se encontram no volume (nº. 2) dedicado aos estudos experimentais com o teste de associação de palavras; outras 9 estão no volume dedicado aos estudos psiquiátricos (no. 1); ou seja, nas obras do período em que Jung se encontrava no Hospital Psiquiátrico Burghölzli, trabalhando predominantemente como psiquiatra.

No conjunto dessas referências, vemos uma ideia que pautará as demais citações sobre o tema, privilegiando uma interpretação em termos intrapsíquicos, qual seja, de que o suicídio – que também aparece associado à intenção ou tentativa de suicídio – seria resultante de uma influência inconsciente dos complexos, ou devido à atividade de núcleos psicóticos latentes, quando constelados de modo violento em relação ao ego – tanto nos casos de psicose, como em atuações histéricas. Predomina, portanto, uma leitura do suicídio – assim como de outros comportamentos violentos – como ato inconsciente e impulsivo, simbolicamente associado à erupção de um vulcão.

Mas, o que está no foco de Jung não é uma pesquisa das causas ou dinâmica suicida, e sim da relação entre o ego e os complexos de modo geral, onde o inconsciente teria uma tendência a tornar-se autônomo em relação à consciência, invadindo-a em algumas circunstâncias de fragilidade egoica do paciente. Em função dessa característica psicodinâmica, e dependendo dos recursos do ego para lidar com pressões e traumas, alguns comportamentos podem sair do controle, levando ao suicídio.

Digno de nota nesta tese, preocupada com a fundamentação teórica e metodológica da abordagem psicoterapêutica ao suicídio, são as duas citações em que Jung menciona literalmente os riscos aumentados para ocorrência de suicídios de pacientes, caso sejam atendidos por psicoterapeutas despreparados para esse manejo, conforme veremos adiante (vol. 8/2 e vol. 17). Não por acaso, Jung foi o primeiro analista a sugerir a S. Freud a necessidade de uma análise didata no processo de formação de psicanalistas, estendendo este princípio, posteriormente, à formação dos analistas junguianos (JUNG, vol. 16/1, §238 e 239; Memórias, sonhos, reflexões, 1963/1975, p.121-122).

¹² Seguem os termos que constam do índice onomástico e analítico das obras completas: suicida, suicídio, impulso suicida, tendência suicida, suicídio e histeria, suicídio intenção; suicídio intencional; tentativa de suicídio (2011, p. 633).

Seguindo a revisão desse tema conforme as citações apresentadas em ordem numérica, comecemos pelo vol. 1 (Estudos Psiquiátricos), onde há várias referências de ideação suicida e tentativas de suicídio de pacientes que se encontravam internados no Hospital Burghölzli, diagnosticados, em sua maioria, com sintomas histéricos (§32, 209, 328, 335, 362, 386, 391, 402, 417). Nesse mesmo volume, apesar de citado no índice onomástico, o parágrafo 218 não menciona ideação ou tentativa de suicídio.

No referido vol. 2, §1022 (p. 496), Jung analisa a influência de um complexo inconsciente que interferiu no processo associativo de um paciente ao ouvir as palavras-estímulo “água, navio, lago, nadar”. *Tais palavras teriam constelado uma dificuldade de responder prontamente, revelando um desejo inconsciente de cometer suicídio por afogamento num momento de desespero*, conforme Jung confirmou ao conversar com o paciente¹³.

No vol. 3 (Psicogênese das Doenças Mentais), temos apenas uma menção no §536, p. 208, assim como no vol. 4 (Freud e a Psicanálise), no §707, p. 299: em ambas, trata-se de referência ao tema na descrição clínica de um paciente, mas o suicídio não é o tema principal da análise empreendida.

No vol. 5 (Símbolos da Transformação), o termo aparece apenas uma vez no §165, com sentido diferente, onde o suicídio simbolizaria uma renúncia; Jung diz “(...) Quem renuncia à façanha de viver precisa sufocar dentro de si-mesmo o desejo de fazê-lo, portanto, cometer uma espécie de suicídio parcial. Isto explica as fantasias de morte que frequentemente acompanham a renúncia ao desejo.” (JUNG, vol. 5, §165, p. 97). No mesmo volume, §447 (p. 284), aparece no sentido de autodestruição, onde se lê “(...) Uma vez que reconhecemos a flecha como símbolo da libido, compreendemos também a imagem de ‘encravar’: é um ato de união consigo mesmo, uma espécie de autofecundação, também uma auto violação, um suicídio. Por isso Zaratustra pode chamar-se de ‘carrasco de si-mesmo’”. *Esta análise guarda alguma semelhança com a reflexão feita por Hillman a respeito de o suicídio indicar possivelmente a presença de um assassino interior que habita a psique, capaz de atacar o próprio corpo e a alma.*

No vol. 6 (Tipos Psicológicos), §759, p. 392, quando Jung apresenta o verbete “anima/animus” em capítulo dedicado à apresentação de conceitos da Psicologia Analítica,

¹³ JUNG, vol. 2: parágrafos 643, 656, 744, 751s., 1008, 1022, 1082, 1383. A maioria dos parágrafos refere-se ao caso mencionado, mas também incluem análises de associação de palavras de outros pacientes submetidos ao teste.

ele levanta a hipótese de que *o número mais alto de suicídios entre homens revela sua tendência a ser vitimizado por impulsos inconscientes*, quando tomados pela *anima*.

No vol. 7/1 (A Psicologia do Inconsciente), §192, Jung *interpreta o suicídio – assim como outros atos de violência – como uma resposta explosiva da psique, “um vulcão que entra em erupção”*. A mesma ideia é encontrada no parágrafo 344 do vol. 7/2 (O Eu e o Inconsciente), onde *relata o caso de um paciente depressivo e incapaz de reagir diante de uma emoção perturbadora em ebulição que pode vir do inconsciente e invadir sua consciência*. (JUNG, vol. 7/2, §344, p. 91)

No vol. 8/2 (A Natureza da Psique), Jung discorre sobre a função compensatória do inconsciente em relação à consciência, visando a autorregulação do sistema psíquico. Aponta possível relação entre o suicídio e alguns comportamentos anormais com um núcleo psicótico latente, que, “em determinadas circunstâncias e casos pode levar a um desenlace fatal, com predomínio das tendências destrutivas” (JUNG, vol. 8/2, §547, p. 296-297). No mesmo volume, §678, enquanto discute o caráter empírico da psicoterapia, aponta que “grande parte dos suicídios cometidos no decurso de um tratamento psicoterápico se deve a procedimentos errados deste gênero [uma cisão na compreensão e atitude do analista]” que prejudicam o paciente (JUNG, vol. 8/2, par. 678, p. 363).

No vol. 14/2 (Mysterium Coniunctionis), §158, p. 116, Jung faz uma breve menção à tentativa de suicídio de Fausto, ao caracterizar as consequências de seu pacto com Mefistófeles. Aqui, trata-se de menção meramente literária para apresentar o drama do protagonista.

Outro exemplo aparece no vol. 16, dedicado à prática da psicoterapia. Ao apontar possíveis motivações inconscientes para o impulso suicida, o autor explica que isso pode provocar uma série de situações imprevistas perigosas, como, por exemplo: “uma súbita vertigem em lugar desprotegido, uma hesitação na frente de um automóvel, um engano ao apanhar um vidro de xarope, pegando o de um corrosivo sublimado em seu lugar, uma vontade repentina de fazer acrobacias arriscadas etc.”. (JUNG, vol. 16/1, §128, p. 55).

No vol. 17 (O Desenvolvimento da Personalidade), §181, p. 103, Jung discorre sobre a importância do cuidado do analista com o relacionamento terapêutico, reconhecendo ser esta a base para o desenrolar da psicoterapia, “até mesmo quando se tem de encarar de frente o horror da loucura ou a sombra do suicídio, continua a existir aquela atmosfera de fé humana, aquela certeza de compreender e de ser compreendido, por mais negra que seja a noite”. No mesmo volume, §260, p. 159, onde Jung analisa os riscos de uma transferência

levar ao suicídio do paciente, nos casos em que o analista não tenha conhecimento teórico e preparo técnico adequado para lidar com estados regredidos e confusos do analisando.

Numa única vez, o suicídio aparece referido a um ato menos impulsivo, no vol. 18/1 (A Vida Simbólica), §251 (p. 123) – onde Jung relata um caso que não foi atendido por ele, mas reportado por um psiquiatra que era seu colega e atendeu o jovem de 22 anos. Este havia sido diagnosticado com uma “insanidade maníaco-depressiva, com predomínio da forma depressiva” ao retornar de uma viagem à Espanha. Após ter se tratado na clínica pelo amigo de Jung durante 6 meses, teve alta com a depressão praticamente curada, mas cometeu suicídio alguns meses mais tarde num estado de aparente lucidez. Pelo sonho, Jung traça uma espécie de autópsia psicológica que permite deduzir as razões pelas quais o jovem cometeu o ato. Jung chega a afirmar que se tivesse atendido o jovem talvez tivesse conseguido ajudá-lo a partir da compreensão do conteúdo arquetípico do sonho, o que possivelmente o pouparia do suicídio. Esta referência é praticamente a única em que Jung não associa o suicídio a uma violenta reação compensatória inconsciente. No mesmo volume 18/1, §1010, p. 416, Jung analisa um caso de suicídio de um jovem que teria entrado em um processo intenso de introversão, “desligando-se transferencialmente do mundo exterior, quando “o inconsciente produziu ideias de autodestruição às quais o paciente sucumbiu”.

No vol. 18/2 (A Vida Simbólica), §1.748, p. 491, temos um breve resumo feito por Jung, de uma conferência dada por ele no Clube de Psicologia de Zurique em 9 de junho de 1945. Ele analisa a condição psicótica de um poeta e tradutor de Goethe e Heine (Gérard De Nerval, pseudônimo de Gérard Labrunie, 1808-1855), conhecido principalmente por sua obra póstuma Aurélia, onde descreve as histórias de sua alma, e, em simultâneo, de sua psicose. Jung analisa o sonho de uma grande construção e a queda fatal do gênio, dizendo que o sonho não tem lise (etapa final de um sonho que aponta um possível desfecho psíquico). Destaca a figura arquetípica do demônio que “corresponde ao si-mesmo que não tem mais espaço para estender suas asas”. Para Jung, as experiências psicóticas de Gérard em grande medida retratam formas arquetípicas do inconsciente. “Durante sua psicose, parece que a verdadeira Aurélia morreu e, com isso, desapareceu a última possibilidade de uma ligação do inconsciente com a realidade, isto é, uma assimilação dos conteúdos arquetípicos. O poeta suicidou-se, o manuscrito Aurélia foi encontrado em cima de seu cadáver”.

Numa revisão¹⁴ atual da literatura sobre o tema, surgiram poucos textos embasados na psicologia analítica ou arquetípica, desde o início desta pesquisa.

Na dissertação do pesquisador Luiz Paulo Lopes (2017) sobre o tema “depressão”, o autor faz uma breve reflexão sobre o suicídio e sua prevenção entre idosos, orientado pela abordagem junguiana clássica. Lopes apresenta seu argumento principal – semelhante ao de Hillman –, relacionando o impulso suicida com uma exigência simbólica de morte movida pelo processo de individuação que recai sobre o eu. Em sua análise, relaciona esse impulso inconsciente ao tema mítico do sacrifício da *persona* diante das necessidades de ampliação da consciência, pressionada pelo *Self*. Entretanto, nesse percurso, pode ocorrer o fracasso da experiência numinosa proporcionada pelo contato com os símbolos inconscientes, devido a uma identificação maciça do ego com a *persona*, posto que “Há uma exigência interior por uma morte, mas o indivíduo é incapaz de sacrificar quem ele pensa ser; quer dizer, sua identificação com a *persona*.” (Ibid., p. 84). Desse modo, o suicídio seria fruto de uma tentativa fracassada de transformar a *persona* para abarcar outras necessidades da alma, ou de suportar situações que esvaziam os valores narcísicos e culturais que sustentavam a *persona* nas trocas sociais (desemprego, divórcio, etc.) – especialmente entre idosos. (Ibid., p. 86).

Voltando agora à análise do suicídio entre jovens, o artigo de Vaz e Vaz (2019) propõem que o processo de individuação dos estudantes universitários poderia contribuir na prevenção e pós-venção do comportamento suicida. Os autores caracterizam desafios, possibilidades e fatores estressores do espaço acadêmico, contextualizando os aspectos existenciais conflitivos dos estudantes nesse cenário. E tentam desliteralizar a interpretação mais comum do suicídio como saída objetiva para sentimentos de inadequação e vulnerabilidade, afirmando tratar-se também de um fenômeno cujos símbolos guardam potente capacidade de afirmação da alma, o que se aproxima da leitura feita por Hillman – embora não o citem. Analisando o contexto social com base na teoria junguiana dos tipos psicológicos, identificam uma hipervalorização da consciência na vida contemporânea, que privilegia “o lado objetivo, extrovertido e concreto, em detrimento do irracional, do *pathos*, do mundo subjetivo mais profundo e introvertido” (Ibid., p.4). Diante dessa situação, a individuação permitiria um retorno e resgate dos símbolos inconscientes que podem regular

¹⁴ Pesquisa atualizada em 23/jan/2023, nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC); LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; National Library of Medicine (PUBMED); em três idiomas (português, inglês, espanhol). Foram usados os seguintes descritores: “suicídio”, “ideação suicida”; “tentativa de suicídio”; “comportamento suicida”, “automutilação”, conjugados com “psicologia analítica”; “psicologia arquetípica”; “psicologia junguiana”. Como resultado, foram identificados seis artigos nacionais (sendo um de minha autoria), duas dissertações de mestrado e três artigos internacionais.

essa unilateralidade egoica coletiva refletida nos indivíduos. Daí, concluem que “o processo de individuação do estudante universitário é um aliado na compreensão, superação e prevenção do comportamento suicida”. Um fator importante debatido é a responsabilização da universidade no contexto do sofrimento dos estudantes, apontada a necessidade de “políticas e modelos para a prevenção de comportamentos de risco e a identificação dos fatores de proteção” (Ibid., p.4), uma vez que o sofrimento não se encontra dissociado de seu ambiente sociocultural.

Outra dissertação também voltada ao sofrimento de universitários (MATHEUS, 2021) investigou o fenômeno do suicídio relacionado à insuportabilidade da dor (existencial), identificando uma correlação significativa e positiva entre ideação suicida e desesperança (Ibid., p. 62). A amostra, composta de 71 universitários da PUC/SP, com idade entre 18 e 29 anos, tinha em sua maioria (81,7%) participantes solteiras, com idade média de 22 anos, que se identificaram com o gênero feminino; moravam com os pais e cursavam a Faculdade de Psicologia (Ibid., p.56). Os resultados mostraram dados preocupantes: 32,4% dos participantes apresentaram, em algum nível, a presença de ideação suicida, 25,4% já tiveram pelo menos uma tentativa de suicídio e 24% das respostas indicaram um grau moderado ou grave de desesperança. Dados alarmantes que confirmam o aumento de tentativas e suicídios nessa faixa etária, além da importância de termos mais pesquisas voltadas à prevenção e pós-venção junto a esse público (Ibid., p.60), conforme sugerido por Vaz & Vaz (2019). No estudo de Matheus (2021) as próprias participantes da pesquisa dizem que “a universidade oferecia poucos espaços para o cuidado com a saúde mental dos estudantes e que haveria uma abordagem pouco adequada, somente trazida em caráter emergencial” (Ibid., p.68). Para melhorar a situação, os entrevistados pleitearam “mais espaços de escuta a fim de promover o cuidado de forma contínua, acolhedora e acessível, além de maior divulgação das estratégias já existentes na universidade”. (Ibid., p.68). Digna de nota foi a menção dos participantes ao sofrimento como “(...) parte integrante da experiência universitária, principalmente no curso de psicologia, do qual os alunos não deveriam se queixar” (Ibid., p.68 – grifo meu), por ilustrar a particularização do sofrimento em termos de uma forte individualização dos riscos sociais, questão problematizada pelo filósofo contemporâneo Byung-Chul Han (2019), conforme veremos na primeira seção desta tese.

Em outro artigo, desta vez voltado a uma análise clínica, Kanigoski e Escario (2020) pesquisaram possíveis manifestações simbólicas de tentativas de suicídio, com base na pesquisa de Marquetti (2011), sobre os elementos usados na cena suicida e o local escolhido para a tentativa. As autoras realizaram a coleta de dados individualmente por meio de uma

entrevista semiestruturada com seis usuários em atendimento no Centro de Assistência Psicossocial – CAPS I –, com uma ou mais tentativas de suicídio. A análise foi baseada na teoria junguiana clássica, focando em conceitos como projeção e símbolos. Os resultados indicaram uma constante: nos casos em que a vítima considerava alguém como responsável pelo seu sofrimento, um dos elementos escolhidos para compor a cena pertencia a esta pessoa, buscando fazer com que ela se sentisse culpada. Outros aspectos discutidos foram a presença de um conflito associado à doença crônica, expresso simbolicamente através da tentativa buscando cura e alívio; e a presença de um sentimento de abandono no ato de se retirar do ambiente de convívio para executar a tentativa de suicídio.

Outros dois artigos mais recentes, agora embasados na psicologia arquetípica, abordam o tema visando colaborar no preparo de psicoterapeutas para o manejo na prática clínica. O primeiro, de Souza e Chagas (2018, p. 8) resgata os aspectos teóricos que embasam a proposta de James Hillman relacionada aos temas “morte” e “suicídio”, e realiza uma ampla sistematização dos principais conceitos da psicologia arquetípica atinentes ao tema encontrados nos livros do autor.

O segundo é de especial interesse nesta tese, pois as autoras Sena e Franco (2017) problematizam o manejo do suicídio discutindo alguns aspectos ligados ao tabu sobre o tema existente inclusive entre profissionais da área da saúde (Ibid., p. 223, repercutindo na atuação do psicólogo ao ter de lidar com o suicídio, considerando a invisibilidade acentuada do tema ao longo de sua formação desde a graduação. Após resgatarem em linhas gerais a proposta teórica de Hillman, as autoras reforçam um dos aspectos mais problemáticos da conduta terapêutica, ligado a conflitos éticos na possível quebra do sigilo, garantido pelo código de ética da psicologia. Numa tentativa de esboço de resposta para o problema, discutem alguns aspectos norteadores da prática clínica, notadamente relacionados à contratransferência em situações-limite que envolvem riscos à vida do paciente. Considerando o tema polêmico – quando se deve ou não quebrar o sigilo? –, resgatam o princípio básico que rege a conduta do psicólogo voltada a “garantir o menor prejuízo para o paciente”, e recorrem à reflexão feita por Zana e Kovács (2013, Ibid., p. 224), que trataram do dilema do terapeuta em situações que o paciente não autoriza a quebra do sigilo: “(...) O profissional, ao perceber o risco de não criar essa rede de apoio, está autorizado a contar para um familiar, se essa decisão colaborar para preservar seu paciente. *No entanto, é importante ressaltar que a quebra de sigilo neste caso é um direito, mas não um dever*” (Ibid., p. 224 – grifo meu). Para lidar com tema tão denso e eivado de tensões, Sena e Franco (2017) recomendam, além dos recursos já informados ao psicólogo (análise pessoal e supervisão clínica), a criação de fóruns de

discussão multidisciplinar nas universidades que oferecem graduação em psicologia, o que mais uma vez convoca à responsabilização os espaços institucionais ligados à educação dos profissionais que trabalham na prevenção, cuidado e pós-venção ao suicídio, conforme alertado por diversos pesquisadores da área.

Antes de encerrar a revisão da literatura nacional sobre o tema, incluo uma palestra apresentada no III Congresso Latino-Americano de psicologia junguiana no ano de 2003, pela analista junguiana Iraci Galiás (2004), que narra sua experiência com a perda do filho que cometera suicídio. Num texto intitulado “Suicídio: o tema temido”, a autora discute vários aspectos, enfocando principalmente o luto traumático e o preconceito associado ao estigma do suicídio que causa constrangimento e solidão nas famílias. Galiás relata e explora a complexidade do luto familiar ligado ao suicídio como uma experiência ambígua atravessada por sentimentos mistos, como raiva, culpa e negação. O artigo comporta um tom narrativo de sua experiência pessoal que serve à problematização de um tema complexo e invisibilizado, como falamos, constituindo uma elaboração sensível e rica para todos os psicoterapeutas, junguianos ou não.

Na literatura internacional, foram localizados dois artigos em língua inglesa, ligados à pesquisa com testes e escalas psicológicas, investigando fantasias de suicídio. Num deles, Burge e Lester (2000), pesquisaram a relação dos tipos psicológicos com ideação suicida, por meio de um teste aplicado numa amostra de 105 alunos do último ano do ensino médio nos Estados Unidos, observando, entre outros resultados, que as pontuações mais altas da função percepção (sensação) e julgamento (sentimento) foram associadas à ideação suicida. Os tipos psicológicos discutidos por Jung têm características típicas, porém, ele mesmo alertou quanto ao risco de transformá-los em tipos fixos, uma vez que devem ser analisados na complexidade dinâmica das funções superior, inferior e auxiliares da personalidade, e conforme os diversos contextos histórico-sociais do indivíduo. Infelizmente, no referido estudo não houve avaliação qualitativa dos marcadores observados no teste. Entretanto, pode ser uma contribuição relevante: ao identificar num determinado grupo um conjunto de alunos que poderia estar mais propenso à ideação suicida em função de seu tipo psicológico predominante, fomentar medidas de prevenção e pós-venção do suicídio em escolas.

Num segundo artigo, Lester (2009) analisa o conceito de “memes” e sua possível aplicabilidade à suicidologia. O autor apresenta propostas para identificar possíveis memes implicados no comportamento suicida. Propõe uma classificação deles relacionando-os com o que poderia se chamar de “arquétipos” ligados ao suicídio.

Tendo finalizado essa revisão – e diante da relativa escassez de referências sobre o tema no campo junguiano nacional e internacional de língua inglesa –, há necessidade de pesquisar os modos como a psicologia analítica pode contribuir para a compreensão de certas experiências ligadas ao campo de estudos sobre o suicídio e outros comportamentos autodestrutivos, principalmente entre pacientes adolescentes e jovens, o que nesta tese se dará a partir de uma interlocução com a psicologia arquetípica, como veremos a seguir.

1.1 PSICOLOGIA ARQUETÍPICA: VER O SUICÍDIO ATRAVÉS DA ALMA

“Ninguém realmente pode dizer que se defrontou com a vida se não estiver disposto a se atracar com a morte”
(HILLMAN, 1993, p. 23).

O suicídio foi abordado sob diferentes perspectivas na história do pensamento, num arco amplo que envolve filosofia, religião, sociologia, direito, medicina, chegando à modernidade no campo da ciência psiquiátrica, psicológica e, atualmente, da suicidologia¹⁵. Autor pós-junguiano dedicado a uma revisão crítica de vários temas da psicologia junguiana clássica que levaram ao surgimento da escola arquetípica, James Hillman (1993, p. 33-48) se debruçou longamente sobre o tema no livro “Suicídio e alma” – publicado originalmente em 1964. Na primeira parte da obra problematizou os quatro principais discursos relacionados ao tabu do suicídio em nossa sociedade: na sociologia, no direito, na teologia e na medicina, a fim de caracterizar e diferenciar cada uma delas em relação a uma abordagem propriamente psicológica do fenômeno.

Suicídio e tabu são praticamente sinônimos em qualquer parte do mundo, seja no Oriente ou no Ocidente, em qualquer momento histórico. Daí o esforço de Hillman para convocar os psicólogos e principalmente nós, psicoterapeutas, a individualizarmos nosso olhar para o manejo do suicídio. Para isso, o autor propõe particularizarmos, nos termos da alma, a metáfora psicológica da morte autoprovocada, diferenciando nossa reflexão e relação com o suicídio a partir de uma ética arquetípica, que remete ao que “vem de dentro” da psique, e não de fora dela: em termos conceituais, sejam dados sociológicos estatísticos, abstrações metafísicas, marcadores biológicos, ou leis criadas a partir de uma lógica racionalista. Em sua análise crítica, a visão de todos esses discursos está voltada principalmente à explicação,

¹⁵ Ver: HILLMAN, J. *Suicídio e alma* (parte 1: cap. 2). 2ª. Edição. Petrópolis, Vozes, 1964/1993. MINOIS (2018). BARBAGLI (2019). Há muitos autores e pesquisadores do campo da suicidologia incluídos nas referências desta tese, inclusive brasileiros. Porém, resalto dois livros básicos de Edwin Schneidman (1998), professor emérito de ciências do comportamento e de psiquiatria da *Oxford University*, considerado o “pai” da suicidologia.

controle e prevenção do suicídio por motivos que *vêm de fora da alma*, caracterizando uma imposição que, na maioria das vezes, objetiva calar o sujeito e suas disposições íntimas, associando impulsos autodestrutivos com a ideia de pecado, crime, doença ou desagregação social (Ibid., HILLMAN, 1993, p. 52-53 – grifos meus).

O discurso teológico – forte indutor do tabu do suicídio na cultura – naturaliza a ideia da vida como um dom oferecido ao homem por um deus todo-poderoso. Veremos que a origem dessa interdição remonta à antiguidade politeísta, mencionada já no Fédon, de Platão. Recusar tal presente divino constituiria uma *hybris*, já que apenas “Deus pode reinar sobre a vida e a morte. Por esse motivo, o suicídio, para os teólogos, é o ato de rebelião e apostasia por excelência, porque nega a base mesma da teologia”. (HILLMAN, 1993, p. 41)

Exceção a essa interdição aparece nos martírios de santos que se sacrificaram em nome de Deus. Nesses casos, o suicídio seria justificável aos olhos da teologia. Entretanto, Hillman entenderá que o fato de ser contrário aos princípios da teologia, não torna o suicídio propriamente ímpio ou irreligioso aos olhos de Deus, e perguntará “(...) Não poderia o suicídio, cuja inspiração é interior, ser também um modo de Deus anunciar o tempo de morrer?” (HILLMAN, 1993, p. 42)

Para entender esse argumento que sustenta e norteia não só a compreensão teórica, mas também a proposição de manejo clínico feita por Hillman, torna-se fundamental problematizar um aspecto citado rapidamente, e apenas no último capítulo da primeira parte do livro¹⁶; o autor cita a passagem 62 do Fédon em que Sócrates, num célebre diálogo com Cebes no dia previsto para seu suicídio: “(...) há razão para se dizer que um homem deveria esperar e não tirar sua própria vida até que Deus o convoque.” (Ibid., p. 111). Devido à sua importância para a compreensão dos argumentos de Hillman em relação ao suicídio, reproduzo integralmente o diálogo:

E, com efeito [...], pode parecer dessa maneira irracional (*álogon*); no entanto, tem possivelmente alguma razão (*lógon*). Pois, então, *o que se diz nos Mistérios em relação a eles, há uma razão: que nós humanos estamos numa certa phourá, e não é lícito liberar-se a si mesmo nem escapar; me parece algo grande e não fácil de alcançar; no entanto, ó Cebes, isto me parece bem-dito: os deuses são os que cuidam de nós (hemôn toùs epimelouménous) e nós humanos somos um de seus pertences (ktemáton); não te parece assim?* (Phd. 62b1-9 apud MILIONE, 2020, p. 3 – grifos meus).

Diante dessa resposta, Cebes contesta o mestre Sócrates sobre a incoerência de sua decisão pelo suicídio – ao invés de aceitar o plano de fuga organizado por seus discípulos, a

¹⁶ “Enfrentando o risco do suicídio”. In: *Suicídio e Alma*, parte 1 – cap. 5 – p. 93-111.

fim de preservar sua vida. Além disso, a fuga ofenderia aos deuses, legisladores absolutos sobre os rumos da vida e da morte –, conforme o próprio Sócrates havia afirmado.

Ainda que Hillman não discorra em detalhes sobre esse diálogo em sua breve citação, penso que devemos ampliar seus sentidos, pois conforme se avança na leitura de “Suicídio e Alma” parece claro que ele está fazendo uma analogia entre o sentido da morte na Grécia antiga com sua hipótese a respeito de um sinal que “vem de dentro” em relação – quando se apresenta em conformidade com os desígnios de Deus ou da alma.

O filósofo e pesquisador brasileiro Vitor de Simoni Milione (2020) problematiza o significado dessa passagem a partir da ambiguidade do termo “*phrouá*”, que recebe interpretações distintas entre os filósofos que se debruçaram sobre esse diálogo. Explica que o significado mais assimilado interpreta essa palavra no sentido de cárcere¹⁷ ou tumba, de modo que a vida terrena e/ou o corpo cumpriria a função de aprisionar a alma”. Ela estaria confinada e obrigada a cumprir uma pena ao longo da vida, ainda que não se saiba em virtude do quê ou quem a teria definido¹⁸. Mas, visando discutir outras interpretações, Milione investiga o termo *phrouá* em suas bases etimológicas, mitológicas e literárias. Para isso, postula uma associação direta com a semântica militar, que era tão influente nos hábitos e normas do mundo grego antigo¹⁹.

O filósofo propõe outro significado para a mesma passagem socrática em que o termo *phrouá* seria mais bem compreendido no sentido de “posto de guarda” e não de tumba ou prisão. Dá como exemplo um verso que abre a tragédia “Agamêmnon”, explicando que a palavra *phrouá* é ali usada claramente no sentido ativo de um ‘serviço de guarda’. Outro exemplo dado por Milione pode ser visto quando Clitemnestra ordena que se monte uma guarda no alto do palácio de Argos até que seu marido regresse de Troia. Seguindo o argumento do autor, tendo a Guerra durado 10 anos, seria bem possível que o “serviço de guarda” tivesse durado o mesmo tempo, o que tornaria tal tarefa extremamente exaustiva para

¹⁷ Milione explica que a primazia do sentido predominante do termo *phrouá* como “cárcere” na hermenêutica filosófica tradicional se deve provavelmente ao fato de alguns estudiosos terem recorrido a uma passagem de outro texto grego antigo (Crátilo, passo 400c *apud* MILIONE, 2020, p. 5), em que se encontra um binômio ambíguo *sôma-sêma* para se referir ao corpo, sendo a diferença entre as duas palavras apenas uma letra. Para o autor, poderia ter havido uma interpretação equivocada, entendendo-se *sôma* como corpo-prisão, uma vez que *sêma* tem o sentido de tumba/sepultura, mas também guarda aproximação semântica com o termo *semaínein*, que carrega um sentido diferente, em que o corpo seria uma possibilidade de “expressão para aquilo que a alma quer significar no mundo”. Assim, *phrouá*, *sôma* e *sêma* podem ter sido usados de modo aproximado ao se tratar do tema “corpo”.

¹⁸ Milione esclarece que a predominância dessa interpretação possivelmente reflete a influência histórica de vários séculos de tradição filosófica, além de dois milênios de tradição cristã que certamente influenciaram na associação e referência quase automática da palavra *phrouá* ao sentido de aprisionamento ou cárcere.

¹⁹ O autor ressalta que em nenhuma das palavras derivadas de *phrouá* a semântica da prisão aparece. (Ibid., p. 2).

aquele que estivesse a ela submetido. Por esta razão, *os soldados tinham de pedir uma liberação do serviço de guarda*²⁰. O mesmo significado é tirado de uma passagem em que Heródoto fala da deserção dos egípcios, que teriam passado para o lado inimigo, *por não terem sido dispensados do serviço de guarda que eram obrigados a prestar*. Por fim, tomando uma passagem de “Prometeu Agrilhado”, Milione apresenta mais uma vez o uso do termo *phourá* associado à ideia de que o *herói tem de suportar um serviço de guarda insuportável, mas que não poderia ser renunciado*²¹.

Milione conclui que, tanto a fala de Prometeu ao coro, como a passagem de Agamêmnon e Clitemnestra indicam como pode ser dura, cansativa, pouco prazerosa e de longa duração a guarda e submissão aos desígnios dos deuses ou de senhores. Entretanto, nas várias citações em que o termo *phourá* aparece, o autor não encontrou cárcere nas raízes etimológicas ou nas várias passagens mitológicas e literárias apresentadas, mas tão somente o significado usual de guarda (Ibid., p. 6). Dessa forma, Milione contrapõe o sentido filosófico hegemônico dado à palavra *phourá*, como “corpo-prisão” e propõe, analogamente, o “corpo como sentinela” que serviria metaforicamente para a guarda ou custódia da alma. Desse modo, esta não mais estaria condenada a viver num corpo-cárcere sujeito a um aprisionamento ou punição divina. Ao contrário, o corpo seria o *locus* onde a alma está protegida para se realizar no mundo durante a vida, sentido que coaduna com o significado do corpo nos discursos de Sócrates a partir da etimologia da palavra *sôma*, em consonância com o termo *semáinein*, explicado em nota.

Milione entende que essa revisão semântica permite vislumbrar uma nova concepção da relação alma-corpo no texto de Platão “menos pessimista do que a fórmula órfica”, embora tenha se valido dela como ponto de partida, mas nunca de chegada, pois para ele o corpo não poderia ser tomado como tumba ou prisão, já que para exprimir esse sentido de corpo como prisão, Platão recorre mais de uma vez ao termo *desmotérion* e não *phourá* (Ibid., p. 9). Ou seja, esses termos não são usados como sinônimos no Fédon, mas com sentidos claramente distintos conforme os contextos em que aparecem, quais sejam: como cárcere ou posto de guarda, respectivamente.

Buscando relacionar essa investigação filosófica com o questionamento de Hillman sobre a interdição religiosa e social que paira há séculos sobre o suicídio e exerce influência sobre a psicologia, temos de esclarecer em primeiro lugar que a morte no sentido filosófico

²⁰ “Aos deuses suplico a libertação das labutas, da guarda (*phourá*) anual duradoura” (A. Ag. 1-2; Ibid., p. 4).

²¹ “Nos cimos mais altos, *a guarda não invejável suportarei*” (A. Pr. 142-143: tradução e grifo de MILIONE, Ibid., p. 5).

grego antigo não guardava o mesmo sentido que dela temos hoje. Tomando o significado proposto por Milione para a fala de Sócrates: “nós, homens, vivemos numa certa *phourá*”, entende-se que o suicídio para Platão não teria o significado de libertação; corpo é lugar, e possibilita sua realização na existência – guiada pelos deuses; ideia vista no Orfismo, mantida pelo cristianismo ocidental e por outras religiões no mundo oriental.

Apesar da resposta dada a Cebes contemplar a ideia de que somente aos deuses caberia libertar o homem do corpo físico e do aprisionamento terreno, podemos entender que Sócrates assumiu o direito de pedir *licença de sua guarda, como se tivesse recebido um claro sinal dos deuses para escolher o suicídio*. Ele teria interpretado a condenação recebida do tribunal ateniense como um sinal vindo dos deuses para se liberar de seu posto de guarda (corpo); imposta a condição de que para continuar vivo teria de renunciar a viver como um filósofo, sua alma não mais poderia continuar cumprindo sua função. Lembremos, ainda, da relação de Sócrates com seu daimon, que teria guiado sua decisão, como fazia em relação a inúmeros eventos da vida, dos mais “banais” aos mais dramáticos. Temos, então, na visão de mundo socrática, o aprisionamento ao corpo com diferentes possibilidades de compreensão, como prisão ou castigo, prova, missão ou serviço a ser cumprido – a depender de como se interpreta a especificidade do termo *phourá* nesta passagem tão importante no Fédon. Com base nessa visão devemos lembrar que a verve guerreira seria uma metáfora usada por Sócrates²² para suportar os dissabores e desafios da vida, enquanto se caminha para a morte, razão de ser de todo filósofo que finalmente se reuniria ao bom e ao belo. Assim, com o suicídio, Sócrates estaria cumprindo sua “areté filosófico-guerreira”, enfrentando a morte com segurança e serenidade, algo digno da sabedoria de uma vida vivida plenamente, o mesmo podendo ser dito de um soldado que cumpre adequada e corajosamente sua função e pode, portanto, ir em direção a ela. (Ibid., p. 13).

Por fim, ao anunciar a interdição ao suicídio no diálogo com Cebes, Sócrates estaria articulando questões a respeito dos significados de vida e morte, da relação mantida entre os deuses e os homens. Por um lado, o suicídio poderia ser entendido como uma abstenção ou fuga da responsabilidade pelo compromisso assumido para com os deuses, como se o suicida fosse um desertor, sem que de fato sua missão tivesse sido cumprida²³. Entretanto, ainda

²² A esse respeito, Milione resgata um dado biográfico importante de Sócrates “que foi realmente um soldado a serviço de Atenas, que realizou grandes proezas militares. Não podemos nos esquecer, por exemplo, da descrição das habilidades guerreiras de Sócrates em Diógenes Laércio (2.22) e no Banquete de Platão (219 e 220d)”. (MILIONE, 2020, p. 13).

²³ “Da mesma forma, o suicídio segundo a leitura de Damascio (Comm. Phd., 1, 10), seria a comprovação de que a alma ainda precisa ligar-se novamente a um corpo para continuar o aprendizado que ela própria interrompeu”. (MILIONE, 2020, p. 14).

segundo a interpretação de Milione, não podemos ver na argumentação de Sócrates nem uma condenação imediata ao suicídio, tampouco uma aprovação ou estímulo a ele. O cerne de sua fala passa pelo sentido da morte como fim inevitável, contra o qual não se deve lutar, mas pelo contrário, aderir à possibilidade de a alma finalmente conseguir ser liberada de sua missão em vida, por cumprir fielmente os desígnios dos deuses. Não se trata de uma crítica moral, mas de uma visão de mundo pautada nos ideais, valores morais e sociais do mundo grego.

Veremos que Hillman se utiliza do texto de Platão para reinterpretar o que seria “uma ‘convocação de Deus’, entendida como ‘necessidade’ ou ‘compulsão’ advinda de um *evento externo*, algo que vem como uma circunstância funesta: derrota, acidente, doença, catástrofe”. Ele aproveita a referência a Deus para questionar se a convocação divina poderia ser entendida como uma necessidade advinda de um plano arquetípico ou da alma, portanto, metaforicamente, *interno*: “Se um analista permitiu a experiência da morte *até seu extremo* e, ainda assim, a alma insiste na morte orgânica através do suicídio, não poderia também isto ser considerado uma necessidade inevitável, uma convocação de Deus?²⁴” (Ibid., p. 111).

Naturalmente, Platão menciona a “divindade” e não o “Deus” da tradição judaico-cristã. Hillman sabia que os gregos se referiam aos deuses numa perspectiva politeísta. Podemos entender que a analogia empregando o termo “Deus” seria uma tentativa de remeter a temática suicida a uma força superior ao ego e mais próxima de camadas arquetípicas da alma – ela, que não teme nem a morte, nem a escuridão.

Além da referência filosófica feita por Hillman, outro ponto importante a ser avaliado é a correlação entre o termo divindade, no sentido filosófico aqui atribuído, e o sentido encontrado na psicologia junguiana, uma vez que nesta teoria a referência a Deus se dá em termos psicológicos. Com efeito, Jung dirá que temos acesso somente a uma *imago dei* ou “imagem de deus” como experiência psicológica, recusando-se, assim como Hillman, a discutir acerca de uma suposta essência metafísica de Deus. Jung discute a relação que o indivíduo tem com o divino a partir de uma experiência psicológica de caráter arquetípico, que se daria sempre por meio de imagens simbólicas. Ele associa a *imago dei* ao simbolismo do *Self*, no sentido de uma totalidade que contém e exerce influência sobre o ego, já que a parte é contida pelo todo; o ego, portanto, relativo ao *Self* como “o movido em relação ao movente”, de modo que os impulsos do *Self*, por assim dizer, poderiam suscitar a ampliação da consciência egoica (Cf. JUNG, vol. 7/2, 1934/2001), a partir da produção de sintomas,

²⁴ Referência à expressão usada por Hillman “*alma in extremis*”, para falar das condições doentias, sofridas, anormais e fantásticas da psique (Re-vendo a psicologia, 1975/2010, p. 132).

sonhos, sincronicidades e outras expressões inconscientes, inclusive as de caráter sombrio, como pode acontecer no caso das fantasias e impulsos suicidas.

Teria a temática suicida, em algumas circunstâncias, um sentido prospectivo²⁵ constelado pelo self em termos análogos à influência daimônica vista em Sócrates, no sentido de redirecionar as produções literais empobrecidos da vida? Ou ainda: poderiam os impulsos autodestrutivos que ameaçam concretamente o corpo servir ao cultivo da alma em momentos conflitivos ou depressivos, permitindo aprofundamento e ampliação dos significados da existência com a conseqüente transformação da vida? Embora tais questões tenham algo de desconcertante, nos colocam diante de uma complexidade paradoxal que convoca à análise sobre diversas camadas, ainda que, por sua própria natureza genérica, não seja possível chegar a conclusões absolutas. Pois, se é o corpo que permite ao ego constelar para o sujeito a consciência de que ele existe e está vivo, uma aproximação ativa da morte concreta torna-se absurda em função do tabu do suicídio e dos riscos implicados nessa experiência.

Assim, após discorrer sobre uma série de modalidades e motivações²⁶ possíveis para o suicídio, de modo a ilustrar a diversidade e abrangência desse impulso que emerge da paisagem psíquica regida pelos filhos de *Nyx*²⁷, Hillman apresenta a hipótese ousada: para algumas pessoas, as fantasias e tentativas de suicídio poderiam estar ligadas às necessidades da alma no caminho de sua individuação. O autor propõe que se busque na clínica ajudar o paciente a “*indivduar* o impulso suicida”; aqui entendido como a possibilidade de particularizar psicologicamente os sentidos da vida através do *páthos* da alma, e não para

²⁵ Importante não confundir “prospectivo” com “positividade”. Prospecção refere-se tão somente a uma condição predisponente constelada para uma nova experiência psicológica. A conseqüente qualificação da experiência em valores simbólicos, éticos ou morais depende sempre da atitude do ego como centro da consciência (JUNG, 1964). Ver também discussão sobre “atitude da consciência” em Oliveira (2006), cap. 2.3.2.

²⁶ Suicídios coletivos, suicídios simbólicos, suicídios emocionais (passionais), suicídios de culpa e consciência, de terror ansioso, de melancolia pelo envelhecimento, de solidão, de abandono, pesar, apatia e inutilidade, desespero embriagador e desespero pelo fracasso, especialmente fracasso no amor. Suicídios intelectuais, suicídios ascéticos, suicídios de niilismo, rebelião e absurdo. Suicídios para evitar o sofrimento físico na tortura ou doença, na prisão ou captura na guerra. (Suicídio e Alma, 1993, cap. 3).

²⁷ Segundo Hesíodo, *Nyx* é uma das deusas primordiais que personificava a noite profunda no mundo grego. Filha do *Caos*, foi a segunda criatura a surgir do vazio, seguida por seu irmão gêmeo *Érebo*, deus da escuridão. Logo após eles, surge *Gaia*, a personificação da Terra, *Tártaro*, a personificação das trevas e *Eros*, a personificação do amor e da criação. *Nyx* também é considerada a deusa de todos os segredos noturnos e controla a vida e a morte dos homens e dos deuses, sendo muito respeitada e temida por eles. Até mesmo *Zeus*, que era o deus dos deuses, a temia e respeitava muito. Destaco de sua longa linhagem gerada espontaneamente: *Queres*, *daemones* que personificam a morte violenta e a fatalidade; *Tanatos*, a personificação da morte e seu irmão gêmeo *Hipnos*, a personificação da sonolência e deus do sono. Os *Oniros*, que eram as mil personificações dos sonhos. *Oizus*, que personifica a tristeza, a angústia e a miséria. As *Moiras*, as três irmãs impiedosas e deusas do destino. *Lyssa*, sendo a personificação da ira e da loucura produzida pela raiva. *Caronte*, o barqueiro do mundo dos mortos. E, por fim, *Morfeu*, o deus dos sonhos. (Cf. BRANDÃO, 2015, vol. 1)

atender demandas culturais ou regras sociais dedicadas ao controle legal, biológico ou religioso, como fazem os demais atores institucionais dedicados a conter o suicídio.

Concluindo: a argumentação proposta por Hillman evoca conflitos éticos porque confronta o tabu do suicídio amparado na cosmovisão judaico-cristã, que tinge os valores morais da cultura e da sociedade, turvando a visão e a prática não só da medicina contemporânea como da própria psicologia. Em outras palavras, impõe ao corpo e à vida a força da lei de Deus e dos homens. Porém:

Uma vez que Deus não está confinado apenas aos dogmas das teologias, mas pode revelar a Si Mesmo, e de fato o faz, igualmente através da alma, é na alma que se deve procurar a justificativa para um suicídio. Em outras palavras, o analista não deve esperar ajuda do teólogo, mas é forçado a enfrentar o problema em sua própria arena. (HILLMAN, 1993, p. 43).

Mas qual seria a arena da psicologia? Em resposta, Hillman privilegia o ponto-de-vista arquetípico, e convoca o analista a assumir cada vez mais a metáfora da morte pelas lentes da alma, já que em termos psicológicos junguianos, partimos de imagens simbólicas consteladas em sonhos, fantasias, sintomas e impulsos que refletem suas necessidades arquetípicas; ainda que possam parecer patológicas ou contraditórias, não só ao observador externo como ao próprio paciente. Veremos isso na seção 3, sobre a patologia como necessidade da alma.

Nos próximos capítulos seguiremos por uma abordagem sociológica do tema.

1.2 UM OLHAR PARA O PANO DE FUNDO SOCIAL

No célebre “Estudo de sociologia sobre o suicídio” (1897/2014), Émile Durkheim persegue um método objetivo para discorrer sobre o tema, no melhor espírito científico da época, preocupado em retirar a sociologia do campo das “construções e sínteses filosóficas”. Durkheim visa definir o termo suicídio para diferenciá-lo dos significados e preconceitos medievais já conhecidos e reproduzidos no senso comum, não só por pessoas leigas, mas por médicos da época. Invocando uma descrição o mais objetiva possível, esboça uma primeira definição da morte voluntária nos seguintes termos:

Embora, em geral, se represente o suicídio como uma ação positiva e violenta que implica certo emprego de força muscular, pode acontecer de uma atitude puramente negativa ou uma simples abstenção terem a mesma consequência. Alguém se mata tanto recusando-se a comer quanto destruindo-se a ferro e fogo. [...] Chegamos, então, a esta primeira formulação: chama-se suicídio a toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima. (DURKHEIM, 1897/2014, p. 14-15).

Preocupado em oferecer uma análise mais complexa, ele esclarece que essa definição anterior ainda estaria incompleta, uma vez que não seria possível colocar na mesma categoria e tampouco tratar do mesmo modo mortes tão distintas como a de um louco e a de outro, que esteja em sã consciência, capaz de avaliar as consequências de seus atos: “Diremos que só há suicídio se o ato que resulta na morte foi realizado pela vítima tendo em vista esse resultado? Que só se mata quem realmente quer se matar, e que o suicídio é um homicídio intencional de si mesmo?”. (DURKHEIM, 1897/2014, p.15)

Diante desses questionamentos, veremos que Durkheim renuncia à ideia de intencionalidade, explicando que seria muito difícil definir o suicídio tomando por base a motivação para o ato como critério, algo que impossibilitaria avaliar objetivamente, pois “A intenção é algo muito íntimo para poder ser percebida de fora, a não ser por aproximações grosseiras. Ela até mesmo se furta à observação interior. Quantas vezes nos enganamos acerca das verdadeiras razões que nos levam a agir!” (DURKHEIM, 1897/2014, p.15).

A saída encontrada por Durkheim é eleger outro critério para definir cientificamente o suicídio. Uma vez que não é possível conhecer objetivamente os motivos interiores que levariam à decisão de alguém tirar a própria vida, resta eleger a “consciência sobre as consequências do ato”:

O comum a todas as formas possíveis dessa renúncia suprema é que o ato que a consagra é realizado com conhecimento de causa; a vítima, no momento de agir, sabe qual será o resultado de sua conduta, seja qual for a razão que a tenha levado a se conduzir assim. Todos os casos de morte que apresentam essa particularidade característica distinguem-se claramente de todos os outros em que o paciente ou não é o agente de sua própria morte, ou é seu agente inconsciente. [...] Temos, então, em definitivo: “Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima, e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte. (DURKHEIM, 1897/2014, p.16 – grifo meu).

Entretanto, Durkheim relativiza essa definição tão estrita, considerando a certeza sobre as consequências do ato de morte em termos de graus de consciência, donde surge certa plasticidade do conceito, que de alguma maneira dialoga com as teorias que apontam a ambiguidade do fenômeno do ponto de vista psicológico:

Um homem que se expõe conscientemente por outrem, mas sem que um desfecho mortal seja indubitável, não é, sem dúvida, um suicida, mesmo que ele acabe sucumbindo, como tampouco o é o imprudente que brinca de propósito com a morte ao mesmo tempo em que procura evitá-la, ou o apático que, não se apegando vivamente a nada, não se dá ao trabalho de cuidar de sua saúde e a compromete por sua negligência. E, no entanto, essas diferentes maneiras de agir não diferem radicalmente dos suicídios

propriamente ditos. Elas originam-se de estados de espírito análogos, já que acarretam igualmente riscos mortais que o agente não ignora, e uma vez que a perspectiva desses riscos não o detém; a diferença é que as chances de morte são menores. (DURKHEIM, 1897/2014, p. 16).

Nesse ponto, a análise de Durkheim se aproxima da discussão sobre o suicídio feita pela psicologia profunda e pela suicidologia, uma vez que seus exemplos nos levam a hipostasiar um movimento inconsciente em direção à morte, que possivelmente estaria contribuindo para levar o “apático a comprometer a vida por negligência”, ou para o “homem que se expõe por outro” com um possível desfecho mortal, e por fim, o “imprudente que brinca de propósito com a morte”. Ainda que consideremos os riscos tomados por pessoas nessas situações como consequências de uma ambiguidade frente à morte, entendemos que ao flertar com ela, em algum grau, partes do indivíduo, ainda que inconscientes, anseiam, buscam ou testam as possibilidades desse encontro, e de suas repercussões.

O autor encerra essa primeira discussão conceitual dando margem a pensarmos num espectro de comportamentos autodestrutivos. Ainda que não use essa expressão, vemos que estabelece “relações de parentesco” entre o que um “bom método” definiria como um suicídio “completo e desenvolvido” num polo, e outros comportamentos que seriam “suicídios embrionários”, no outro. Possivelmente seriam atitudes menos letais, mas com algum potencial para produzir a própria morte, com relativa consciência do indivíduo sobre as consequências de seus atos (Cf. DURKHEIM, 1897/2014, p. 17-18).

O estudo de Durkheim é conhecido também por elencar três tipos ou categorias de suicídio: egoísta, altruísta e anômico (podendo haver tipos híbridos entre eles), excluindo-se os casos associados à “alienação mental”, como ele fez questão de enfatizar (DURKHEIM, 1897/2014, p. 133). O motivo pelo qual excluiu o suicídio “vesânico” em sua tipologia era que a abordagem estatística pretendia provar que o suicídio era um problema ligado mais à razão do que à falta dela, afinal, concluiu que “os países em que há menos loucos são aqueles em que há mais suicídios” (DURKHEIM, 1897/2014, p. 56). Essa questão é importante na presente tese, pois a tendência atual de relacionar a etiologia e o tratamento de suicídios a diversos transtornos mentais – notadamente ansiedade e depressão, transtornos de personalidade *borderline* ou bipolaridade, etc. –, é enfatizada nas pesquisas e publicações psiquiátricas que subsidiam políticas de saúde pública para a prevenção e a pós-venção do suicídio, não só no Brasil como em todo o mundo. Afinal, se Durkheim problematizou o suicídio em termos de graus de desintegração social experimentada pelo indivíduo já em fins do século XIX, por que estaríamos vivendo esse retorno à predominância de uma explicação

biomédica para o fenômeno na sociedade contemporânea, especialmente depois do movimento mundial em defesa da reforma psiquiátrica? Como podemos entender esse movimento de individualização do sofrimento psíquico, associando-o tão estritamente a bases biológicas, em detrimento de suas bases histórico-sociais?

Em relação à sua tipologia, Durkheim explicou que o **suicídio egoísta** refere-se ao ato de um indivíduo que, desvinculado de um sentimento de pertencimento ao mundo social em sua vida cotidiana, torna-se excessivamente individualista, isolado e indiferente, não encontrando mais sentido para viver, por ter se decepcionado com os objetos que lhe ajudariam a dar sentido à sua existência, afinal “se a vida não vale a pena ser vivida, tudo se torna pretexto para livrar-se dela” (DURKHEIM, 1897/2014, p. 205).

Estabelece haver uma razão proporcionalmente inversa entre a efetivação de um suicídio e o grau de integração social, notadamente a religiosa, a doméstica ou familiar e a política (DURKHEIM, 1897/2014, p. 200). Conclui que os indivíduos estariam mais protegidos da morte voluntária se vivessem mais integrados em grupos sociais. O contrário também podia ser confirmado, afinal, quanto menos integrados socialmente, mais chances de cometer o suicídio. Exemplificou esse argumento mencionando as altas taxas de suicídios dos ateus, dos solteiros, dos marginalizados e dos artistas, que estariam incluídos nesta última categoria. Por fim, Durkheim explica o suicídio egoísta pelo fato de o indivíduo arvorar-se em um sentido excessivo ou de maior importância em relação ao mundo social, falando de uma tendência a uma “individuação desmedida” (DURKHEIM, 1897/2014, p. 201). Melhor seria empregarmos o termo “individualização” excessiva para diferenciar do termo “individuação”, conceito-chave da psicologia analítica, de sentido distinto. Podemos relacionar a expressão usada por Durkheim à inflação psíquica, que leva o indivíduo a uma percepção exagerada e desmedida de si, comparada por Jung a um sentimento de “semelhança a Deus” (Cf. JUNG, 1934/2001). Porém, sabemos que em alguns casos, a inflação pode refletir sentimentos inconscientes ligados ao desamparo e à solidão.

Já o **suicida altruísta**, em oposição ao anterior, sente-se plenamente pertencente à sociedade, e seu gesto estaria relacionado à importância de causas e ideias que apontam para o sentido da existência no além da vida, pois “[...] Quando o homem está apartado da sociedade, ele se mata facilmente; também se mata quando está profundamente integrado a ela” (DURKHEIM, 1897/2014, p. 209).

No suicídio altruísta, a morte como ideal ganha um significado nobre, por assim dizer, visando muitas vezes ao bem de outros, ou ao cumprimento de uma regra moral social inquestionável. Mas, diferentemente do suicídio egoísta, “se o homem se mata não é porque

ele se arroga esse direito, mas, o que é bem diferente, *é porque tem esse dever*. Se ele falta a essa obrigação, é punido pela desonra – como no Japão feudal – e, também, na maioria das vezes, por castigos religiosos” (DURKHEIM, 1897/2014, p. 211 – grifo do autor).

O autor retoma uma série de exemplos de idosos e guerreiros pertencentes a povos antigos que não suportavam a ideia de morrer na cama, devido à velhice ou à doença, e que se suicidavam para evitar essa humilhação. Em sociedades regidas por ideais heroicos, de conquistas que dependiam da força física, a velhice era algo a ser evitado a todo custo²⁸. Exemplos de suicídio altruísta podem ser vistos no âmbito bélico: camicases que se matavam pelo seu Imperador e pelo seu país durante a Segunda Guerra Mundial; ou pelos ataques terroristas que se perpetuam até os dias atuais, com destaque para o atentado às Torres Gêmeas nos EUA, em 11 de setembro de 2001. Do ponto de vista desses soldados, acreditam e declaram em vídeos publicados posteriormente estarem fazendo algo importante para alcançar um ideal social. Também no ambiente religioso temos suicídios altruístas. Durkheim exemplifica como o martírio voluntário dos santos foi uma prática tolerada e até elogiada por ser considerada nobre na provação da fé numa vida pós-morte eterna junto de Deus, que, simultaneamente, servia para consolidar institucionalmente a Igreja Católica e seu poder no Ocidente. O mesmo vale para outras religiões, como a islâmica e a judaica, como se pode verificar em sua história e nas guerras santas.

Como exemplos de suicídios ditados como castigos, compara e critica o suicídio como uma “prática bárbara” imposta às viúvas entre diversos povos – que eram obrigadas a se matar após a morte dos maridos; ou o suicídio de servos, a quem não era permitida uma continuidade da vida após a morte de seu senhor, já que “um devoto jamais devia sobreviver a seu chefe. Entre os *Ashanti*, quando o rei morre, seus oficiais têm a obrigação de morrer” (DURKHEIM, 1897/2014, p. 211). Tais prescrições poderiam até guardar um cunho religioso, por exemplo, no sentido de evitar o retorno do espírito à terra para recuperar seus pertences e os entes queridos. Porém, teriam também outro sentido voltado ao bem comum, para garantir a subordinação social do indivíduo à preservação dos ideais e do funcionamento adequado da sociedade. Por fim, desdobra a categoria do suicídio altruísta nos subtipos: obrigatório, facultativo e agudo, discorrendo sobre os diferentes graus de obrigatoriedade social, condicionados em proporção inversa ao grau de autonomia do indivíduo (Cf. DURKHEIM, 1897/2014, p. 216).

²⁸ Fatos semelhantes são apontados em Fiji, Novas Hébridas, Manga, etc. Em Queos, os homens que ultrapassam determinada idade se reuniam em um festim solene, em que, com a cabeça coroada de flores, alegremente tomavam cicuta. As mesmas práticas aconteciam entre os trogloditas e os séricos, conhecidos, no entanto, por sua moralidade (DURKHEIM, 2014, p. 210).

Quanto ao **suicídio anômico**, Durkheim o discute na perspectiva de uma diminuição do “poder de regulação da sociedade” em seu sentido macro sobre os indivíduos. Como o próprio nome indica, a anomia remete à ausência de lei ou de regra, algo que leva à desregulamentação da rotina que rege a vida do indivíduo, e à instabilidade de sua condição social. O autor faz referência ao aumento expressivo de suicídios em épocas de graves crises econômicas. E logo desconstrói uma explicação, a seu ver ingênua, de que o aumento imediato de mortes voluntárias se deveria simplesmente ao aumento da pobreza de determinadas populações. Afinal, se esse aumento se devesse apenas à piora nas condições de vida, deveria se inverter com sua melhora, o que não se observa nos dados estatísticos apresentados por ele para alguns países da Europa (Cf. DURKHEIM, 1897/2014, p. 236-237). Estende esse raciocínio a outros países daquela região, fazendo a mesma comparação e chegando à conclusão semelhante de que independentemente das condições financeiras de uma sociedade – tanto se a economia cresce ou diminui –, o aumento das taxas de suicídio não se deve à sensação de riqueza ou de miséria, mas sim, pela instabilidade causada na ordem social, devido às oscilações.

Vemos que Durkheim apontou no final do século XIX o que viria pela frente em termos de desorganização e alienação do indivíduo em relação ao contexto social, com a crescente individualização das condições sociais; algo que veremos se agudizar no contexto da pós-modernidade, a partir da lente de sociólogos contemporâneos, como Lipovetsky (2005); Beck & Beck-Gernsheim (2002); Beck (2006); B.C. Han (2015); Bauman (2001), entre outros.

1.2.1 Um salto para a contemporaneidade: aspectos socioeconômicos e culturais

O suicídio, como historicamente se discute na bibliografia geral sobre o tema, é um fenômeno multifacetado que comporta, além dos aspectos psicológicos, outros elementos de ordem social, econômica, política, cultural, biológica, geracional, etc. (CASSORLA, 1991, 2017; MINOIS, 2018; WERLANG & BOTEGA, 2004; MARQUETTI, 2011; NAGAFUCHI, 2019).

Numa sociedade individualizada, regida por ideais de produção e desempenho, conforme discutiram os sociólogos U. Beck e E. Beck-Gernsheim (2002; 2006) o sentimento de desenraizamento e desterritorialização da vida social se intensificará, tendo como pano de fundo o discurso neoliberal da alta competitividade entre os indivíduos cada vez mais instados a se constituírem e subsistirem por conta própria – como empreendedores de si. A

esse respeito, Beck discorre sobre o que chama de uma “subjetividade reflexiva”, fruto de um processo de individualização extrema, sujeitos levados a assumir, cada vez mais solitariamente, os riscos sociais, tomando as frustrações como fracassos exclusivamente pessoais, o que pode ser visto no sofrimento psíquico de universitários em todo o Brasil, uma vez que:

As crises produzidas, social e institucionalmente, são percebidas como crises individuais, à medida que se fragilizam as instituições e redes de proteção social, cada vez menos preparadas para lidar com o sofrimento e adoecimento mental. As respostas ao sofrimento, portanto, também tendem a se organizar de forma individualizada e aquém da complexidade do fenômeno. (LEÃO, 2019, p. 132).

Coadunando as ideias de Beck com as de Lipovetsky, para quem vivemos numa “hipermodernidade”, submetidos a fluxos e transbordamentos contínuos (recorrendo à metáfora líquida de Bauman, 2001) –, que não cabem mais nas medidas antes impostas pelas institucionais tradicionais –, chegamos a um “diagnóstico” da sociedade contemporânea em termos de “uma cultura radicalmente individualista e extremista, no fundo suicidária, que afirma a inovação como único valor” (LIPOVETSKY, 2005, p. 78). Nessa cultura, em que os extremos colidem o tempo todo, excesso e vazio arrastam o indivíduo velozmente, e, se por um lado, seduzem-no com promessas de mais autonomia – tal qual a cenoura na fábula que atrai o coelho – por outro, produzem novas expectativas e angústias com as quais é deixado para lidar cada vez mais solitariamente. Pode ser a partir de uma identificação inflada com a fantasia de um cowboy americano – como nos comerciais de cigarro Marlboro, a imagem masculina de glamour e rebeldia, contemplando o pôr do sol do alto de seu cavalo –, iludido ao mesmo tempo como se fosse um herói seguro de si e dono da situação²⁹; ou como o Pequeno Príncipe (SAINT-EXUPÉRY, 2005), tentando cortar as raízes do Baobá que asfixiavam seu mundo com um minúsculo machado – inconsciente da desproporção da ferramenta para a dimensão da tarefa. Essas imagens nos preparam para a próxima seção, na qual o sociólogo B. C. Han nos ajudará a refletir sobre nossa relação com a impotência e a depressão no mundo atual.

²⁹ A ironia do destino é que pelo menos quatro atores que interpretaram o personagem *Marlboro man* nos referidos comerciais da fabricante Phillip Morris, faleceram de complicações pulmonares ligadas ao hábito de fumar. De acordo com Jack Landry, executivo de publicidade da empresa “o Cowboy era a imagem certa para capturar a fantasia da juventude... um símbolo perfeito de independência e rebeldia individualista” para vender cigarros com filtro ao público masculino, que à época eram mais consumidos por mulheres (MORRE MAIS UM COWBOY DA MARLBORO, O 4º. POR DOENÇA PULMONAR, 2014). Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2014/01/27/interna_internacional.492176/morre-mais-um-cow-boy-da-marlboro-o-4-por-doenca-pulmonar.shtml. Acesso em: 10.dez.2020.

1.3 POSITIVIDADE E CANSAÇO NA SOCIEDADE DO DESEMPENHO

“[...] A lamúria do indivíduo depressivo de que nada é possível só se torna possível numa sociedade que crê que nada é impossível”
(HAN, 2015, p. 213)

Entremos, agora, na análise que B. C. Han faz de nossa “Sociedade do Cansaço” (2015). O autor inicia o livro identificando em nosso século recém-iniciado uma violência neuronal, atestada em doenças mentais e transtornos de personalidade cada vez mais ampliados pela psiquiatria. Comparando as doenças do início do século XXI com as do século anterior, Han desenvolve o argumento de que nossa época reflete o que chamou de um paradigma da positividade, em oposição ao da negatividade que perdurou no século XX.

Recorre a uma metáfora biológica para explicar a negatividade, tomando por base as técnicas imunológicas de combate e controle de diversos vírus contra os quais seria necessário se proteger, para combater o que é estranho e invade o organismo. Como o autor explica, na lógica da negatividade, havia uma separação clara entre partes diferentes, como dentro e fora, amigo e inimigo, entre aquilo que era próprio, e aquilo que era estranho ao corpo (Ibid., p.34). Por analogia, o autor discorre sobre a ação imunológica como própria de um sistema de ataque e defesa também no campo social, esclarecendo que “o objeto da defesa imunológica é a estranheza como tal. Mesmo que o estranho não tenha nenhuma intenção hostil, mesmo que ele não represente nenhum perigo, é eliminado em virtude de sua *alteridade*” (Ibid., p. 43).

Alteridade é uma palavra-chave no paradigma da negatividade, pois aponta para o reconhecimento da existência de um outro que se contrapõe a si mesmo, por ser de natureza distinta, e que por isso permite uma relação dialética. Mas é justamente na transformação desse paradigma na sociedade atual que repousa a discussão de Han. Segundo ele, mesmo que ainda seja possível identificar discursos sociais pautados em “modelos explicativos imunológicos”, vivemos uma época marcada pela falência das noções de alteridade e de estranheza. Segue explicando: no lugar da alteridade, o que surge é a noção de diferença, sendo que esta não requer nenhuma resposta imunológica. E a diferença, nesta época pós-moderna, não provoca reações, pois configura um estado subjetivo do mesmo. A estranheza, portanto, teria sido neutralizada pela lógica do consumo, e transformada em algo de natureza exótica, para a qual o turista, por exemplo, não teria nenhuma reação imunológica, mas de mero consumismo ou assimilação (Ibid., p. 55). Outro exemplo usado por Han para a decadência do paradigma imunológico é o do imigrante, que já não carregaria

o sentido de estrangeiro que causa medo ou representa perigo real nos dias atuais. Portanto, o imigrante não seria mais visto como um outro, nos termos imunológicos, mas apenas tido como um peso social – algo que podemos questionar, afinal, a xenofobia ainda resiste, produzindo preconceito e violência.

Outro questionamento de Han a respeito do paradigma imunológico se deve ao fato de que ele não se sustenta em tempos de globalização, por ser organizado a partir de uma “topologia específica”, marcada por “barreiras, passagens e soleiras, por cercas, trincheiras e muros” (Ibid., 67) que impedem o processo de intercâmbio. Mas, na atualidade, decaídas tais barreiras, dá-se uma “promiscuidade geral que toma conta de todos os âmbitos da vida”, e que se condiciona com a falta da alteridade imunologicamente ativa. Se a dialética da negatividade é um traço fundamental da imunidade, como explica Han, o fato de que a alteridade esteja desaparecendo no mundo contemporâneo implica numa dissolução das condições necessárias para que o mesmo ou próprio (eu) possa se autoafirmar e se diferenciar em relação a um outro que se lhe ofereceria como negativo (não-eu)” (Ibid., p. 78).

Seguindo essa linha de raciocínio, Han explica que os adoecimentos neuronais do século XXI são caracterizados como “estados patológicos devidos a um exagero de positividade.” (Ibid., p. 78). Diríamos que nesse estado o eu se encontra inconsciente daquilo que lhe falta, pois se encontra hiper estimulado, e hiperocupado para enfrentar a individualização dos riscos sociais aos quais é submetido, devido ao esvaziamento recorrente das funções do Estado na garantia do bem-estar social. O sujeito adere inconscientemente ao ideário meritocrático neoliberal, seduzido pelos recursos disponibilizados em novas tecnologias para se aperfeiçoar e se destacar socialmente pelo sucesso profissional, tornando-se simultaneamente empreendedor e predador de si mesmo.

Para exemplificar as enfermidades neuronais ele toma como exemplos a depressão, o TDAH e a Síndrome de *Burnout* (Ibid., p. 78). Esta última seria fruto de um “excesso de positividade” que levaria a uma “queima do eu por superaquecimento”; ao passo que a hiperatividade indicaria uma “massificação do positivo”. Sobre a depressão, falaremos adiante. Podemos incluir os sintomas de ansiedade, automutilação e tentativas de suicídio, além das compulsões, nesse espectro de doenças neuronais do século XXI. Tais adoecimentos têm por característica básica um processo de dessensibilização do eu em relação aos fenômenos com os quais o indivíduo se relaciona, decorrente dos excessos e de uma imposição de gozar, conforme discutido por Costa (1984). Este autor esclarece que é pelo excesso que o eu se torna superexcitado e paradoxalmente deixa de sentir. A explosão das compulsões – incluindo dependências digitais – também aponta para esse sentido de busca de

excitação sem, contudo, permitir a criação de significados para a experiência, pois que o indivíduo deixa de integrar os sentidos do que vive, ele apenas tem sensações variadas e cada vez mais intensas.

A ansiedade, por sua vez, aponta para um estado em que o indivíduo não consegue identificar a fonte da origem de seu mal-estar ou medo; ou, ainda que o faça, a vivência que tem desse medo é experimentada de forma difusa, com pouca condição de ganhar contornos e de ser nomeada pelo eu do sujeito. Ao nomear fenômenos e objetos, o eu auxilia o indivíduo a estabelecer para com eles uma relação de reconhecimento, diferenciação, e um possível diálogo. Mas para isso, é fundamental que o objeto possa ser percebido como algo estranho, diferente e externo ao sujeito. Isto porque a consciência do eu está relacionada a um tipo de conhecimento específico que comporta também uma dimensão da racionalidade e pela possibilidade de distanciamento reflexivo e discriminação diante de fatos e afetos. Podemos dizer que, na condição indiscriminada, o eu se encontra inundado, tomado do desconhecimento do que lhe acomete, daí a ansiedade e o medo que paralisam suas funções.

Quanto a automutilação, definida como um “comportamento intencional que envolve agressão direta ao próprio corpo sem a intenção consciente de suicídio” (BRANDÃO JUNIOR, CANAVÊZ, 2018, p. 5) é caracterizada por várias formas de autolesão, como queimar-se, morder-se, bater-se, arranhar-se e cortar-se. Esse conjunto de comportamentos é relacionado a estados de tristeza e/ou angústia, devido à raiva, frustração e impotência – que pode ter relação com tentativas inconscientes de suicídio –, principalmente entre adolescentes e jovens. A automutilação apresenta forte associação com rituais obsessivo-compulsivos, porém com componentes de impulsividade. Paradoxalmente, diversos autores entendem que se trata de um gesto que visa restaurar no sujeito uma sensação mais concreta e imediata de si mesmo, como se o corte na carne e a visualização do sangue permitissem restaurar uma sensação de existência e o reconhecimento de si. Além disso, por ter início com mais frequência na adolescência, entende-se que as angústias advindas do processo de transformação corporal e da identidade próprias desse período encontram-se associadas à automutilação. Também esse fenômeno poderia ser compreendido, pela perspectiva da psicologia analítica, a partir dos sentidos associados à função do eu como uma espécie de sujeito que centraliza os processos de percepção e autopreservação no campo da consciência, uma vez que essa instância tem bases somáticas; afinal, se há consciência, há um corpo a ela integrado psiquicamente (Cf. JUNG, 1934/2001).

Ora, podemos pensar que, num cenário cultural organizado e regido a partir do paradigma da positividade, no qual o sujeito é estimulado a experimentar “tudo ao mesmo

tempo agora”, a relação com os objetos acaba indiferenciada, como se não houvesse a possibilidade de reconhecer ou estabelecer limites e separações entre aquilo que é vivido e a própria personalidade. É nesse sentido que penso nesses adoecimentos ligados à angústia e à impulsividade relacionados a uma condição excessivamente narcisista, uma vez que, ao perder-se em si, faltaria ao indivíduo condições de estabelecer justamente uma relação de alteridade entre ele próprio e o outro, sem a qual não é possível se diferenciar e se reconhecer constituído separadamente em termos psíquicos. E para que isso fosse possível, por sua vez, haveria de se ter condições socioculturais para o eu integrar sua base somática e psíquica – o que fica impedido devido a processos de rebaixamento cognitivo, produzidos pela sedação do corpo na cultura contemporânea, tese ricamente discutida por Contrera (2021). Vale lembrar a passagem do mito em que Narciso justamente definha e morre por estar apaixonado pela própria imagem, deitado à margem do espelho d’água que o captura e de onde não consegue sair (BRANDÃO, 1996)³⁰. Atrás dele, conforme narra o poeta, estava Eco, que também definha e morre sem nunca ser percebida por Narciso. Tragicamente, o encontro entre o narcisismo do protagonista a partir de sua condição ensimesmada e a repetição estéril das últimas palavras de sua parceira coadjuvante no mito, levam Narciso e Eco a nunca viverem um encontro, pois que não existe em nenhum dos dois a condição de se reconhecer diferentes um do outro; portanto, de se apresentarem e se relacionarem a partir da noção de alteridade, daquilo que falta em um e que pode ser buscado no outro.

Podemos buscar no texto de Han uma possível explicação para essas questões, quando o autor propõe sua tese de que a sociedade do século XXI não seria mais uma sociedade disciplinar nos termos discutidos por M. Foucault, mas uma sociedade do desempenho. A primeira seria historicamente regida pela negatividade da coerção, que delimitava um sentido de poder-dever e modulava as relações sociais do indivíduo a partir da lei que estabelecia limites e proibições, uma experiência com o “não” em termos interrelacionais, que podia gerar, por sua vez, movimentos de contra-revolta. A segunda, ao contrário, incita o poder ilimitado das iniciativas pessoais, de projetos motivacionais, formulados pelo imperativo positivo “*yes, we can!*”. Entretanto, conclui Han (Ibid., p. 177), o que a sociedade do desempenho acaba por produzir, paradoxalmente, são “depressivos e fracassados”, enquanto

³⁰ Para ilustrar esse tema com uma produção cinematográfica contemporânea, remeto à série “*Creeped out*” (Diário de horrores), da Netflix, lançada em 2017. No primeiro episódio, um adolescente passa as noites jogando em seu quarto. Progressivamente, ele perde a consciência da passagem do tempo e quando o faz não consegue se libertar da compulsão em se manter logado. Perde também a capacidade autocrítica em relação às perdas que ocorreram nos relacionamentos familiares e sociais, assim como dos prejuízos na aprendizagem e na vida escolar. Digno de nota é que poucas vezes ele é interrompido por algum adulto que pudesse ajudá-lo a tratar a compulsão. Disponível em: <https://www.netflix.com/br/title/80214792> Acesso em 27 dez. 2022.

a sociedade disciplinar produzia “loucos e delinquentes”, mas estes ainda guardavam alguma capacidade de perturbar a sociedade, proclamando conflitos, demandando e produzindo transformações em todo o tecido social.

Discordando da tese apresentada pelo sociólogo Alain Ehrenberg sobre a depressão – que refletiria o fracasso do homem pós-moderno em tornar-se ele mesmo, já que estaria esgotado em função desse esforço de autorrealização –, Han explica que essa patologia vai além da economia do si-mesmo, pois se deve também à “carência de vínculos, característica da crescente fragmentação e atomização do social”, assim como a “violência sistêmica” inerente à sociedade do desempenho que produz “infartos psíquicos” (Ibid., p. 188).

A mudança de um paradigma para outro teria se dado em função da intenção de maximizar a produção, algo que já estava impregnado naturalmente no inconsciente social, pois, segundo o autor, “A positividade do poder é bem mais eficiente que a negatividade do dever. Assim, o inconsciente social do dever troca de registro para o registro do poder. O sujeito do desempenho é mais rápido e mais produtivo que o sujeito da obediência” (Ibid., p. 177). Porém, o que causaria a depressão, na leitura de Han, não seria o esgotamento do “imperativo de obedecer apenas a si mesmo”, conforme havia argumentado Ehrenberg, mas a pressão por desempenho. Portanto, adocece o indivíduo não o “excesso de responsabilidade e iniciativa, mas o imperativo de desempenho como um novo mandado da sociedade pós-moderna do trabalho”, já que “[...] O homem depressivo é aquele *animal laborans* que explora a si mesmo e, quiçá, deliberadamente, sem qualquer coação estranha. É agressor e vítima ao mesmo tempo” (Ibid., p. 200).

Outra faceta do excesso de positividade da sociedade contemporânea seria o tédio profundo em função do excesso de estímulos, de informações e de impulsos, que interferem e modificam a estrutura e a economia da atenção nos indivíduos – inclusive neuroquimicamente – obrigando-os a buscar técnicas de atenção, concentração e organização, e a recorrer, sobretudo, a uma série de recursos associados ao campo da autoajuda e do *coaching*. Han discute como o conceito *multitasking* está longe de um progresso civilizatório, sendo ao contrário, observado em animais para sobreviver na vida selvagem, onde:

“(...) o animal está obrigado a dividir sua atenção em diversas atividades. Por isso, não é capaz de aprofundamento contemplativo – nem no comer nem no copular. O animal não pode mergulhar contemplativamente no que tem diante de si, pois tem de elaborar ao mesmo tempo o que tem atrás de si. Não apenas a multitarefa, mas também atividades como jogos de computador geram uma atenção ampla, mas rasa, que se assemelha à atenção de um animal selvagem. As mais recentes evoluções sociais e a mudança de estrutura da atenção aproximam cada vez mais a sociedade humana da vida selvagem. (Ibid., p. 238).

Entretanto, e contrariamente ao que se passa no reino animal, para o homem criar cultura é necessário mergulhar em estados contemplativos e de reflexão aprofundada. Podemos pensar que a cultura tem um sentido de produção para sobrevivência (agricultura), mas também de liberdade para não ter de lutar pela sobrevivência o tempo todo, e assim poder se dedicar ao que é tomado por inútil numa sociedade maníaca por produção, como as artes e a poesia. A possibilidade de se emancipar do imediatamente necessário torna-se privilégio de poucos ou de ninguém. Mesmo aqueles que poderiam desfrutar de momentos ociosos não resistem à busca por celebração e confirmação narcisista, por meio de postagens midiáticas incessantes e compulsivas em redes sociais, expondo até mesmo as situações mais prosaicas e íntimas de sua vida pessoal.

A partir desse argumento, Han estabelece um diálogo com as ideias do filósofo e crítico literário Walter Benjamin, autor que aponta o tédio ou ócio como aspecto fundamental em processos de renovação da cultura. Considero importante uma imersão em algumas dessas ideias, para tecer possíveis relações dessa questão com o tema suicídio.

1.3.1 A morte da arte de narrar histórias

Walter Benjamin problematiza a morte do narrador em função das restrições do progresso impostas aos indivíduos no início do século XX, o que o impediria de se relacionar com os eventos como experiências compartilhadas; nesse contexto, os acontecimentos passaram, por sua vez, a serem assimilados como *meras vivências* pelos sujeitos de uma civilização cada vez mais apressada e opressora (BENJAMIN, 1994, p. 110). Fundamenta essa ideia resgatando dois termos que na língua alemã qualificam a experiência e a vivência, diferenciando a constituição subjetiva e social do indivíduo.

Seguindo Benjamin, *Erfahrung* poderia ser traduzido por “experiência”, que diz respeito à possibilidade de experimentar subjetivamente um deslocamento de um lugar fixo ou já definido, para outros, inéditos – algo semelhante ao que, literal e metaforicamente, pode-se experimentar numa viagem; uma “experiência” supõe um encontro com algo que nos afeta, muitas vezes inesperadamente; advinda de uma lembrança ou memórias que “assaltam” a consciência e surpreendem a pessoa de forma poética, afetiva e estética, a experiência enseja novas elaborações numa narrativa que pode ser compartilhada com outros. Sendo uma das mais antigas formas de comunicação da tradição oral, a narração não serviria apenas para informar acontecimentos, mas, por meio dela, seria possível integrá-los numa

relação dialógica entre aquele que conta uma história e o outro, que a ouve e participa dessa experiência. Diferentemente da “vivência” (*Erlebnis*), que predomina no plano individual, a “experiência” remete ao espaço compartilhado, sendo que “nela ficam impressas as marcas do narrador como os vestígios das mãos do oleiro no vaso da argila” (Ibid., p. 107). De outro lado, a “vivência” (*Erlebnis*) tende a ser assimilada apressadamente, produzindo efeitos imediatos na consciência e no corpo do sujeito. Tomado pelos efeitos imediatos produzidos por esse choque, este pouco pode elaborar em termos de um aprofundamento subjetivo e simbólico, no campo das ideias e dos afetos, tendendo a definir sentidos únicos e fechados em si mesmos.

Se tomarmos o poeta como um porta-voz da tradição oral, podemos entender o que Benjamin denuncia como a morte do narrador e o desaparecimento da arte de narrar na modernidade em decorrência de uma cultura orientada pela pressa e pela individualização, frutos de uma racionalidade científica instrumental típica do capitalismo e do fascismo que valoriza mais a técnica que o humano. Mas na visão de Benjamin, “a razão instrumental é um alucinógeno, porque projeta um mundo de fábula, em que a técnica redime o mundo, gera progresso. *Entretanto, essa ilusão de progresso só faz aumentar o nível de miséria social*” (Cf. GARCIA, 2010, p. 1 – grifo meu).

Para ilustrar esse argumento, tomemos um exemplo mais próximo de nós, brasileiros, que pode ser visto na composição da cantora Marisa Monte, “Gentileza” (2000), quando denuncia que “Apagaram tudo/pintaram tudo de cinza/a palavra no muro/ficou coberta de tinta/[...]só ficou no muro/tristeza e tinta fresca”. A cantora indica uma explicação possível para o ocorrido com as palavras do poeta Gentileza, que teve seus versos apagados num viaduto da cidade do Rio de Janeiro em 1997, e reivindica: “nós que passamos apressados/pelas ruas da cidade/merecemos ler as letras/e as palavras de gentileza”.

Episódio semelhante ocorreu na cidade de São Paulo, em 2017, quando foi determinada pelo prefeito à época a cobertura dos grafites que enfeitavam os murais da Avenida 23 de maio³¹. Seria coincidência o fato de as decisões dos representantes políticos decretarem a cobertura dessas expressões artísticas com tinta cinza, e o consequente apagamento das imagens e dos versos poéticos em murais das duas maiores cidades do país, em locais por onde transitam milhares de pessoas por dia? Diante desses exemplos, podemos pensar, com base nas ideias de Benjamin, em uma força repressora que visa homogeneizar a

³¹ É a avenida mais movimentada da cidade com 3.220 m que constitui o corredor norte-sul, ligando essas duas regiões. Recebeu este nome em referência ao dia em que foram mortos os estudantes Martins, Miragaia, Dráusio e Camargo (conhecidos pelo acrônimo MMDC), em 23 de maio de 1932, evento que se encaixa no contexto da Revolução Constitucionalista de 1932.

relação dos cidadãos com os espaços públicos, removendo elementos frutivos e humanizantes, para manterem o foco, o passo apressado que os leva como se fossem máquinas.

Benjamin analisa o fator tempo na análise da morte da experiência, resgatando o simbolismo do *flâneur* – personagem das “Flores do Mal”, de Baudelaire –, que podia se deslocar a esmo pelas ruas de Paris, independente da marcha inevitável do progresso; livre, portanto, para fruir pelos espaços da cidade. Para o *flâneur*, a multidão representava a possibilidade de se perder de si e dos parâmetros burgueses que continham a família entre quatro paredes, apartada da vida social. Hoje, flunar vem sendo inviabilizado – sob pena de ser confundido com a figura do vagabundo –, enquanto o próprio ambiente da polis é manejado de modo a neutralizar a relação dos indivíduos com o espaço social para mantê-los o mais focados possível.

A experiência encontra-se diretamente ligada ao tempo e ao desejo, imperativos da liberdade que permite o desenrolar de sonhos e anseios dos indivíduos ao longo das épocas, e à possibilidade de criar narrativas que atravessam gerações (Cf. BENJAMIN, 1934/1994). Contudo, é a experiência que permite dar sentidos ao tempo, caso contrário se teria apenas uma sensação de temporalidade esvaziada. É somente quando se vive a experiência junto do outro que pode se dar a integração de sensações, sentimentos, ideias e afetos. Mas como viver experiências profundas e vinculantes em meio a aceleração vertiginosa do tempo, com o virtual tomando o lugar do real sensorio? Que impactos deixam essa aceleração na capacidade de o sujeito viver e criar significados que se fariam necessários ao encontro propriamente humano? De que maneira a aceleração marca ou mesmo impede a experiência, tanto em situações privadas como nas de caráter coletivo? Como a indiferença a que são submetidos os indivíduos no mundo atual interfere nas trocas afetivas e na consequente morte do narrador que só existe enquanto houver experiências a serem compartilhadas?

Assim, seria possível correlacionar a ideação e o impulso suicidas, em termos sociais, ao esvaziamento das referências coletivas e consequente sustentação comunitária para a experiência dos sujeitos em sua vida cotidiana?

Para discutir esse problema, na próxima seção, resgataremos a contribuição de autores que analisam os impasses dos rituais no mundo contemporâneo.

1.3.2 O esvanecimento dos rituais de passagem

Tomemos as ideias do autor pós-junguiano David Tacey (2005), que reflete sobre aspectos psicológicos do suicídio, relacionando-os aos rituais de iniciação ou à potencial falta deles, evidenciado em nossa “modernidade líquida”. A esse respeito, o filósofo e historiador das religiões romeno Mircea Eliade (2004), discute o desaparecimento crescente dos rituais na sociedade moderna em função do processo de dessacralização e consequente secularização³² da cultura ocidental, que ganhou força nos últimos séculos. Rivière (apud Borges, 2013) afirma que atualmente a sociedade assume uma posição restritiva para com os ritos, alegando certa obsolescência da religião, o que não esvazia a necessidade de ritualizar a relação do indivíduo com o sagrado (entendido em sentido mais amplo) e o mundo social. Desse modo, teria havido uma espécie de “confisco da ritualidade por novos poderes, como a religião da técnica, regimes políticos mobilizadores, consumismo desenfreado e o fácil acesso a altas tecnologias no âmbito doméstico”. (Ibid., p. 19).

Entretanto, ainda que os rituais religiosos tenham perdido força, a necessidade arquetípica constelada por eles para vivermos os momentos de passagem, na vida individual, e manter o pertencimento à vida social, permanecem os mesmos. Nesse sentido, cabe-nos indagar se teriam surgido outros ritos de iniciação no mundo atual, a partir da experiência e do imaginário dos próprios jovens.

A ideia fundamental da iniciação – que permanece viva como ritual em algumas culturas – é a de que, na puberdade, a criança precisa passar por provas que lhe assegurem a entrada no mundo adulto, morrendo simbolicamente para a infância. Jung falará dessa passagem como uma verdadeira “revolução espiritual” que marca o nascimento propriamente psíquico do adolescente, a partir das mudanças corporais em curso, com a irrupção da sexualidade na puberdade, o que permite o início da diferenciação consciente em relação aos pais (JUNG, vol.8; 1930/1984, §756)

³² Secularização é o nome dado ao processo descrito por alguns teóricos da Sociologia que engloba o abandono gradual da religião e de organizações sociais construídas sobre bases tradicionais, levando a um processo de perda de relevância da religiosidade nos vários aspectos da vida do sujeito moderno, principalmente na cultura europeia. De certo modo, a secularização seria quase sinônimo dos ideais e da razão iluminista da Modernidade. Entretanto, alguns autores observam na sociedade contemporânea o surgimento de um processo de “dessecularização” ou “contrassecularização”, como resposta ao fracasso das promessas da modernidade – principalmente por causa do fim das verdades imutáveis – e da consequente insegurança social, o que têm gerado uma busca de sentido para uma sociedade em que tudo é carregado de incerteza, cenário em que as religiões voltam a ocupar um espaço na cena social, especialmente no contexto latino-americano, onde “a religião ainda ocupa um grande espaço nas representações da sociedade e dos indivíduos e grande influência nos poderes públicos e políticos”. É importante frisar que o autor se refere à religião como uma instituição social, diferenciando-a do sagrado, enquanto experiência numinosa que permite conexão com os mistérios (Cf. EMMERICK, 2010, p. 4-5).

O significado da morte simbólica, predominante na iniciação, é, portanto, o renascimento e a transformação, tanto no nível da consciência pessoal como diante da consciência coletiva. A morte, enquanto arquétipo, não tem o sentido de fim, mas pelo contrário, de recomeço e reconexão com uma essência que só virá à tona quando a criança passar por tais provas, já que, ao nascer, ela vem ao mundo como um ser incompleto (Eliade, 2004). Ferimentos, marcas ou tatuagens, sustos, raptos, às vezes um enterro simbólico, caracterizam a iniciação como um processo doloroso, indicando que do jovem é esperado suportar novos desafios e abandonar a dependência infantil. Mas o sofrimento, quando compartilhado, traz também continência e segurança para o medo da morte e dos desafios da vida. Além disso, vencendo as provas, costuma ocorrer algum tipo de celebração, recompensando os esforços e o integrando definitivamente entre os adultos. É comum que ocorra mudança de nome após passar por esses ritos, prova de que agora o jovem se apropriou de seu “verdadeiro” ser, renascendo para uma nova fase da vida comunitária, com novos papéis e responsabilidades reconhecidas pelos demais.

A adolescência como construção sócio-histórica pode ter rituais mais explícitos ou não, a depender dos valores éticos e morais que regulam a vida social. Tendo Tacey perguntado a um chefe aborígine como era a adolescência entre o seu povo, este respondeu: “para nós, ela dura 5 dias, que é o período da iniciação”. Antes do ritual, a criança é um menino/menina, e depois já se tornou um homem ou uma mulher. Na pós-modernidade, a adolescência ganha outros sentidos e padrões, devido ao esvaziamento dos valores e estruturas da modernidade - paralelamente ao desenvolvimento tecno-científico -, o que se alia a outro complicador, quando constatamos a precariedade econômica das famílias, principalmente nas últimas décadas e em grandes centros urbanos (OLIVEIRA, 2012a).

Tacey e outros autores questionam a falta de rituais coletivos que poderiam amparar o jovem na passagem para o mundo adulto. Podemos perguntar, entretanto, se o que falta na atualidade é uma vida coletiva que os promova e valide, o que tem se tornado cada vez mais difícil, devido ao processo intenso de individualização já discutido. Mais uma vez, podemos articular essa questão com a análise de Benjamin, a respeito do que teria ocorrido com a chegada da Modernidade e o conseqüente declínio da experiência – algo que o autor discute em termos de uma passagem da epopeia para o romance –, ao explicar que: “O primeiro indício da evolução que vai culminar na morte da narrativa é o surgimento do romance no início do período moderno. O que separa o romance da narrativa (e da epopeia no sentido estrito) é que ele está essencialmente vinculado ao livro” (BENJAMIN, 1934/1994, p. 201). Distante da tradição oral, o romance reflete o isolamento do indivíduo que não pode dar

conselhos, pois não mais os recebe, rompendo com a rede comunitária de transmissão oral da experiência (ver seção 1.3.1).

David Le Breton – sociólogo e antropólogo francês que pesquisa temas ligados ao corpo e à corporeidade –, também reflete sobre como a perda de contato com a vida coletiva instaura um sentimento de desamparo e solidão na subjetividade atual diante de um mundo hostil e ameaçador. Assim, na adolescência, os indivíduos seriam “obrigados a tecer soluções singulares para lidar com esse tempo, algumas vezes arriscando a própria pele na busca de uma resposta sobre o seu ser de homem ou de mulher” (LE BRETON, 2017, p. 14). Isso porque, admitindo que a principal marca da contemporaneidade é o esvanecimento das tradições, os diplomas escolares perderam seu valor simbólico, os rituais religiosos não são tomados como uma resposta universal, o laço do matrimônio não é forte como outrora, e o trabalho é provisório e mal remunerado” (Ibid., p. 14).

Talvez o ritual mais claramente relacionado à iniciação em nosso mundo ocidental – pelo menos nos países orientados pelo sistema econômico capitalista –, seja a entrada do jovem no mundo do trabalho, o que para alguns só ocorre após a passagem pela universidade³³, algo restrito a uma minoria da população jovem brasileira. Idealmente, essa conquista permitiria ao jovem obter condições financeiras adequadas ao próprio sustento para deixar definitivamente a casa dos pais e alcançar autonomia frente às leis estabelecidas por eles. Como essas conquistas têm sido cada vez mais difíceis e postergadas no Brasil – já que nem sempre é possível para grande parte da população jovem encontrar um emprego com as garantias da legislação trabalhista ou cursar uma universidade³⁴ –, observamos a ocorrência

³³ Conforme parâmetros do European Social Survey de 2006/2007, que identificou haver ainda a necessidade de certos marcadores que delimitam a passagem da juventude para a vida adulta, como a obtenção de um emprego, o casamento ou o nascimento do primeiro filho. Disponível em: <https://www.europeansocialsurvey.org/> Acesso em: 22 jan. 2023.

³⁴ Consideremos a geração “nem-nem”, formada por jovens de 18 a 24 anos que nem trabalha, nem estuda, o que corresponde a 36% da faixa etária no Brasil. O país é o segundo na esfera da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que apresenta esse problema estrutural decorrente em grande parte do desemprego que produz falta de motivação entre os jovens para a busca de emprego. Em média, são 11 milhões de pessoas que têm baixa escolaridade. São pobres, negros e na maioria, mulheres, responsáveis por tarefas domésticas e com filhos. “Brasil é o segundo país com maior proporção de jovens “nem-nem” (06/11/2022). Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2022/11/5049770-brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-proporc-ao-de-jovens-nem-nem.html> Acesso em: 22 jan. 2023. E, por outro lado, o fenômeno da “geração canguru”, formada por brasileiros de 25 a 34 anos que permanecem mais tempo na casa dos pais, a despeito de terem formação técnica ou universitária. O número aumentou 137% entre 2012 e 2022, conforme pesquisa da Kantar IBOPE Media. Em parte, o fenômeno se explica devido ao fato de que mais brasileiros estão investindo nos estudos, mesmo com idade avançada, justamente porque estão começando ou retomando a faculdade entre 20 e 34 anos, registrando crescimento de 69% durante os 10 anos avaliados. “Aumenta número de filhos de até 34 anos que moram com os pais” (28/11/2022). Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/geral/audio/2022-11/aumenta-numero-de-filhos-de-ate-34-anos-que-moram-com-os-pais>. Acesso em 22 jan. 2023.

de outras situações como o casamento, a gravidez, o nascimento do primeiro filho, não necessariamente nesta ordem. Nestes casos, porém, trata-se mais de vivências que permitem a despedida ou expulsão da infância, do que necessariamente uma passagem ao mundo adulto. Por exemplo, a ocorrência da gravidez na adolescência ou o uso de drogas, que pode levar à dependência química, na maioria das vezes mantém o adolescente em condição de dependência financeira e emocional da família, levado-o, em casos extremos, mas não raros, a viver nas ruas, expostos à prostituição e outros tipos de violência. Nesse cenário precário, o serviço militar surge para muitos jovens de baixa renda como um rito de passagem, ao facultar o ingresso numa carreira projetada com alguma segurança de rendimentos e função social. Os jovens de classe média e alta, por sua vez, evitam o quanto podem o serviço militar, já que dispõem de outros meios para se desenvolverem profissionalmente.

Há também o possível caráter ritualístico das condutas de risco ligadas ao uso de drogas e direção perigosa de carros. E as vivências grupais de caráter transgressivo e ilegal, ligadas à expressão artística, conforme discutido por Scandiucci (2022), em pesquisa sobre as pichações e grafites em prédios e outras edificações na cidade de São Paulo. Em sua análise, a experiência compartilhada entre pares permite alcançar objetivos que desafiam tanto a ordem de ocupação estabelecida na cidade, como territórios, numa disputa entre grupos, aferindo aos que conseguem o feito uma emancipação subversiva e criativa.

Do ponto-de-vista cultural, Jung aponta o espírito transgressor, constelado na personalidade adolescente, como tentativa arquetípica de rever os sentidos já estabelecidos no mundo que os adultos lhe oferecem, a partir do eterno embate mítico entre *Senex* e *Puer*. Esses arquétipos oferecem uma ampla gama de imagens que compõem uma tensão dinâmica de significados entre aquilo que está nascendo num polo, em oposição ao que está envelhecendo e morrendo, em outro. As figuras da criança e do velho moldam esse amplo imaginário a respeito da dinâmica matriarcal ou patriarcal na cultura, respectivamente. Nos estudos sobre o *Puer*, Jung (vol. IX/1) tomará a imagem arquetípica da criança divina, associando-a ao arquétipo da Grande Mãe. Von Franz (1992) seguirá a teorização de Jung, discutindo o tema do *Puer* em relação ao complexo materno, e indicando sua forte inclinação inconsciente e instintiva, portanto, associada à criatividade e à renovação de ideias e experiências, prefigurações do que está por vir. Já o *Senex* aparece na teoria de Jung associado à imagem do Velho Sábio, abrangendo tanto os aspectos de sabedoria, limite e organização proporcionados pela maturidade, como a resistência e a rigidez de ideias e atitudes senis, marcas daquilo que insiste em perdurar para além do tempo.

No caso dos jovens que buscam a universidade, tendências autodestrutivas e/ou suicidas emergem desde a fase do vestibular, acompanhadas de ansiedade e até desespero diante da possibilidade de não ser aprovado e de ficar de fora desse novo universo de trocas e valores sociais; também no final do curso, já prestes a se confrontarem com os desafios da inserção profissional, onde as condições de trabalho se apresentam cada vez mais precárias e competitivas.

Na fase que antecede a entrada na universidade, os impulsos autodestrutivos aparecem misturados a questionamentos de teor existencial, que poderiam ser expostos nos seguintes termos:

- Quem ou o quê sou eu? Que lugar posso ocupar no mundo?
- Preciso de alguma causa para acreditar, mas que causa é suficiente num mundo onde os adultos parecem ter desistido de seus ideais e se mostram preocupados exclusivamente em garantir sua subsistência ou angariar compulsivamente novos itens de consumo?
- Estarei esperando demais do mundo? Existe algo de errado em mim? Por que eu não me sinto encaixado no mundo e sim achatado e sem perspectivas?

Já aqueles que conseguem “cruzar o rio” e chegar à graduação, parecem se defrontar com a ameaça de um imenso vazio decorrente da perda da continência institucional (encontrada anteriormente nas tarefas, amigos que estavam no mesmo “barco”, provas e trabalhos rotineiros do ensino médio), o que lhes garantia sentidos e lugares identitários previamente estabelecidos, ainda que envolvesse ansiedades variadas. Ao considerarmos o alto número de suicídios entre universitários no Brasil nos últimos anos³⁵, veremos que esse

³⁵ Segundo informações do CVV: “A maioria dos casos de suicídio dos jovens coincide com o período de estudos e a transição entre adolescência e vida adulta. No Brasil, a taxa de suicídio entre universitários tem crescido de ano a ano desde 2002 e o país ocupa o primeiro lugar na América Latina. Em 2018, a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes) realizou uma pesquisa com 424 mil entrevistas sobre o perfil socioeconômico dos estudantes de graduação das universidades federais e cruzou com dados existentes sobre dificuldades emocionais e o pensamento suicida. Uma proporção expressiva de estudantes declarou que teve alguma dificuldade emocional (83,5%), sofreu de ansiedade (63,6%), procurou atendimento psicológico no ano anterior (9%), estava em acompanhamento no momento (9,7%) ou tomava medicação psiquiátrica (6,5%). Nesses casos e em vários outros, os índices foram piores do que na edição anterior da pesquisa, realizada em 2014. Por exemplo, em 2014, 6,38% dos graduandos disseram ter ideias de morte, enquanto em 2018 já eram 10,8%. (...) Estresse, ansiedade e depressão são alguns dos problemas emocionais e psicológicos que podem ser desencadeados por conta da pressão vivenciada pelos jovens durante a fase de vida universitária. Em abril de 2017, estudantes de todo o Brasil engajaram-se em uma campanha nas redes sociais, alavancada pela hashtag #nãoénormal, cujo objetivo era expor e problematizar desconfortos e situações relacionadas à saúde mental estudantil, que acabam passando despercebidos por serem tidos como “normais” (daí o nome da hashtag). A maioria dos estudantes que ingressam em graduações e pós-graduações tem em mente o estereótipo de que universidades são lugares de extrema autonomia e liberdade. Porém, ao serem introduzidos no sistema universitário, deparam-se com uma realidade diferente.” *Suicídio entre universitários*. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/blog/suicidio-entre-universitarios/> Acesso em: 22 jan. 2023.

cenário se desdobra praticamente como uma continuação das situações vividas pelo jovem no ensino médio, com intensidade afetiva semelhante, em termos de ideação suicida ou tentativas de suicídio, e, em número de ocorrências e manchetes de jornais.

Matheus (2021) analisa possíveis sentidos da ideação suicida entre universitários relacionados à percepção de “estarem sozinhos, com dificuldades em buscar ajuda”, donde o suicídio aparece como possível “saída para uma crise, além de afetos como angústia, desesperança, ansiedade, desespero, culpa e arrependimento”. Na avaliação do pesquisador, os participantes têm consciência de que “a transição para a vida universitária e as atividades acadêmicas constituem um momento difícil” (Ibid., p. 68).

Pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, baseados nos estudos de U. Beck sobre os riscos da excessiva individualização em nossa sociedade, afirmam que o sofrimento na universidade se encontra diretamente ligado às “pressões, contradições e impasses da vida universitária” (LEÃO et al., 2019), e não apenas a questões subjetivas e individuais dos alunos, como as instituições geralmente interpretam e tratam do tema. Essa ampliação é fundamental para ultrapassar a tendência dos dirigentes de escolas e universidades que insistem em reduzir as causas do suicídio a questões individuais do aluno ou da dinâmica familiar, desresponsabilizando-se das implicações institucionais que também condicionam o problema e suas possíveis soluções.

Cotejando as ideias de Tacey e Le Breton, vemos que para ambos a ausência de condições para a vivência de ritos de passagem da adolescência à vida adulta pressiona o jovem a criar sua própria resposta às pressões interiores. É aí que se inscreveria o sentido psicológico das fantasias e da ideação suicida, na visão de Tacey – como uma tentativa simbólica de o jovem atravessar o mal-estar e o desamparo –, ainda que arriscando a própria vida, o que condiz com a compreensão de Hillman a respeito da importância do “patologizar” para elaboração de conflitos da vida psíquica, como veremos na seção 3. A tentativa de suicídio, por sua vez, apesar de indicar uma tentativa de ritualizar a morte simbólica - momento central do ritual de iniciação – é vivida de forma literal, portanto, com menos espaço para a elaboração simbólica, já que o aproxima perigosamente da morte concreta.

Na mesma linha de raciocínio, Le Breton afirma que “nesse cenário, as condutas de risco são ritos íntimos que visam a construir um sentido para continuar a viver. Ao contrário das ‘passagens ao ato’, são frequentemente ‘atos de passagem’³⁶” (LE BRETON, 2017, p.

³⁶ Expressão derivada da psiquiatria clássica para “explicar possíveis aspectos que motivam o indivíduo psicótico a praticar atos agressivos, tendo sido introduzida pela criminologia no século XIX. (Cf. RUTHES e LUSTOZA, 2018, p. 125). Há outros conceitos na psicanálise que remetem ao termo ato, como potência inconsciente que integra ato e fala, como teorizado por Freud em diversos momentos de sua obra, por exemplo,

17). Trata-se de um jogo de palavras, na medida em que “passagem ao ato” é um conceito psicanalítico que aponta para a necessidade de se livrar de algo carregado de afeto e experimentado como intrusivo na personalidade, o que produz intenso sofrimento, como nos delírios psicóticos. Na presente tese, interessa-nos compreender o conceito nos limites da provocação sugerida pelo autor para acompanhar a ampliação de sentidos proposta para as condutas de risco como “atos iniciáticos”, o que permitiria justamente construir pontes de relação e integração subjetiva, na medida que, apesar de arriscadas, tais condutas “traduzem a busca hesitante e dolorosa de uma saída” – diríamos, entrada, em outras condições psicológicas e sociais. (Ibid., p.17).

Junte-se a esse desafio a argumentação feita por Han sobre os riscos da hiperaceleração, que tensionam ou mesmo impedem o repouso e a contemplação para se alcançar algum “descanso espiritual”, já que “pura inquietação não gera nada novo, apenas reproduz e acelera o que já existe” (HAN, 2015, p.270). Porém, na sociedade do desempenho, o excesso de informações, de projetos e de atividades impede aos indivíduos a experiência, nos termos propostos por Benjamin, por colocar o eu em estado hiperativo, e desse modo, praticamente impedido de viver aprofundamentos anímicos, necessários à criatividade individual e à renovação da cultura. Certamente, as tecnologias da informação (TIC's), cumprem um papel relevante nesse problema, conforme veremos a seguir.

1.4 IMPACTOS DA VIRTUALIDADE NA SUBJETIVIDADE CONTEMPORÂNEA

As tecnologias da informação constituem importante marca do alcance científico e cultural do século XXI. Como toda grande novidade na história humana, esta produz fascínio e desperta esperança, mas traz também ansiedades e imprevisibilidades. Isso se dá por conta dos desafios impostos à criação de novos significados para lidar com seus efeitos. Excitação, impulso e consumo andam de mãos dadas no mundo capitalista. Numa época cada vez mais atravessada pela promessa tecno-científica como a nossa, as dimensões de tempo e espaço tornaram-se cada vez mais relativizadas, de modo que a vida pode ser experimentada num touch, reduzindo nossa subjetividade à ponta do dedo. Schiavo discute as consequências

os atos falhos e o *acting out* (atuação inconsciente). Resumidamente: “(...) O caráter transformador, no caso do ato falho, é da ordem da surpresa, de onde o sujeito é surpreendido pelo inconsciente que se faz presente, na fala, no corpo, emergindo o que causa no sujeito a estranheza, o susto. No *acting out*, é possível verificar a surpresa pela via da cena que o sujeito realiza mediante o Outro e para o Outro, convocando o Outro. É uma demanda de simbolização em que o sujeito, sem saber que o faz, clama pela interpretação do Outro. Na “passagem ao ato”, o sujeito visa separar-se do Outro, não havendo aqui uma demanda de simbolização ao Outro, mas um rompimento, uma busca de separação, há um não endereçamento ao Outro. Os três tipos de ato comportam em si um movimento do sujeito do inconsciente perante o Outro, dessa forma podem ser pensados como o movimento do sujeito do inconsciente.” (Ibid., p.129).

danosas dessa exposição excessiva a aparatos eletrônicos, referindo-se particularmente às crianças e adolescentes. A autora identifica uma “colonização do imaginário” e riscos à socialização causados pelo isolamento a que as crianças estão submetidas diariamente, “se relacionando a distância, de forma mediada pela tecnologia”. Esta situação ofusca a importância do “brincar e de se relacionar com crianças de menos ou de mais idade que a própria, assim como com outros adultos”. (SCHIAVO, 2018, p. 24)

Experiência que produz certa desintegração da totalidade sensorial que nos compõe e da qual dependemos, em grande medida, para compreender os acontecimentos em nós e ao nosso redor, para dar a eles o devido significado e importância, não só pragmática, mas sobretudo subjetiva. Nesse cenário, veremos que a “sedação do corpo” – expressão cunhada pela pesquisadora Malena Contrera (2021) –, produzirá efeitos de dissociação cognitiva e emocional – sobretudo em crianças e adolescentes – conforme Contrera e Torres (2022) discutem, ao analisarem a relação entre imagem e consciência no contexto da imersão digital, na sociedade contemporânea.

Relacionando essa questão à problemática suicida, diversos autores³⁷ apontam um estado de “agudização” dos conflitos psíquicos na adolescência, associando essa intensificação não só às radicais transformações do corpo infantil, mas principalmente ao advento da tecnologia e da virtualidade. Ela nos permite viver relações aparentemente anônimas, disfarçadas, protegidas³⁸, mas também “desencarnadas”. Numa condição altamente isolada e silenciosa, surgem manifestações violentas de modo literal e simbolicamente sombrio, como o *cyberbullying*, já que se torna muito difícil identificar o autor das agressões postadas na rede. Nela, trama-se amor e ódio, elogios desmedidos e sadismo dos *haters*, que não são submetidos a qualquer filtro na relação com o outro. Amor e ódio são vividos *in extremis*, por quem posta e por quem interage em posts sem fim e muitas vezes carentes de finalidade. O impacto instantâneo dessa vivência se dá em respostas imediatas, não pensadas, consteladas em complexos que brotam inconscientemente entre os digitadores anônimos, que paradoxalmente estão em busca de reconhecimento narcísico e destaque.

Nesse universo também ocorrem vivências, pois o corpo está envolvido em alguma medida, embora alienado do encontro. Assim, o indivíduo se vê em poucas condições de organizar seu campo perceptivo-sensorial-emocional-intelectual. Tal fato guarda relação direta com o narcisismo, uma vez que ser visto e admirado tornou-se imperativo na vida

³⁷ Birman, 2011; Cardoso (org.), 2011; Cintra, 2011; Figueiredo, 2011; Herzog & Salztrager, 2011; Padrão et al., 2011; Palmeira et al, 2011; Scazufca, 2011; Nicolósi, 2021.

³⁸ Sabemos, entretanto, que somos cada vez mais vigiados a cada *touch*, gerando algoritmos que mapeiam nossos gostos, nosso pensamento e nosso comportamento.

cotidiana, como aponta Lipovetsky (2005). O desejo de ser aprovado por meio de likes estimula, então, a hiperexposição compulsiva nas redes sociais. A postagem da selfie perfeita talvez reflita, inconscientemente, uma tentativa de compensar esse estado de mortificação alienada que o indivíduo experimenta, a despeito de suas infinitas tentativas de ser notado e, possivelmente, invejado. Todos querem ser vistos, e já que todos podem falar, aparecer, postar, Jerusalinsky (2017, p. 53) questiona “o que pode diferenciar um indivíduo no mar da rede de postagens mundial, a internet?”

Sendo alçada a um estado de individualização maciça, cada pessoa da família tendo o próprio *tablet* ou celular, veremos a subjetividade seguir à deriva, sem pontos de apoio no campo das interações pessoais, portanto sem possibilidade de simbolizar o vivido no aqui-agora de um encontro humano. Na avaliação da autora, "A virtualização implica a possibilidade de dissociar-se do real do corpo, e disso é possível fazer bons usos, no entanto, é preciso considerar quais os riscos dessa dissociação" (JERUSALINSKY, 2017, p. 53). Isto é significativo, especialmente em momentos que a subjetivação e a apropriação do corpo ainda não foram realizadas ou se encontram em transição, como na infância e na adolescência – períodos em que ocorrem mudanças físicas também dramáticas, com consequências emocionais intensas na personalidade.

Em termos, junguianos, a experiência numinosa requer a corporeidade para acomodar as sensações e integrá-las posteriormente no campo da consciência. O indivíduo precisa da materialidade do corpo para entrar em relação dialética com algo que lhe acontece, que se apresenta e o convoca a engajar-se na experiência. O modo desse indivíduo se relacionar com os acontecimentos pode ser na base de vivências sensoriais fluídas, ou de experiências carregadas de afeto e significado. Mas para se elaborar psicologicamente os eventos precisamos experimentá-los como uma presença encarnada no tempo e no espaço. Mesmo o sonho – expressão inconsciente por excelência dissociada de tais categorias -, que se passa no estado de sono, produz sensações físicas durante ou depois de o sujeito acordar. Algumas pessoas, por exemplo, choram e se movimentam durante um sonho, ou acordam com ressonâncias afetivas experimentadas corporalmente que podem durar longos períodos de tempo.

A pressa que marca a vida contemporânea nos permite interagir com vários equipamentos eletrônicos simultaneamente, na busca de uma hiperexposição virtual que nunca alimenta suficientemente a exaltação narcísica desejada pelo ego: “essa busca obsessiva nunca alcança a plenitude imaginária, e funciona como um bumerangue, retornando o indivíduo a um vazio carregado de ansiedades infinitas” (JERUSALINSKY,

2017, p.22); em busca de se sentir com a “bola toda”, veremos cada vez mais indivíduos se sentindo como “bolas-murchas” (Ibid., p.22). O mesmo pode ser confirmado pelos reiterados números da Organização Mundial da Saúde (OMS)³⁹ sobre ansiedade e depressão nas últimas décadas, especialmente no contexto pandêmico.

O excesso sensorial mortifica porque o bombardeio perceptivo não permite estabelecer uma relação no tempo e no espaço para acomodar e dar contornos ao que é vivido a partir desses estímulos, conduzindo a um apagamento do próprio corpo e da subjetividade. Falta justamente a presença de um outro concreto para modular as reações, sensações, ideias e afetos. Uma cena que já se tornou trivial em diferentes espaços públicos, como parques, aeroportos, restaurantes, bares, etc. – mas também pode ser vista nos espaços que seriam destinados a uma convivência mais direta e pessoal entre as pessoas, como a casa, a escola e o local de trabalho –, pode ser vista quando adultos, jovens e crianças estão sentados juntos, porém, cada um focado em seu próprio aparelho.

É nesse cenário de individualização e isolamento social que alguns suicídios ganharam grande repercussão ao serem transmitidos *online*, como se fossem desencarnados de uma realidade humana, sem dimensão do impacto causado na audiência, desnudando o trágico *online*, especialmente quando se trata do livre acesso à rede por crianças e adolescentes.

Assim, um dos eixos temáticos para compreender o alto índice de suicídios entre jovens é a questão do narcisismo, que implica na ligação da libido a objetos, não só nas referências subjetivas do indivíduo, mas também na possibilidade de se sentir vinculado e reconhecido objetivamente nos laços sociais. Na próxima seção veremos que a questão do narcisismo em nossa cultura apresenta uma estreita relação com a violência e o consumismo, associados à ideologia neoliberal, conforme a análise histórica feita pelo filósofo e psicanalista brasileiro Jurandir Freire Costa.

³⁹ Relatório científico publicado em março de 2022 alertando que os casos de ansiedade e depressão cresceram mais de 25% na pandemia ao nível global, sendo as mulheres mais afetadas do que os homens, especialmente na faixa de 20 a 24 anos. Assinalou também que a crise causada pela COVID-19 impediu de maneira significativa o acesso aos serviços de saúde mental em muitos casos, trazendo preocupação pelo possível aumento de comportamentos suicidas. O relatório, que tem como base a análise de um compêndio formado por estudos abundantes, determinou que houve aumento de 27,6% de casos de transtorno depressivo grave no mundo apenas em 2020 (Cf. LARSON, 2022).

1.5 VIOLÊNCIA E NARCISISMO NA CULTURA CONTEMPORÂNEA

No livro “Violência e Psicanálise”, Costa (1984) desenvolve a tese de que o narcisismo contemporâneo não se restringe apenas a um sintoma patológico social, tampouco à causa do mal-estar psicológico do indivíduo contemporâneo, induzido a “gozar indefinidamente”, mas indica uma tentativa de obter alguma proteção psíquica num mundo onde os referenciais sociais esvanecem.

Ele resgata o conceito de narcisismo na obra de Freud, onde o termo se refere a um estado em que a libido se dirige aos objetos e até precisa deles, seja investida em partes do próprio corpo, ou no psiquismo, como reflexo do desejo do outro. Antes de saber identificar um outro exterior com o qual o sujeito pode estabelecer um campo intersubjetivo de trocas afetivas, Freud (1914/2004) explica que a libido permanece ligada ao corpo, caracterizando o que chamou “autoerotismo”, um estado de satisfação autônoma das pulsões. Fundamental na constituição do “narcisismo primário” será o amor investido pelos pais, renascimento de seu próprio narcisismo espelhado no filho, produzindo um sentimento de onipotência na criança. O primeiro momento do narcisismo refere-se à ligação da libido com um outro, como no caso do bebê com a mãe e o seio, ainda como objeto parcial. Em seguida, essa libido, antes depositada em objetos parciais, retorna ao ego, quando o bebê já consegue diferenciar seu próprio corpo do mundo externo, identificar suas necessidades, quem ou o que as satisfaz; está finalmente constituído o narcisismo secundário.

Associando o conceito apresentado por Freud à subjetividade contemporânea, Costa chegará à conclusão de que o fenômeno agora se constitui como efeito do trauma vivido pelos indivíduos na sociedade de consumo, que lhes impõe uma condição violenta, calcada em discursos ideológicos de bem-estar e superação dos limites do corpo e da autoimagem. Desse modo, o “narcisismo moderno” seria mais bem designado como “regenerador”, não apenas um refúgio hedonista ou uma recusa egoísta do ego, regida pelo princípio do prazer (COSTA, 1984, p. 235).

A violência na cultura contemporânea, segundo o autor, advém de uma ditadura do prazer estabelecida pela sociedade de consumo. Nessa cultura, a insatisfação se torna a deusa arbitrária que deve ser cultuada acima de todas as coisas, que mobiliza um desejo eterno de consumir e desfilar itens enaltecidos pela moda, os quais precisam ser recorrentemente renovados para garantir um lugar de destaque no mundo social.

Na prateleira de inúmeras ofertas da indústria da moda, forças constroem o indivíduo à busca por um corpo ideal ou “corpo-rei” (COSTA, 1984, p. 245). Isso mobiliza

ansiedades que mantêm o sujeito aprisionado e insatisfeito consigo mesmo, de onde surge o estresse como um dos fenômenos patológicos desse imperativo do prazer. Sintoma que ameaça e condiciona o sujeito, pois o discurso dominante é de que não há limites para sentir-se feliz, dadas as inúmeras terapias, atividades físicas, dietas e medicações disponíveis no mercado que estariam a serviço de garantir ao indivíduo um estado pleno de bem-estar, assim como as medidas de um corpo perfeito, que, sabemos, só existem nos comerciais de televisão ou em postagens de Instagram. Por fim, diante da impossibilidade de obter o prazer alardeado pela publicidade, porém inalcançável pelos meros mortais, “o narciso moderno parece-se mais com a Moura-Torta” (Costa, 1984, p.248), que odeia a própria imagem e inveja uma imagem evanescente, tão logo pareça que ela esteja ao alcance das mãos. A perversão do discurso dominante leva o sujeito a se debater, tomando exclusivamente para si a responsabilidade por sua condição, pois se ele não está saudável ou não cabe nas medidas estreitas do manequim, a culpa só pode ser sua. Aqui, podemos traçar um paralelo com a questão levantada por Han, quando trata da individualização dos custos pelo mal-estar, numa sociedade que incita o indivíduo a se responsabilizar pelos fracassos, como se eles iniciassem e terminassem nos limites de si-mesmo, apenas.

Em “Narcisismo em tempos sombrios” (1988) Costa discorre sobre uma das funções básicas do ego na dinâmica psíquica, a saber, sua “compulsão à síntese” (expressão cunhada por Freud em “Inibição, sintoma e angústia” (1925/1996), que visa manter a estabilidade do psiquismo frente aos elementos e eventos externos, e o menor risco possível de desprazer, por meio de mecanismos de defesa.

Entretanto, podemos questionar como fica essa possibilidade de “compulsão à síntese do ego” numa condição social em que os indivíduos são forçados a lidar com elementos que continuamente os convocam a se atualizar e se responsabilizar, cada vez mais individualmente, pelo próprio bem-estar e pelo sucesso, sem amparo social, numa cultura marcada pelo narcisismo.

Nas palavras de Costa (1988, p. 8 – grifo meu):

Hoje, definiríamos cultura do narcisismo como aquela em que o conjunto de itens materiais e simbólicos maximiza real ou imaginariamente os efeitos da Ananké (a caducidade do corpo, a potência esmagadora da natureza, a ameaça proveniente das relações com os outros seres humanos, conforme Freud), forçando o ego a ativar paroxisticamente os automatismos de preservação, em face do recrudescimento da angústia de impotência. *Ou, visto de outro ângulo, é a cultura onde a experiência de impotência/desamparo é levada a um ponto tal, que torna conflitante e extremamente difícil a prática da solidariedade social.*

Então, recuperando o termo atribuído por Costa (1984, p. 223) para o narcisismo dos sujeitos submetidos à violência do sistema capitalista – que molda os modos de vida e de subjetividade atual – vale à pena considerar um interessante jogo de palavras, ao pensarmos sua hipótese a respeito do narcisismo como “regenera-dor”. *Articulando essa discussão com uma tentativa de compreensão do suicídio em suas bases sociopolíticas, poderíamos dizer que o fenômeno refletiria uma impossibilidade de regeneração do ego? O suicídio poderia, assim, ser entendido como uma tentativa desesperada e violenta de pôr um fim aos efeitos da obrigatoriedade de consumir e reproduzir padrões de sucesso e felicidade na sociedade de consumo? Admitindo que sim, podemos pensá-lo como fruto de uma cadeia de eventos que culmina numa falência narcísica e impede o sujeito de resistir e de se proteger das pressões e da solidão – numa sociedade que tem para com ele um discurso ambíguo e altamente perverso?*

Por fim, resgatando um dos objetivos desta tese – de integrar as condições sócio-históricas à análise do sofrimento dos adolescentes e jovens que se encontram tomados por impulsos autodestrutivos ou suicidas –, como nós, terapeutas, consideramos os aspectos sociais que compõem o pano de fundo para o sofrimento do jovem na sociedade atual? Afinal, qual discurso social e político rege nossa compreensão e atitude diante da adolescência, do suicídio e da morte? Toda prática profissional encontra-se sustentada e atravessada por um ethos, enquanto conjunto de referências político-sociais e culturais (valores, ideias, crenças) que permitem a intervenção técnica e ética numa determinada cultura e momento histórico. Na atualidade, um dos grandes desafios para psicólogos e terapeutas é alcançar maior consciência de tais aspectos em sua prática, por exemplo, em relação às influências da patologização e medicalização da vida, como veremos a seguir.

1.6 PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DO SUICÍDIO

Quando tomamos a questão do sofrimento infanto-juvenil na clínica, e o enquadre do atendimento psicológico individual – adotado geralmente nos casos que envolvem psicopatologias ligadas à ideação suicida ou às tentativas de suicídio –, é notória a predominância de um manejo individualizado na prática do psicólogo. Nesta situação, o máximo que se estabelece para ampliar o olhar para a situação trazida pelo paciente são as entrevistas com os familiares, e, talvez, uma visita à escola para conversar com professores ou coordenadores. Mas, em geral, o que se busca é ouvir o ponto de vista da escola sobre o paciente e sobre como ele se comporta ou se relaciona naquele ambiente, para obter mais

dados na investigação psicoterápica. Ainda que o psicoterapeuta tente discutir com os pais sobre as condições sociais vividas pelo filho/a na escola, ou sobre a (in)adequação dos parâmetros e propostas pedagógicas e psicológicas para as suas necessidades e condições emocionais, pouco se problematiza outros elementos daquele ambiente como possíveis coadjuvantes ou mesmo causadores do sofrimento. A atitude do psicoterapeuta tende a se esquivar de uma análise ampliada para incluir os aspectos comunitários do espaço social onde o adolescente normalmente vive mais desafios e revezes, inclusive por ser o local onde passa mais tempo em sua rotina. Desse modo, o psicoterapeuta tende a avaliar individualmente o mal-estar do jovem, descontextualizado-o e até mesmo desvinculando-o dos elementos sociais que servem de base às vivências imediatas, restringindo sua preocupação às influências do núcleo familiar. Os estudos das pesquisadoras da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Moyses e Collares confirmam essa avaliação, afirmando que “[...] a escola e o que nela se passa é desconhecido dos médicos, terapeutas, fonoaudiólogos, portanto não é visto como fazendo parte da produção dos problemas dos alunos e da possibilidade de contribuir com sua superação” (MOYSES, COLLARES, 2011, p. 43).

Assim, cabe problematizar que compreensão a psicologia analítica tem das bases sociais do sofrimento contemporâneo, sobretudo de adolescentes e jovens que pensam ou tentam tirar a própria vida, incluindo sua medicalização precoce, que muitas vezes ocorre devido a problemas escolares. Questão espinhosa que confronta eticamente a conduta do terapeuta. Para refletir sobre esse desafio, retomo a indagação feita pela pesquisadora M.H.S Patto a respeito da ênfase tecnicista e suposta neutralidade política da Psicologia: “A filosofia da *práxis* nada tem a dar à Psicologia? Psicologia e Política são esferas que não se tocam? Ciência é uma coisa e Ética é outra?” (PATTO, 1997, p. 470).

Ao tratar da formação do psicólogo, a pesquisadora identificou na separação da Psicologia em relação às demais Ciências Humanas e à Filosofia “[...] a falta de teorias que lhe permitiria conhecer as bases epistemológicas e refletir sobre as implicações ético-políticas das ideias e técnicas que adotam em suas práticas. Com isso, a maioria dos psicólogos tem sido reduzida a mero objeto da ciência que pratica” (Ibid., p. 469). A autora analisou a origem desse problema na própria concepção da ciência positivista, que propõe a separação do conhecimento em fatias ou partes que não dialogam entre si ou com as demais Ciências Sociais e a Filosofia. Assim, os especialistas são formados com dificuldade de alcançar uma visão ampliada de suas práticas.

A pesquisadora Sandra Sawaya (2018) também aponta um viés utilitarista na inserção social da Psicologia – antes mesmo de sua regulamentação como profissão, nas quatro

primeiras décadas do século XX –, ora para instrumentalizar políticas públicas destinadas à área da educação, ora para instrumentalizar práticas da psicologia clínica, nas quais os profissionais eram ensinados a usar conceitos e métodos desenvolvidos por autores da área para produzir documentos que atestavam perfis psicológicos, por meio de testes e outros instrumentos de mensuração, descontextualizados da realidade social de crianças e adultos.

Na atualidade, ainda ecoam práticas que insistem em destinar à criança e à sua dinâmica familiar a responsabilidade plena pelos problemas de aprendizagem, de comportamento e inadaptação social – práticas identificadas com o viés higienista da psiquiatria, em especial, pela medicalização cada vez mais precoce de crianças e adolescentes, conforme denunciado por diversos pesquisadores (LUENGO, 2010; KAMERS, 2013; NAKAMURA, 2016). A medicalização surge e se afirma como resposta imediata no imaginário geral, e no especializado: afinal, se a origem do problema é localizada no indivíduo ou em sua família, a solução a ser oferecida também deve seguir uma linha de raciocínio individualizada.

Vemos com frequência nos consultórios de psicoterapia crianças, adolescentes e jovens encaminhados por escolas, trazidos por pais ansiosos e desinformados, que buscam amparo para lidar com problemas reais, porém muitas vezes estigmatizados e já diagnosticados por diversos códigos dos manuais internacionais, como o DSM e a CID, criados por psiquiatras americanos que servem de modelo à prática médica psiquiátrica também no Brasil. Grande parte delas já se encontra medicada quando chega para uma entrevista inicial, e muitas vezes os pais já se referem aos filhos pelos diagnósticos por meio de expressões como “ele é depressivo”, “ela é bipolar”, etc. Esse processo leva a uma reificação de tais nomes que passam a existir como se fossem entidades reais, destacadas de um pano de fundo social e histórico, transformados em rótulos que atravessam e marcam o desenvolvimento e prejudicam a inserção social de crianças e adolescentes.

É, portanto, fundamental que também o psicólogo esteja atento aos discursos que subjazem e sustentam a apresentação dos adultos (inclusive profissionais da escola) ao se referirem às crianças e adolescentes. Assim, pode contribuir de modo crítico para a desconstrução de preconceitos e até mesmo ataques sofridos por elas - tanto nos espaços escolares, como familiares, entre outros –, por onde passa e precisa ser reconhecida e protegida, conforme os princípios éticos e legais, não só de nossa profissão, como também, os da legislação vigente no país (ECA, 2019). Em resposta a essa necessidade, Loureiro (1997), avalia que há um movimento na Psicologia atual no sentido de superar o psicologismo, reconhecendo cada vez mais, na formação e prática do psicólogo, a necessidade de um olhar

para o caráter histórico da realidade social que sustenta os processos humanos e sua intervenção profissional. Segundo o autor, “articula-se a ciência psicológica com as Ciências Sociais e com a Filosofia, à cata das determinações sociais das realidades psíquicas, com o intuito de reconstruir, teoricamente, a natureza essencialmente social do ser humano” (Ibid., p. 454).

A despeito desse movimento, devemos enfatizar as discussões sobre a irradiação do discurso médico em praticamente todos os âmbitos da vida social, conforme discutido por Almeida (2021, p. 52) e Zorzanelli, Cruz (2018). Embora o termo medicalização tenha sido generalizado em nossa cultura, com diferentes interpretações, recorro ao conceito na obra de M. Foucault, conforme discutido pelos referidos autores, que o interpretam sob as teorias do biopoder e da biopolítica – voltadas ao controle dos corpos e da circulação dos discursos, da modernidade à contemporaneidade.

A medicalização envolve dois sentidos para Foucault, segundo Zorzanelli e Cruz (2018, p. 722): “um, relacionado à medicina como prática social que passa do Estado à população; e outro, relacionado ao fenômeno da medicalização indefinida, ou seja, da impossibilidade de se produzirem práticas corporais fora do alcance da medicina”. O primeiro diz respeito ao fenômeno entre o final do século XVII e final do século XIX, associado aos processos de sanitização de importantes cidades europeias, em função de seu desenvolvimento econômico e social – período em que o médico performava a importante tarefa de higienista para erradicação de doenças e epidemias. O segundo seguiu a partir do fim do século XIX, e se estende até os dias atuais. A marca do fenômeno nesse período é “uma extrapolação da ciência médica à vida como um todo, ou seja, não haveria mais exterioridade ao saber médico, nem fenômeno que não pudesse ser descrito por meio da relação do corpo com a medicina” (Ibid., p. 722), descrição de especial interesse à compreensão da medicalização em relação ao suicídio, nesta tese.

Se a medicalização da vida atravessa os últimos séculos – concomitantemente aos avanços históricos, políticos, econômicos e sociais que caracterizam a decadência do poder absolutista medieval – representado pelo Rei e pela Igreja Católica –, seguido pela ascensão do Iluminismo –, temos de admitir que sua força continua tão presente na atualidade devido à sua quase identidade com o desenvolvimento tecno-científico que marca a modernidade e a pós-modernidade.

Dando um salto até o século XX, os processos de patologização e medicalização da vida contemporânea na área da saúde mental se institucionalizam com a descoberta das primeiras drogas psicotrópicas na década de 1950, dando à psiquiatria uma função ampliada,

que ultrapassa o tratamento da loucura e passa a se alastrar de forma preventiva em direção a praticamente todas as possibilidades de expressão de sentimentos e conflitos ligados ao sofrimento humano (Cf. BIRMAN, 2019). De lá para cá, houve um boom nesse processo, com a publicação do DSM-3 na década de 1980, aumentando substancialmente o número de categorias diagnósticas, concomitantemente ao avanço das pesquisas em neurociências e à comercialização de novos psicofármacos. A última revisão do DSM (5), publicada em 2013, após 12 anos de trabalho de uma força-tarefa, tem mais de 300 categorias diagnósticas, sendo apresentado como uma versão que “considera novos modos de organização dos transtornos e os avanços na neurociência, na genética e nos estudos de imagem do cérebro” (APA, 2013)⁴⁰.

Diversos estudos nacionais e internacionais questionam a tendência medicalizante da psiquiatria atual, de viés estritamente biológico. O jornalista americano Robert Whitaker (2017; 2019) denuncia o paradigma sustentado pelo discurso psiquiátrico contemporâneo, que justifica o uso cada vez mais ampliado de medicações psicotrópicas em função de desequilíbrios bioquímicos. Além disso, o autor problematiza a implicação de instituições sanitárias e de profissionais que aumentam sistematicamente as categorias diagnósticas para os transtornos psiquiátricos, englobando sintomas típicos de mal-estar psíquico em seres humanos, denunciando uma epidemia de doenças psiquiátricas. Seu ponto de partida é justamente o fato de que, a despeito da ampliação de diagnósticos e de novas drogas – frutos de avanços das pesquisas neuropsicológicas –, além de terem sido estabelecidos protocolos de intervenção mais objetivos para o tratamento, o número de pessoas medicalizadas por longos períodos e em muitos casos, com prescrição simultânea de várias medicações, cresce exponencialmente em todo o mundo, quando seria de se esperar o oposto, considerando todos os avanços elencados.

Mais recentemente, Allen Frances – um eminente psiquiatra americano que participou durante 20 anos das atualizações periódicas das edições do DSM (incluindo o DSM-III, o DSM-III-R), além de ter liderado a força-tarefa que desenvolveu a quarta edição do DSM, e presidido o departamento de psiquiatria da Universidade Duke –, questionou num artigo publicado em abril de 2021: “por que os antidepressivos são excessivamente prescritos? E o que fazer quanto a isso?”. Antes disso, publicou em 2014 o livro “Voltando ao normal: uma crítica à redução dos espaços de normalidade no mundo” (FRANCES, 2017), onde apresentou críticas contundentes ao modo como a psiquiatria vem reduzindo cada vez mais os

⁴⁰ Na época de sua publicação despertou resistência da sociedade civil, com movimentos como o *Stop DSM* e o *No, Gracias*, entre muitas outras manifestações, como a do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH), que decidiu não financiar pesquisas que utilizassem a versão do manual como base de pesquisas (Cf. FREITAS, AMARANTE, 2016).

espaços de normalidade na vida contemporânea⁴¹. Questionou, também, a própria APA, que em sua avaliação teria se desviado de suas funções sociais por “políticas equivocadas que levam a conflitos de interesses, em particular, devido a determinadas alianças com a indústria farmacêutica” (Cf. FREITAS, AMARANTE, 2016). Em suas palavras, “(...) até 1980, os DSM eram livrinhos merecidamente obscuros que ninguém lia e aos quais não se dava muita importância.” (FRANCES, 2017, prefácio).

Dirigindo-nos ao cenário brasileiro, os antidepressivos e os benzodiazepínicos aparecem à frente das medicações mais prescritas⁴². A fluoxetina segue como a droga mais dispensada, em função da alta tolerabilidade dos sintomas adversos, embora anorgasmia e o retardo da ejaculação estejam entre eles, implicando menos prescrições e uso pelos homens, sobressaindo as mulheres como público que mais recebe prescrição dessa medicação; além do fato de ser uma droga mais facilmente disponível nas unidades de saúde pública.

Um dado preocupante é que, embora essa medicação seja recomendada para os casos de depressão moderada a grave, ela é prescrita indiscriminadamente, incluindo casos de depressão leve, segundo alerta da OPAS em 2021 (Cf. ALCANTARA et al., 2022). Além das depressões, é usada para tratar sintomas de ansiedade e pânico, obsessivo-compulsivos e fobia social, segundo o Ministério da Saúde (2013). Importante mencionar alerta feito por diversos pesquisadores a respeito do possível efeito placebo observado em estudos comparativos, que não deve ser desconsiderado durante seu uso, assim como de outros antidepressivos, como foi avaliado numa revisão sistemática de estudos com 21 antidepressivos, publicada na *The Lancet* (CIPRIANI et al., 2018). Em outros estudos, Turner et al. (2008; 2022), problematizam o que é conhecido por viés de publicação seletiva de ensaios clínicos e seus resultados, que podem levar a estimativas irrealistas da eficácia do medicamento e alterar a aparente relação risco-benefício, especialmente quando usados em estudos comparativos com o placebo.

⁴¹ Ironicamente, Allen Frances foi o responsável por abrir as portas à ampliação desmesurada dos diagnósticos psiquiátricos, incluindo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), categoria de diagnóstico que tem condenado grandes contingentes de crianças nos Estados Unidos e no mundo inteiro a tratamento, e, o que é mais alarmante, cada vez mais nos primeiros anos de vida, inclusive no Brasil. (Cf. FREITAS, AMARANTE, 2016).

⁴² Contribui para isso o perfil cultural do brasileiro da automedicação que o leva a incorporar a medicação em sua vida cotidiana, tanto pela dificuldade de acesso ao serviço de saúde pública, como por consumir remédios como se fossem qualquer outra mercadoria. Segundo o Conselho Nacional de Saúde, “No Brasil existe uma farmácia (ou drogaria) para cada 3.300 habitantes e o País está entre os dez que mais consomem medicamentos no mundo, segundo dados do Conselho Federal de Farmácia. O acesso a farmácias e drogarias e a facilidade na aquisição de medicamentos no popularmente conhecido “balcão da farmácia” promovem um aumento no consumo de medicamentos pela maioria da população brasileira”. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/medicamentos.htm Acesso em 20 dez. 2022.

A esse respeito, num estudo publicado em 2 de agosto de 2022 (STONE et al., 2022), os pesquisadores das universidades norte-americanas Harvard e Johns Hopkins, realizaram uma revisão sistemática de estudos clínicos que haviam sido submetidos ao FDA (EUA) no período entre 1979 e 2016. A amostra era bastante robusta: no total, foram revisados 232 estudos clínicos. Somando os participantes de todas essas pesquisas, a revisão observou o efeito de antidepressivos e placebos em mais de 73 mil pessoas. Concluíram que “o uso de antidepressivos representou uma melhoria significativa e de longo prazo em cerca de 15% de pacientes com depressão ao se comparar com o uso de placebos. Para os outros 85%, também há melhora, porém os benefícios se mostraram próximos aos vistos em participantes que utilizaram o placebo” (FERNANDES, 2022).

A consideração sobre a relatividade dos resultados de antidepressivos não desmerece sua importância no tratamento das depressões para um grupo significativo de pacientes. Porém, serve para alertar quanto à necessidade de se investigar os motivos por que uma parcela tão grande dos usuários dessas medicações apresenta resposta terapêutica pouco significativa se comparada ao uso de placebos, além de reforçar a importância de se investigar outros fatores coadjuvantes ao uso da medicação que teve efeito mais significativo na parcela de 15% dos pacientes, conforme o referido estudo. A crítica à medicalização se dirige mais à ênfase numa suposta exclusividade da explicação bioquímica para o sofrimento psíquico, que enfatiza a proeminência do tratamento medicamentoso, não só para as depressões e outros tipos de sofrimento psíquico, mas também para o suicídio, desqualificando seus aspectos multicausais que englobam o contexto socio-histórico-cultural. Considerando o contexto brasileiro, por exemplo, – atravessado por diferenças econômicas, sociais e culturais – vemos um reflexo da medicalização do sofrimento psíquico na banalização observada por diferentes autores na prescrição de psicofármacos à população que recorre a Unidades Básicas de Saúde, em diferentes cidades e regiões do país: São Paulo, Rio Grande do Norte, Paraná, Santa Catarina (Cf. ALCANTARA et al., 2022; FERRAZA et al., 2010; ROCHA & WERLANG, 2013; ALONSO, 2015; MOURA et al., 2016; MEDEIROS et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2021)

Os dados mais relevantes indicam “alta prevalência de pacientes que já chegam aos serviços medicados e saem com a manutenção da medicação, sem serem submetidos a nova avaliação psiquiátrica, preponderando a prescrição feita por médicos de outras especialidades, instrução orientada pelo próprio Ministério da Saúde, em 2013, nos seguintes termos: “os profissionais não-psiquiatras devem conhecer um pouco mais sobre esses medicamentos, pois

é fundamental desfazer mitos e tabus ligados à saúde mental, e assumir a responsabilidade sobre a prescrição [de psicotrópicos]” (ALONSO, 2015, p. 31).

Um dos possíveis efeitos dessa orientação é os pacientes serem mantidos por anos a fio medicalizados por cardiologistas, clínicos gerais, ginecologistas, endocrinologistas, e até mesmo dentistas, por vezes sem nunca passarem pela avaliação de um psiquiatra. Quando atendidos por esse profissional, do mesmo modo que pelos demais especialistas, os pacientes raramente recebem alta, reiterando tendência à manutenção da medicalização dos pacientes, de modo que passam a ser tratados como doentes crônicos, sem serem reavaliados, tampouco informados sobre os riscos da manutenção do tratamento a longo prazo. Desse modo, há uma hegemonia na forma de tratamento centrado no modelo médico-farmacológico, que poderia ser relativizado por outras ações de cuidados em saúde, como a psicoterapia e a terapia comunitária integrativa (Cf. ALCANTARA et al., 2022, p. 8).

Refletindo sobre os aspectos sócio-políticos envolvidos especificamente no processo de patologização e medicalização do suicídio, Almeida (2021) também recorre à obra de M. Foucault. O saber médico, na análise desse filósofo, é um dos braços mais importantes do biopoder, e na avaliação de diversos pesquisadores, tem se estendido sobre o suicídio, principalmente nas últimas décadas, levando a uma redução na compreensão dos sentidos políticos e sociais que esse gesto transgressor comunica socialmente, para além dos significados particulares que possa ter individualmente. Se o suicídio põe em xeque o discurso médico em favor da inevitabilidade da vida e da interdição da escolha pelo não-viver, confronta imperativos substanciados pela lei e pela medicina que sustentam cientificamente os interesses de uma ideologia política dominante que almeja ampliar cada vez mais a administração dos corpos e da vida para manter o controle social sobre os indivíduos, afinal:

Se na biopolítica se mantém, ou se quer manter, os corpos (que política e economicamente importam), vivos e ativos e, em razão disso, a morte está em seu oposto político, silenciada, o suicídio aparece como uma das ações politicamente mais indesejáveis. Isto, pois, apesar dos dispositivos de poder atuarem sobre a manutenção da vida, da evitação de acidentes e controle de morbidade, apesar do silenciamento e do controle do discurso sobre a morte, o suicídio ainda pode emergir de modo quase sempre imprevisível. (ALMEIDA, 2021, p.76).

A medicalização depende da patologização do gesto suicida, o que, por sua vez, depende da produção de um discurso a respeito desse ato que visa interditar sua discussão na esfera pública, restringindo sua compreensão ao âmbito de especialistas, notadamente da medicina ou da psiquiatria, no caso do suicídio, pois “(...) a medicalização da vida tem como

consequência a apropriação médica de fenômenos ou comportamentos que antes não eram imediatamente associados ao saber médico. Nesse sentido, ocorre a patologização de fenômenos ou comportamentos” (ALMEIDA, 2021, p. 55), naturalizando, diríamos, uma associação cada vez mais hegemônica entre suicídio e doença⁴³. Tal discurso patologizante guarda semelhança com o que foi produzido em relação à loucura no século XVIII, transformada em “doença mental”. Desse modo, foi formatado para garantir o acesso e o controle biomédico, passando a ser administrado por meio dos manicômios, medicações e outras práticas de controle do corpo, uma vez que não se podia controlar a mente do sujeito. Almeida (ibid.) estende esse argumento ao suicídio, apontando como a recente tentativa de encapsulá-lo no discurso neuroquímico visa ter efeito semelhante, na medida em que restringe o alcance das discussões a respeito de suas causas políticas e sociais, com a consequente responsabilização política e social do Estado.

Diante do exposto, questionar a predominância do argumento da psiquiatria a respeito de causas biológicas para o suicídio, quase integralmente, é questionar também o poder da naturalização do discurso médico que, de certa forma, restringe nosso campo de reflexão crítica acerca de um fenômeno que claramente apresenta características multifatoriais, como já foi dito, incluindo fatores políticos e sociais. Obviamente, a abordagem biológica é importante para a compreensão e os cuidados associados a possíveis comorbidades que podem compor o quadro multifatorial do suicídio. Porém, devemos resistir a enquadrá-lo exclusivamente nas competências do saber médico, sob o risco de desconsiderar outras questões ligadas ao gesto – inclusive, a autonomia do sujeito para fazer essa escolha –, a despeito dos tantos conflitos éticos que essa perspectiva constitui para todos que se deparam com o suicídio, especialmente profissionais da área da saúde, como nós.

Por fim, tendo recorrido às teorias do filósofo B.C. Han nesta tese, e considerando sua crítica ao paradigma da negatividade – identificado por ele nas teses de Foucault –, podemos aventar que talvez Han entenderia o suicídio menos por um caminho de imprevisibilidade ou de resistência, e mais como decorrência do processo de individualização que marca a subjetividade na atualidade, produzindo "adoecimentos neuronais". Na discussão de Han, os indivíduos se encontram tão identificados com a lógica do empreendedorismo de si-mesmos, a ponto de serem seus próprios exploradores e tiranos, o que extingue a necessidade de resistir ou confrontar alguma figura representativa de controle externo – dado que a relação

⁴³ “Alguns estudos atribuem mais de 98% das ocorrências de suicídios à presença de transtornos mentais, conforme publicação da ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria: Suicídio – ‘Informando para prevenir’”. (Cf. ALMEIDA, 2021, p.84).

dialética com figuras de poder que viriam a legislar sobre o corpo e/ou desejo se esvazia significativamente. Desse modo, o suicídio não teria a conotação de “uma das ações politicamente mais indesejáveis”, conforme referido acima por Almeida (2021). Pois, estando a violência já internalizada nos sujeitos submetidos ao paradigma da positividade - levados que são a assumir a individualização do sofrimento e a responsabilização exclusiva pelo fracasso -, o gesto de interromper a própria vida poderia falar de sentimentos intensos de frustração e desamparo social — concomitantes ao sofrimento advindo de um estado de exaustão -, que deixam o indivíduo refém de uma existência desalentada e sem saída. Junte-se a isso, a hipótese de Costa (1984) a respeito de um narcisismo ferido que impede ao ego regenerar-se para se proteger da violência exterior, intensificando sentimentos de impotência, que poderiam ser compensados pela agressividade contra si mesmo.

Ao fazer esse amplo arco de reflexões foram problematizadas a seguintes questões: a individualização dos riscos sociais, o sentimento de desenraizamento e desterritorialização da vida social – instados pelo discurso neoliberal da alta competitividade entre os indivíduos, o empreendedorismo de si-mesmo discutido por Beck e Beck-Gernsheim (2002) e Beck (2006).

- as influências tecnológicas e digitais na subjetividade contemporânea, e a exaustão dos sujeitos numa sociedade pautada pelo imperativo do desempenho, causando doenças neuronais, conforme discutido por Han (2015);
- a insuficiência de condições sociais que dariam alguma sustentação à possibilidade de o indivíduo viver experiências na pós-modernidade, conforme apontado por Han (2015), inspirado em Benjamin;
- o resguardo subjetivo dos indivíduos no próprio narcisismo e na busca ávida por modos de autossuperação, pautados no consumismo, estilos de vida e medicações, além da dependência de diversos especialistas, conforme discutido por Costa (1984);
- por fim, o desafio constituído para o psicoterapeuta ao ter de lidar com as influências da patologização e medicalização do suicídio, sem reduzi-lo a fatores biológicos ou intrassubjetivos.

Na próxima seção, vamos nos dirigir a um segundo eixo teórico: o desenvolvimento da personalidade à luz da Psicologia Analítica, assim como os impasses da adolescência, que podem também contribuir para a temática do suicídio e outros comportamentos autodestrutivos.

2. PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE⁴⁴

C. G. Jung propõe o desenvolvimento da personalidade como um processo que se estende por toda vida, “do berço ao túmulo”, iniciado a partir de bases arquetípicas, mas sempre vivido e sustentado num ambiente social, já que, paradoxalmente, “a individuação não exclui o mundo, pelo contrário o engloba” (JUNG, 1946/1984, p. 432).

No longo prólogo do texto “As etapas da vida humana” (1930 /1984), apresenta seu principal argumento sobre esse processo, afirmando tratar-se de um desdobramento de um estado inconsciente em direção à aquisição da consciência; o surgimento desta seria um processo que se contrapõe ao que chamou de estado natural, opondo natureza à civilização. O fruto desse conflito, segundo o autor, seria o surgimento de “problemas” que levariam, metaforicamente, a uma experiência semelhante à expulsão do paraíso, em termos arquetípicos.

Diferentemente de Freud, que pensou o desenvolvimento como um conjunto de fases sucessivas de ligação da libido a objetos, Jung discorreu sobre esse processo a partir de um recorte que estabelece dois longos períodos da vida, com duas sub etapas, considerando os diferentes desafios e necessidades de cada um, em termos de aquisições gerais da personalidade.

Tomando o ciclo diário do Sol no céu como analogia para o processo de desenvolvimento da consciência, ele explica que os cento e oitenta graus do arco da vida poderiam ser divididos em quatro partes: a infância, “quando ainda não temos consciência de nossos próprios problemas”; a “extrema” velhice, “quando “mergulhamos naquela situação em que, a despeito do estado de nossa consciência, voltamos a ser uma espécie de problema para os outros”. Entre essas duas pontas equidistantes, encontramos o segundo e terceiro quartos, quando os problemas conscientes ocupam a consciência (Cf. JUNG, 1930/1984, §795)

Na primeira metade da vida, que engloba a infância e a primeira juventude, há um predomínio do desenvolvimento do eu, como um complexo dominante na personalidade consciente, que organiza processos adaptativos do indivíduo ao mundo exterior, onde a criança precisa se inserir, progressivamente, até chegar à vida adulta. É um período crucial de diferenciação da personalidade consciente em relação à situação instintiva da criança,

⁴⁴ Seção desenvolvida a partir de uma rediscussão das ideias apresentadas no texto intitulado “Processo de Individuação: o desenvolvimento da personalidade na perspectiva da psicologia analítica”, de minha autoria (OLIVEIRA, 2012b).

marcada por um estado psicológico de identificação inconsciente com projeções arquetípicas. As figuras parentais ou qualquer outra pessoa que as substituem no ambiente familiar encarnam essas projeções, e se responsabilizam pelas necessidades básicas da criança. Já no início da segunda metade da vida, explica Jung, haveria a predominância de um impulso arquetípico transpessoal, regido por um arquétipo central, ao qual ele deu o nome *Self*⁴⁵, uma vez que “depois de haver esbanjado luz e calor sobre o mundo, o Sol recolhe os seus raios para iluminar a si mesmo” (Cf. JUNG, 1930/1984, p. 785). Podemos associar o sol, metaforicamente, ao narcisismo predominante na primeira etapa da vida, enquanto o retorno ao *Self* poderia ser associado a um movimento de natureza arquetípica lunar, que propicia recolhimento para a interioridade e certo esfriamento dos anseios narcísicos incandescentes do ego.

Assim, a necessidade principal do desenvolvimento nesse momento seria um retorno ou religação do eu com uma dimensão mais íntima da personalidade, desta vez visando alcançar uma descoberta das necessidades anímicas do indivíduo, que ultrapassam os limites de sua personalidade individual e o conectam com a vida em um sentido menos egocêntrico e mais amplo. Jung descreveu essa etapa como um “processo de individuação”.

Jung afirma que esse processo leva o indivíduo a descobrir a própria natureza essencial e particular frente aos valores coletivos da sociedade, herdados inconscientemente, pois “Individuação significa tornar-se um ‘indivíduo’ e, na medida em que abarca nossa mais profunda, última e incomparável peculiaridade, a ‘individualidade’ também implica que a pessoa se torne o que ela de fato é.” (JUNG, 1934/2001, p. 173).

Sob forte influência dos escritos de Goethe, Jung invoca o conflito faustiano (JUNG, Ibid.) para ilustrar o processo de individuação, indicando uma tensão que surge entre duas partes principais da personalidade, o eu e a sombra, sua porção inconsciente e desconhecida, portanto indiferenciada, e potencialmente perigosa para a adaptação, não apenas social, mas também, anímica, do indivíduo. A entrada na segunda parte da vida poderia ter início como uma crise de meia-idade, que leva ao questionamento dos sentidos subjetivos e objetivos das aquisições pessoais estabelecidos até então. Jung chamou essa crise de metanoia, referindo-se a uma ruptura relativamente traumática do indivíduo com os aspectos conhecidos de sua condição existencial, abrindo caminho para uma reformulação de atitudes e modos de ver o

⁴⁵ No campo junguiano, a inicial do termo *Self* é usada em letra maiúscula independentemente da localização no texto, para diferenciá-lo do sentido pessoal e autorreferido dado ao termo “*self*” em outras teorias psicológicas que usam o termo em letras minúsculas, no sentido de autodesenvolvimento (*self-development*), como na psicanálise Winnicottiana, por exemplo. Exceção no campo junguiano a isso é feita pelo autor Michael Fordham, associado à escola inglesa de psicologia analítica, como será discutido adiante.

mundo, em busca de novos significados para o tempo que ainda tem pela frente. Assim, a metanoia leva à confrontação dos valores e atitudes dominantes no eu pelos conteúdos e ações inconscientes, antes sombrios.

Fundamental nessa crise é certa consciência da morte, algo que começa a surgir a partir da percepção da decadência do corpo, decorrente de fatores diversos, naturais ou advindos de doenças, que anunciam, ainda que possivelmente ao longe, a ideia de finitude da vida, e se mostram ao indivíduo como uma realidade mais próxima do que ele percebia na primeira metade da vida. Tal argumento é facilmente confirmado ao observarmos a atitude heroica do jovem, que estando em condições favoráveis e saudáveis, geralmente está muito mais interessado em ocupar um lugar no mundo, conforme as condições disponíveis para isso, do que em abandoná-lo. Toda psicopatologia ligada à automutilação, abuso de drogas e ao suicídio podem ser pensadas, portanto, como sinais disruptivos do processo de desenvolvimento não esperados na vida de um jovem.

Ao tomar a figura de Fausto em sua discussão, Jung indica que a individuação teria início entre 35-40 anos (idade aproximada do personagem e do próprio Jung no momento de elaboração dessa teoria), o que o levou a manter um grande interesse pelos problemas da segunda metade da vida. Esse fato, inicialmente, deixou em aberto na história da psicologia analítica a pesquisa dos problemas da primeira infância e da adolescência, que só mais tarde foi retomada por analistas pós-junguianos, como veremos mais adiante.

Norteados pelas ideias iniciais de Jung, os chamados junguianos de primeira geração⁴⁶ discutem o início do processo de individuação exclusivamente na segunda metade da vida, sendo deflagrado por uma crise de meia-idade, como já apontado nesta seção. Haveria um sentido mais prospectivo na individuação, relacionado a um aspecto espiritual, em termos de ressignificação dos sentidos da vida, que se dá na existência de cada um, mas que, também teria um significado filogenético, em favor da própria espécie:

O ser humano não chegaria aos setenta ou oitenta anos, se esta longevidade não tivesse um significado para a sua espécie. Por isto, a tarde da vida humana deve ter também um significado e uma finalidade próprios, e não pode ser apenas um lastimoso apêndice da manhã da vida [...] a preocupação em ganhar dinheiro, a existência social, a família, o cuidado com a prole são meras decorrências da natureza, mas não cultura. A cultura se situa para além da esfera dos objetivos da natureza. (JUNG, 1930/1984, §787).

⁴⁶ Os autores junguianos de primeira geração são aqueles que pertenciam ao círculo de analistas que conviveram, estudaram e pesquisaram diretamente com Jung, e que se dedicaram à sistematização de suas ideias num primeiro momento do estabelecimento da Psicologia Analítica.

Posteriormente, autores mais associados à escola inglesa de psicologia analítica, como M. Fordham, M. Jacoby e A. Samuels se posicionam diferentemente em relação à teorização inicial de Jung quanto ao desenvolvimento da personalidade. Jacoby (2010), por exemplo, questionou a divisão da vida apenas em duas grandes partes, pois, segundo ele, apesar de ser didática, mostra-se precária para definir processos contínuos e recursivos da vida emocional, característicos principalmente da primeira infância. Além disso, a definição de uma única crise associada exclusivamente à meia-idade não seria suficiente para compreender a transformação emocional dos indivíduos no mundo contemporâneo, já que a passagem da adolescência para a juventude também constela crises e desafios, pois “um confronto com estruturas coletivamente ordenadas ou um ataque de um transtorno intrapsíquico frequentemente ocorre no final da adolescência” (JACOBY, 2010, p. 61).

Samuels também fez algumas ressalvas quanto à divisão temporal clássica proposta para o desenvolvimento na psicologia analítica. Entretanto, numa perspectiva mais cultural, considera interessante a separação proposta entre primeira e segunda metades da vida para refletir sobre o espírito de nosso tempo, que faz, segundo ele, um apelo impositivo para que o indivíduo se identifique mais e patologicamente com a afirmação dos atributos narcísicos do ego, para que persiga a realização dos valores da primeira metade da vida por toda a vida, não somente em uma etapa:

[...] valorizamos a independência e o sucesso; parece que não conseguimos controlar nossa destrutividade. E só temos uma ideia remota do sentido e do objetivo da vida. As qualidades da segunda metade da vida representam aquilo em cuja direção nossa cultura necessita desesperadamente crescer (SAMUELS, 1989, p. 205).

Seguindo sua reflexão, podemos associar à argumentação inicial de Jung um sentido ético a respeito da individuação como uma forma de o indivíduo desenvolver uma consciência mais ampla e responsável, não somente em relação à sua própria vida, mas, especialmente, em relação aos efeitos dela no mundo social do qual participa com suas ideias e ações ou omissões.

Fordham (2006, apud SAMUELS, 1989) afirmou que, possivelmente, o afastamento de Jung em relação à pesquisa das questões da primeira infância deveu-se menos ao desinteresse por tais debates, e mais pela conclusão de que muitos dos processos psíquicos da infância deveriam ser entendidos em função de sua base inata, ou arquetípica. Entendia que as etapas posteriores à adolescência se relacionam mais diretamente aos conflitos ligados à ampliação da consciência, já que “(...) Só o ser humano adulto é que pode ter dúvidas a seu próprio respeito e discordar de si mesmo” (JUNG, 1930/1984, §760).

De fato, Jung dava mais ênfase aos aspectos prospectivos do processo de desenvolvimento e apostava que o estímulo às condições ideais para o desenvolvimento da criança levaria a termo sua maturação. Essa ideia está pautada em uma hipótese central de Jung acerca dos processos psicopatológicos infantis, de que a psique da criança é majoritariamente influenciada pela personalidade dos pais (JUNG, 1930/1984, §760). De maneira que o melhor a fazer seria cuidar da saúde mental dos pais, o que traria indiretamente melhoras às condições psíquicas dos filhos, conforme Jung orienta em outro texto, dedicado à formação da personalidade (JUNG, 1934/2001, §287-288).

Samuels (1989), no que lhe concerne, apontou outras razões para explicar o afastamento de Jung das pesquisas sobre o desenvolvimento infantil. Uma delas seria uma opção consciente por teorizar uma etapa da vida que não coincidissem com os interesses de Freud – a idade adulta e a velhice. Outro motivo seria a retomada de seus interesses da época universitária (história da religião, natureza da ciência e psicologia geral).

O ponto teórico fundamental, segundo Samuels, é que Jung não dava à neurose uma ênfase em seu aspecto etiológico ligado aos conflitos da infância, considerando muito mais importante buscar as raízes filogenéticas e psicoculturais do desenvolvimento, e não apenas em determinado período da vida do indivíduo, ou exclusivamente à relação da criança com os genitores mais imediatos.

2.1 DESDOBRAMENTOS PÓS-JUNGUIANOS NA PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Dentre os autores pós-junguianos que se dedicaram a teorizar o desenvolvimento da personalidade, destaca-se a contribuição dos já citados analistas britânicos Michael Fordham, M. Jacoby e A. Samuels.

Pautado em sua longa experiência clínica com crianças, Fordham (2006) problematizou questões que haviam sido deixadas à margem do debate junguiano em torno da psicoterapia infantil, desenvolvendo um novo modelo teórico e prático a partir das pesquisas iniciais de Jung sobre a psicologia da infância. Nesses textos, Fordham recolhe algumas contribuições inéditas de Jung, como sua ênfase na distinção da sexualidade infantil de sua forma adulta; a necessidade de fazer uma separação entre o instinto de nutrição do instinto sexual; o caráter arquetípico do conflito edípico na vida psíquica da criança; e, especialmente, o reconhecimento da fantasia da mãe dual – tema que vai aparecer mais tarde

nas formulações de M. Klein –, que levou Jung a compreender a temática edípica baseada na díade mãe-filho, portanto, anterior à triangulação edípica proposta por Freud.

A partir dessa pesquisa, Fordham apresenta novas ideias, principalmente sobre os conceitos *Self* e “individuação”. Ele discute a hipótese inicial de Jung, que considerava a psicopatologia infantil como resultado quase exclusivo da projeção dos conflitos parentais na psique da criança. Argumenta, com base em sua observação clínica, que o bebê apresenta uma personalidade que comporta limites e conflitos próprios, ainda que se encontre fortemente influenciado pela dinâmica psíquica do casal parental e do núcleo familiar⁴⁷.

O ponto central de divergência teórica é que Fordham problematiza a individuação desde o nascimento, distanciando-se da concepção clássica, que considera o início da individuação exclusivamente na segunda metade da vida, como vimos. O autor sustenta seu argumento resgatando o sentido do termo encontrado no livro “Tipos psicológicos”, em que Jung (1921/1991, §856) explica que a individuação “coincide com o desenvolvimento da consciência que sai de um estado primitivo de identidade”. Então, Fordham propõe que a individuação pode ser pensada como um processo contínuo que acontece desde o início mais precoce da vida, já que o bebê está às voltas com a diferenciação de sua personalidade desde o momento que vem ao mundo, e possivelmente mesmo antes do nascimento, considerando-se os processos perceptivos intrauterinos.

Portanto, a individuação deixa de ser pensada como uma revisão de sentidos subjetivos desencadeada por uma crise de meia-idade, e passa a ser considerada principalmente como um processo de diferenciação da personalidade, o que se torna importante neste estudo sobre o suicídio, pois essa teorização servirá para pensá-lo em relação a impasses que podem ser constelados em fases mais precoces da vida, como na adolescência.

Ao revisar o conceito de individuação, Fordham desloca também seus propósitos, já que na concepção de Jung a individuação implica uma relativização do papel do ego na dinâmica da personalidade; ocorrendo na segunda metade da vida, a individuação ganha outros sentidos, principalmente o resgate dos potenciais do *Self*. O que não seria coerente com os desafios e necessidades da primeira infância, já que o fortalecimento do ego é o imperativo maior nesse momento do desenvolvimento da personalidade. Como a pesquisa de Fordham se deu com bebês e crianças que tinham até três anos, foi, segundo ele, “uma revolução no pensamento de analistas junguianos” (FORDHAM, 2006, p. 85). Isso porque ao

⁴⁷ Fordham trata da questão em seu primeiro livro (1947), “A criança como indivíduo” (2006).

revisar o tema “individuação”, ampliou-o para englobar processos da infância, e revisou também o próprio conceito *Self*, que passou a ser escrito em letras minúsculas, *self*, diferentemente do que ocorria nos textos de Jung e dos autores da escola clássica.

Na concepção da escola clássica, o *Self* é entendido como um impulso integrador, numa perspectiva teleológica, portanto, um impulso arquetípico que leva o eu a se lançar em novos desafios, necessários ao desenvolvimento da personalidade. Por vezes, essa ideia é interpretada no campo junguiano em sentido metafísico e não metafórico, relacionando o *Self* de modo quase literal a uma entidade em si. Por isso, Fordham critica uma idealização observada na pesquisa e na clínica junguianas em torno do conceito.

A prática clínica de Fordham com crianças muito pequenas, especialmente as autistas, levou-o a observar que a suposta estabilidade e organização do *self* não se aplicavam ao período de mudança e desenvolvimento característicos da primeira infância. Desse modo, ao deslocar o sentido do conceito para *self*, propõe que este não seria apenas estável e integrador, mas comportaria também instabilidade, em função da necessidade de uma reorganização constante da personalidade do bebê ao ambiente: “A ideia do self apenas como integrador não dá lugar à emergência de sistemas parciais cuja existência é motivada pelas pulsões dinâmicas padronizadas e pelos estímulos ambientais” (FORDHAM, 2006, p. 86).

Portanto, na leitura de Fordham, o *self* é entendido como uma realidade primária que congrega elementos conscientes e inconscientes, mas não os transcende, como na interpretação dada a esse conceito por Jung e pela escola clássica. Dessa realidade primária, decorrerá a individuação como processo maturacional da personalidade da criança no contato com o meio ambiente, conforme segue.

O *self* primário no bebê se apresenta como uma unidade psicossomática formada por elementos que podem “deintegrar-se e reintegrar-se” novamente no *self*. A observação clínica mostrou-lhe que o bebê é invadido o tempo todo por estímulos internos e externos que levam a processos de deintegração⁴⁸, que podem ou não ser seguidos por uma subsequente reintegração. Em termos psicodinâmicos, Fordham (2006, p. 10) explica que “Simples descargas dividem-se em opostos, e isso permite ao bebê organizar sua crescente experiência em objetos ‘bons’ e ‘maus’”. Conforme o bebê vai se desenvolvendo e sendo cada vez mais capaz de integrar os elementos perturbadores que lhe causam ansiedade, essas sequências tendem a se espaçar no tempo. Fundamental nesse processo é a sustentação do ambiente às necessidades físicas e emocionais do bebê. A deintegração é associada às atividades do bebê,

⁴⁸ O termo deintegração não se confunde com desintegração, uma vez que não se trata de dissolução, mas da emergência de elementos que se apresentam inicialmente dissociados na personalidade do bebê.

enquanto a reintegração ocorre nos momentos de repouso ou inatividade: sorrir, olhar, balbuciar, tocar, chorar, gritar são exemplos de atos integrativos, que mostram o estado emocional do bebê, indicando quando este se encontra mais ou menos confortável em relação a si mesmo e ao ambiente⁴⁹.

Considero as revisões propostas por esse autor importantes para pensar a clínica com adolescentes, pois estes pacientes, tanto quanto as crianças, também podem experimentar estados de deintegração do *self*. Nos casos psicopatológicos relacionados ao suicídio, podemos hipotetizar a impossibilidade de experimentar a reintegração dos elementos dissociados do *self*, que permitiria alcançar uma reorganização mais estável da personalidade, a depender das condições ambientais e sociais disponíveis. Para além de uma compreensão da adolescência em termos arquetípicos, como período regido pelo mito do herói – conforme a formulação junguiana clássica –, seguindo a proposição de Fordham, temos um repertório mais analítico para observar o movimento da libido em termos intra e inter psíquicos no processo de individuação, com os respectivos desafios de reorganização narcísica da personalidade próprios dessa etapa da vida, a partir dos processos de deintegração e reintegração na psique adolescente. Essa teorização pode ser de extrema importância na prática clínica com adolescentes que apresentam comportamentos autodestrutivos, associados ou não à ideação suicida, uma vez que oferecem possibilidades ao psicoterapeuta para rastrear os núcleos psíquicos que se encontram regredidos, e as correspondentes fantasias que mantêm o paciente nesse estado, ou com dificuldades de integrar aspectos sombrios à personalidade.

Ao recorrer a uma teoria sobre os processos psíquicos do bebê, faço considerando que na adolescência também são constelados processos regressivos na personalidade que podem levar a uma atualização de dinamismos arcaicos, outrora presentes no processo de desenvolvimento, o que nos leva a problematizar possíveis significados da regressão psicológica (ver próxima seção).

Outro analista que ampliou o debate sobre a psicologia infantil foi Andrew Samuels, enfatizando justamente a predominância do papel psicológico da mãe no desenvolvimento, a partir das pesquisas iniciais de Jung:

Jung enfatizou três aspectos da relação da criança com a mãe: primeiro, que ao longo do desenvolvimento haverá regressão; segundo, que a separação da

⁴⁹ Notamos na conceituação de Fordham sobre os processos de deintegração e reintegração do *self* primário uma clara influência de teóricos da psicanálise de Londres, sobretudo Klein, Fairbairn, Bion e Winnicott. Esse diálogo do autor junguiano com a psicanálise rendeu-lhe uma forte crítica da escola clássica junguiana, por descaracterizar, segundo os autores dessa escola, a essência da teoria originalmente proposta por Jung.

mãe é uma luta; terceiro, que a nutrição é de importância primordial. (SAMUELS, 1989, p. 180).

A tendência regressiva do desenvolvimento é uma das características centrais da desconstrução proposta por Jung para a teorização freudiana do complexo de Édipo, pois privilegiava tal conflito em seu aspecto arquetípico, e com isso se distanciava de uma leitura associada às vivências literais da criança ao casal parental. O desejo da criança pela mãe, representaria, segundo Jung em “Símbolos da Transformação” (1912/1986), a metáfora de “um anseio regressivo para voltar ao seu corpo”. Nesse texto, Jung faz uma associação simbólica da regressão com o mergulho de Jonas no ventre da baleia, enfatizando o arrebatamento inconsciente desse retorno paradisíaco no ventre materno. Samuels discutirá o aspecto regressivo do desenvolvimento, relacionando-o aos próprios desafios adaptativos da criança e à consequente tendência de evitá-los, buscando refúgio não apenas no pronto acolhimento da mãe pessoal, mas também nas referências arcaicas de uma maternagem universal, associadas ao arquétipo materno.

A ideia de separar-se da mãe é associada por Jung ao sentido de uma luta, pelo sentido iniciático e metafórico de expulsão do Paraíso em direção ao mundo social, já que a permanência nesse estado de união prolongada com a mãe mantém a criança em um estado indiferenciado e protegido dos conflitos edípicos que a esperam durante o desenvolvimento. Porém, em casos psicopatológicos, poderá também levar ao estado de psicose, no qual a criança permanece simbioticamente ligada à mãe e é incapaz de se individuar no campo de outras relações e representações sociais. Esses parâmetros podem ser usados para pensarmos a dinâmica afetiva na adolescência, devido a tendências regressivas observadas em função dos lutos característicos desse período de separação da infância, que demandam novas elaborações para a identidade.

Samuels aponta a ambivalência de Jung em relação ao instinto nutricional, pois, apesar de ele reconhecer existirem “muitas conexões íntimas entre as funções nutritiva e sexual”, não admitia o caráter sexual que a excitação associada à sucção poderia ter para o bebê. Samuels (1989, p. 181) faz uma leitura crítica da posição contraditória de Jung, apostando que: “[...] se Jung não estivesse preso a uma atitude tão unilateral (nenhum sexo na primeira infância), do mesmo modo que Freud (nada, a não ser sexo na primeira infância)”, teria finalmente reconhecido a importância e a inevitabilidade da inter-relação dos dois instintos – nutritivo e sexual – no desenvolvimento.

Por fim, Samuels (1989) resgatará outra questão fundamental antecipada por Jung em 1912 (1986). Ao teorizar sobre a “mãe dual”, Jung explica que as figuras parentais recebem a

projeção simbólica dos arquétipos, sendo que, do contato da criança com os pais, surge uma *imago* parental em seu mundo psíquico. No caso da relação com a mãe, ocorre uma divisão em relação à imagem arquetípica da mãe, que pode ser entendida como uma separação em dois níveis: primeiro, entre a mãe pessoal e o arquétipo materno propriamente dito⁵⁰. Também como uma divisão entre uma referência boa e outra má, para a imagem arquetípica da mãe. Desse modo, em relação ao arquétipo materno, Jung propõe que a *imago* materna é criada a partir da experiência da criança com sua mãe pessoal, refletindo as tendências histórico-culturais de cada época e lugar.

É importante reconhecer a importância da contribuição desses analistas da escola inglesa para os estudos sobre o desenvolvimento da personalidade e para a ampliação teórica da psicoterapia infanto-juvenil no campo junguiano. Pois, embora ainda exista no imaginário mais amplo da psicologia uma falsa ideia de que a psicologia analítica não se ocupou dos processos desse período – pelo fato de Jung ter optado por concentrar suas pesquisas nos problemas da segunda metade da vida –, atualmente há uma consideração cada vez mais forte sobre o desenvolvimento infanto-juvenil na literatura junguiana, conforme enfatiza o analista M. Stein no livro “Psicanálise Junguiana”, ao afirmar que “os psicanalistas junguianos hoje em dia prestam atenção em grau surpreendente também ao desenvolvimento inicial” (STEIN, 2019, p. 21).

Stein também revê a hipótese sobre a etiologia do sofrimento da criança, nos mesmos termos de Fordham, como algo que não pode ser pensado exclusivamente a partir da projeção da psique dos pais. Aponta outros temas que interferem no desenvolvimento, próprios da personalidade infantil:

De uma perspectiva junguiana, os primeiros estágios são preparatórios para os posteriores, e uma razão principal para trabalhar analítica e terapeuticamente com crianças, adolescentes e jovens adultos é maximizar as chances de eles adquirirem maturidade mais tarde. As patologias engendradas pelo trauma precoce, por uma ligação e apego insuficiente, e pelo fracasso da separação dos pais e família de origem levam a uma segunda metade da vida estagnante, defensiva e ameaçada pelo declínio contínuo da desenvoltura, resiliência e criatividade.” (STEIN, 2019, p. 21).

Ao reconhecer a necessidade da análise infantil, a psicologia junguiana dá um passo fundamental no sentido de reconhecer a criança como sujeito que padece de sofrimentos e

⁵⁰ Essa distinção entre a mãe pessoal e o arquétipo materno será mais tarde ampliada por Jung (1939/2000) para a noção geral de arquétipo, quando ele propõe diferenciar o arquétipo como uma estrutura em si de suas representações subsequentes, que chamou de imagens arquetípicas. Segundo ele, a imagem arquetípica difere do arquétipo em si, que permanece diretamente inacessível, já que se trata de uma estrutura vazia e, *a priori*, no sentido das categorias kantianas. O arquétipo, portanto, tem um caráter universal, que condiciona as imagens particulares de cada cultura para os diferentes temas arquetípicos: maternagem, paternidade, fraternidade, erotismo, etc.

que pode precisar, a partir de sua própria subjetividade, de um espaço terapêutico dedicado aos seus conflitos e necessidades para que seu desenvolvimento transcorra nas condições necessárias.

Observamos que esse diálogo com autores da psicanálise também ocorre no Brasil entre analistas junguianos, ainda que em nosso território predomine uma identificação maior com a perspectiva teórica e metodológica da escola clássica, tanto em pesquisas como na clínica. Em seu livro sobre a influência da psicodinâmica narcísica no processo de individuação, o analista junguiano Roberto Rosas Fernandes (2017) mostra-se sintonizado com autores psicanalíticos e critica o perigo da adesão a uma única escola de psicologia profunda, apontando o empobrecimento do “entrincheiramento ideológico” (Ibid., p. 118), inclusive para os analisandos, mas especialmente para os analistas que perdem com barreiras demarcatórias tão rígidas. Em seus estudos, esse autor nos convida a ultrapassar tais barreiras para questionar a “ortodoxia de algumas ideias, relativizá-las e observá-las em sua limitação e potência, diante do processo de desenvolvimento de cada analisando” (Ibid., p. 118), o que indicaria nosso amadurecimento como analistas, ideia com a qual concordo plenamente⁵¹. Entretanto, seria necessário um conhecimento aprofundado de ambas as perspectivas para demarcar as diferenças e aproximações possíveis e evitar assim um amálgama teórico.

Vemos que Fernandes dialoga intensamente com os autores H. Kohut e D. Winnicott ao discutir questões relacionadas ao desenvolvimento da personalidade, cotejando-as com a visão junguiana, para, segundo ele, alcançar uma melhor compreensão das situações clínicas que se apresentam na contemporaneidade, e que requerem do analista uma capacidade de leitura e manejo de estados mais regredidos da personalidade. Esta pode ser uma rota teórica muito importante para nossa análise sobre os processos autodestrutivos e outros temas como o suicídio entre adolescentes.

2.2 ADOLESCÊNCIA E SEUS IMPASSES

Começamos por visitar o significado de alguns termos correlatos: *adolescência*, *adolescere*, *adolescente*, *adolescendo*, *adolescido*. O primeiro, *adolescência*, um substantivo adjetivado, poderia remeter sonoramente a muitas “acontecências”, marca registrada desse período de vida em nossa sociedade; o segundo, *adolescere*, como verbo intransitivo, do latim, *adolescere*, que tem o sentido de “entrar na adolescência; ser *adolescente*”, e também

⁵¹ Vale lembrar que o próprio Jung dialogou amplamente com as ideias de Freud e Adler em muitos textos que compõem suas obras completas, seja para questionar, criticar e não raro, também elogiar, ainda que reconheça as diferenças das teorias.

“crescer, desenvolver-se”, dando a entender um processo iniciático daquele “que entra na idade da adolescência”; associado ao gerúndio, *adolescendo*, dá a entender um processo de separação da infância, e a experiência de uma nova etapa da vida. Por fim, *adolescido*, um participio passado, como uma ocorrência sobre a qual não se tem controle, imposta tanto biológica como socialmente.

Muitos autores darão ênfase aos impasses da adolescência, entendendo suas patologias como reflexos das dificuldades encontradas nessa passagem da infância para a vida adulta: “a flutuação da patologia adolescente, sua labilidade e sua imprevisibilidade falam dos ensaios e erros do sujeito tomado nesse movimento necessariamente tumultuoso” (LESOURD, 2014, p. 18). Ao mesmo tempo, toda e qualquer patologia só pode ser pensada dentro de seu próprio tempo sócio-histórico, de modo que as patologias mais identificadas nos adolescentes precisam, necessariamente, ser entendidas numa perspectiva ética, em que a sociedade se posicione diante delas refletindo sobre si própria, sobre o legado que deixa ao adolescente, que condições ela oferece, enfim, para o desenvolvimento dos mais jovens. Como já foi discutido no capítulo dedicado nesta tese ao pano de fundo social (seção 1.2.1, 1.3), os autores Beck (2006), Beck-Gernsheim (2002) e Han (2015) apontam um forte processo de individualização e de sobrecarga do indivíduo em nossa sociedade contemporânea, regido pela ideologia neoliberal.

Profissionais da área da saúde também relacionam as psicopatologias atuais a essa questão, e enfatizam a necessidade de revermos nosso posicionamento profissional diante do sofrimento, sobretudo daquele apresentado pelos adolescentes. É assim que, na análise de Lesourd, a grande quantidade de suicídios tem relação com a recusa da vida; as incivilidades e as violências mais duras são uma forma de pôr à prova pelo ato; os vícios e as anorexias cada vez mais frequentes se inscrevem na lógica do consumo; os distúrbios da identidade de gênero respondem à liberação sexual; e as depressões, os individualismos e os narcisismos exacerbados têm relação direta com a demanda de eficácia individual. (Cf. LESOURD, 2014, p. 18).

Solidão, isolamento e desamparo são constelados diante das pressões ligadas ao desempenho, palavra de ordem na clínica com crianças e adolescentes – algumas delas têm já no ensino fundamental sessões de *coaching* para aprenderem a se organizar e se tornarem mais autônomas em relação aos estudos, segundo as expectativas dos pais. Juntem-se a isso outros temas mais subjetivos ligados a esse momento do desenvolvimento da personalidade, como o luto, um tema fundamental com o qual todo adolescente terá de lidar, por bem ou por mal. Vários autores discutem o luto associando-o ao corpo infantil, à perda do lugar afetivo

ocupado junto aos pais da infância, e, por fim, à despedida da própria infância (KOVÁCS, 1992; FREITAS, 2002; CARDOSO, 2011; GIMENEZ, 2009).

Em um momento da vida marcado por tantas "acontecências", conflitos e desafios de natureza biopsicossociais e políticos – sendo alguns deles inegociáveis –, ressalto os principais devires dessa etapa do desenvolvimento, que podem ser articulados em três pontos principais:

- transformações profundas no corpo, na identidade pessoal e social, que implicam em desafios ligados à emergência e à vivência da sexualidade, e de integração a outros grupos sociais além da família. Maior autonomia no acesso a drogas, à tecnologia e às trocas no mundo virtual. Pode envolver eventos traumáticos como gravidez precoce, automutilação e *cyberbullying*, etc.
- preparação para o vestibular e de entrada na universidade com as consequentes dificuldades de adaptação a novas rotinas de estudos e compromissos estudantis e sociais⁵².
- entrada no mercado de trabalho com as consequentes mudanças em rotinas e compromissos, implicando em maior responsabilidade⁵³ e sobrecarga física e mental, uma vez que muitos são obrigados a manter uma jornada dupla, conjugando trabalho e estudos.

Um modo de pensarmos sobre esses desafios pela lente junguiana é recorrermos aos processos de deintegração e reintegração do *self* no processo de individuação, que, como vimos, foi ampliado por Fordham para incorporar etapas mais precoces do desenvolvimento. Baseado em suas teorizações sobre esse importante conceito, podemos postular seus desdobramentos já na adolescência, e não somente na segunda metade da vida. Nesse processo de diferenciação psicológica, que sempre mobiliza e desestabiliza o ego e a *persona* -- no esforço de se reestruturar identitariamente --, talvez possamos pensar nas crises ao longo do desenvolvimento da personalidade como processos que congregam aspectos de vida e de morte devidos a diversos lutos, que podem ou não culminar em transformações. De todo modo, são processos que despertam ansiedades, agressividades, angústias, regressões, depressões, e, fundamentalmente, a necessidade de contar com uma rede de apoio para que o

⁵² Situação mais comum entre adolescentes pertencentes à classe média, mas não somente, uma vez que houve uma ampliação da presença de jovens mais pobres e de negros nesse campo a partir dos programas sociais implantados recentemente no país, conforme dados do IBGE/SIS – Sistema de Indicadores Sociais, (2018).

⁵³ Ocorrência mais frequente em adolescentes pertencentes às classes mais baixas, notadamente por conta da maior vulnerabilidade social, mas não somente, conforme estudo publicado pela ONU/BRASIL (2016).

sujeito possa se sentir amparado para elaborar sua resposta aos conflitos produzidos pelas fricções com o que vem de dentro e, também, de fora.

Portanto, a ideação suicida na adolescência pode ter nas próprias transformações físicas, psíquicas e sociais desse período – atravessado simbolicamente e sobretudo pelo tema da morte/transformação –, o palco para possíveis aparições, na medida em que o adolescente mergulha numa condição subjetiva muito ambivalente em relação aos papéis anteriormente constituídos para si mesmo, que garantiam alguma estabilidade para sua personalidade durante a infância. E, para além de suas transformações físicas e psíquicas, temos de considerar também o cenário cultural encontrado por ele para viver essa transformação que transcende o plano pessoal e se encontra sustentada por uma dimensão social que pode ou não contribuir para seu processo de aquisição de autonomia, como vimos na seção 1.3.2, sobre o esvanecimento dos rituais de passagem.

Na próxima seção seguiremos um terceiro eixo de discussão, destinado especificamente às bases teóricas e metodológicas da psicoterapia junguiana, para refletir sobre os desafios do manejo terapêutico em casos de suicídio com adolescentes e jovens.

3. PSICOLOGIA ANALÍTICA: DINÂMICA PSÍQUICA

Assistimos desde o século XX a um grande acúmulo de conhecimento tecnológico no Ocidente. Apesar dos bons frutos desse desenvolvimento, percebemos em paralelo uma fragmentação e um isolamento cada vez mais forte do ser humano na relação consigo mesmo e com os símbolos do mundo em que se encontra inserido. Esta foi a principal crítica feita por Jung à Modernidade, que teria rompido radical e sintomaticamente com as bases arquetípicas que sustentam a vida biológica e cultural humana (Cf. SHAMDASANI, 2005). Veremos que, em sua concepção, o desenvolvimento racional do homem moderno levou a uma separação muito drástica de outras partes da personalidade e da *anima mundi*. Nesse cenário, sua proposta psicoterapêutica visava responder ao seguinte questionamento: como contribuir para a integração de partes da personalidade normalmente excluídas ao longo do processo cultural e educacional, de modo a resgatar aspectos fragmentados do psiquismo? A resposta, estruturada ao longo de toda sua obra, será um retorno à numinosidade do símbolo, ou seja, uma atitude que reverencia ao sagrado por meio de uma reconexão com os símbolos da cultura e com a espiritualidade (Cf. BARRETO, 2006).

A partir daí, Jung elaborou uma teoria psicodinâmica que concebe a psique com camadas dinamicamente interligadas entre si: a consciência é a mais externa delas, seu núcleo é o eu, que funciona como sujeito da personalidade consciente; o inconsciente pessoal, a segunda delas, abrange conteúdos relacionados às experiências vividas pelo sujeito, formada por múltiplos complexos que caracterizam uma espécie de rede ou teia de fragmentos dissociados entre si (Jung chegou a definir os complexos também como “arquitetos dos sonhos”, no sentido de que tais “agrupamentos inconscientes carregados de afetos” estão na base da formação dos sonhos e das fantasias, normalmente associados a núcleos arquetípicos); por fim, o inconsciente coletivo, a instância mais objetiva, espécie de herança cultural formada pelos mitos, contos de fadas e símbolos artísticos e religiosos acumulados ao longo da história da humanidade. Jung traça linhas dialéticas entre essas diferentes partes, o que é uma marca da psicologia analítica e reflete uma herança clássica, principalmente do filósofo pré-socrático Heráclito (540 a.C. - 470 a.C.), que propunha a dialética dos opostos como fonte propulsora da vida.

Na visão junguiana, a energia circula no sistema psíquico seguindo uma tendência à autorregulação, com base em uma função compensatória inconsciente, semelhante à homeostase corporal. Ao fluir pelas diferentes partes conscientes e inconscientes, tende a se manifestar “plasmada”, por meio de imagens ou símbolos. Estes são representações dos

diferentes complexos e arquétipos que porventura estejam se constelando na situação psíquica atual do indivíduo. Dizer que um complexo se encontra constelado indica que determinada necessidade arquetípica se encontra e prestes a configurar-se na personalidade, também em função das situações ou contingências da vida do sujeito. Por exemplo, a constelação do complexo materno se dá quando uma mulher se encontra às voltas com o impulso, ainda que inconsciente, de ser mãe, independente dos meios que utilize para responder a esse desejo, sejam naturais ou artificiais. É como se certa situação psíquica, ao ser deflagrada – independentemente de sua vontade racional –, despertasse de imediato um “conjunto de representações psíquicas carregadas de afetos”, conforme Jung define o complexo. Esse conjunto de representações pessoais está ligado a um tema nuclear (arquetípico), que em nosso exemplo é associado à ideia universal de “maternagem” (JUNG, 1939/2000, p. 85-116).

O tema não diz respeito somente às mulheres no sentido biológico, pois engloba fantasias e impulsos ligados a uma disponibilidade emocional para atender às demandas que um bebê busca instintivamente no ambiente, estendendo o alcance desse complexo a qualquer pessoa, independentemente de gênero⁵⁴.

O eu, enquanto sujeito da consciência, tem de se haver com a constelação de vários complexos, o que gera tensão entre dois polos opostos da psique, aos quais, Jung denominou “eu” e “*Self*”, sendo o primeiro sempre motivado ou movido pelo segundo, como se o eu fosse uma pequena parte de um todo amplo, o *Self*. Por outro lado, o autor define o *Self* como um paradoxo, já que seria o todo que inclui também a consciência e o eu, com o qual mantém uma tensão dinâmica, de traços complementares e/ou compensatórios. Jung chega a referir-se a essa instância psíquica como um arquétipo central, responsável pela autorregulação, como se fosse o maestro que rege uma orquestra (a psique). Nessa acepção, o *Self* seria o sujeito da totalidade, de natureza predominantemente inconsciente, enquanto o eu ocupa “apenas” o centro do campo da consciência.

Esse conceito desperta uma série de discussões entre as diferentes escolas de psicologia analítica. Na concepção da escola clássica, o *Self* é entendido como um impulso integrador que leva o eu a se lançar a novos desafios, necessários ao desenvolvimento da personalidade num sentido mais amplo que os já conhecidos. Por vezes, essa ideia é

⁵⁴ Complementando, a maternagem – enquanto tema arquetípico – pode ser constelada em várias situações, onde alguém se sente impelido a cuidar de um outro, mais frágil e dependente, podendo ser atualizado em relações conjugais, fraternas, etc.; pode também ser dirigida ao cuidado de partes psíquicas da própria pessoa, neste caso, fala-se de automaternagem, no sentido de uma preocupação com o próprio corpo e necessidades emocionais. Por fim, pode ser constelado na relação com animais ou outros temas coletivos, além de grupos ou causas sociais, por exemplo.

interpretada no sentido metafísico, relacionando o *Self* a uma espécie de “núcleo divino interior” capaz de interferir nos desdobramentos da personalidade, como se fosse uma entidade em si. Já os autores da escola arquetípica ou pós-junguiana deslocaram a discussão sobre a dialética do eu com o inconsciente, privilegiando o confronto com os complexos. No discurso dessa escola, o *Self* é apenas uma dentre muitas partes psíquicas, de maneira que não se torna necessário eleger um único “centro organizador da psique” – especialmente porque essa ideia aponta para uma concepção unificadora do inconsciente, que destoa da hipótese do próprio Jung sobre o caráter dissociado e múltiplo da psique, tanto em relação ao inconsciente pessoal (formado por uma diversidade de complexos), como ao inconsciente coletivo (formado também por vários arquétipos).

A estrutura do complexo do eu, por sua vez, é pensada em termos de uma base somática, já que o “eu” é concebido inicialmente em termos de sensações e percepções corporais. Também, em termos de uma base psíquica, associada aos processos ligados à vontade, concentração, atenção e memória. Nesse sentido, o autor distingue as funções racionais do eu, como se este fosse norteador por um princípio de *logos*, tais como discriminação, avaliação, organização, decisão. Por outro lado, Jung conceitua o eu como um complexo, e em sua teoria os complexos sempre têm uma dimensão inconsciente, dando margem a entender que o “eu” é um complexo majoritariamente consciente, mas que guarda traços inconscientes.

Como um complexo nuclear dos processos da consciência, o “eu” centraliza as representações ligadas à subjetividade e, fundamentalmente, tem uma função adaptativa em relação às necessidades psíquicas, tanto internas como externas, já que permite o trânsito social do indivíduo no mundo. No processo de desenvolvimento, é esperado que o eu desenvolva também uma capacidade simbólica que permita justamente uma abertura para a criação de uma rede de significados permeados pelo inconsciente⁵⁵. Isso caracteriza o que Jung chama de uma dimensão ética do funcionamento do eu, que serviria para manter uma relação de alteridade com a sombra, pessoal e coletiva. Não por acaso, Jung invoca o conflito de Fausto e Mefistófeles para ilustrar os desafios do processo de individuação no livro “O eu e o inconsciente” (JUNG, 1934/2001). Ele discorre sobre a tensão que se constitui entre

⁵⁵ O grau de abertura do eu à alteridade é o que define inclusive os conceitos apresentados por Jung para a neurose e a psicose. A primeira seria fruto de uma preponderância da atitude unilateral do eu em relação aos demais complexos inconscientes. Na psicose, pelo contrário, o eu seria “inundado” pelos conteúdos inconscientes, perdendo sua capacidade de organização da personalidade consciente (Cf. JUNG, C.G. Obra completa: vol. 1: Estudos psiquiátricos, 1902/1993; vol. 3: Psicogênese das doenças mentais, 1907/1986; vol.7/2: O eu e o inconsciente, 1934/2001).

persona e sombra, a partir de possíveis frustrações do indivíduo com o estado de coisas já alcançado até o momento na vida.

A *persona* é definida como um “segmento arbitrário da psique coletiva”. O termo latino originalmente referia-se à máscara usada pelos atores no teatro grego, tanto na tragédia como na comédia, para compor os papéis e personagens. O conceito indica uma espécie de compromisso entre a consciência pessoal e a consciência coletiva, já que a *persona* é limite e condição de exercício da própria ação pública ou particular do indivíduo no mundo.

A *persona* pode ser entendida metaforicamente como um conjunto de elementos culturais que “vestem” o eu, com a função de defesa e adaptação do indivíduo ao campo social. Ela configura o conjunto específico das condições coletivas, representadas por valores e formas de vida guardadas e veiculadas pela cultura, assumidos por cada indivíduo, contribuindo para a formação de seus complexos. Há vários perigos oferecidos por essa “máscara porosa” que media a relação entre o indivíduo e a sociedade: de um lado, o risco de identificação do eu com a *persona*, que leva à fragilidade e adaptação “cega” aos papéis sociais; de outro, o de dissolução da *persona*, com a conseqüente exposição do eu ao inconsciente coletivo – nesse caso, ocorre justamente a perda das referências particulares que caracterizam a identidade do sujeito. Um paciente, por exemplo, em certa ocasião, deixou de usar o pronome “eu” e passou a falar de si como “legião”, indicando justamente a dissolução do complexo do eu que guardava as representações dos traços particulares de sua personalidade. Outra paciente abandonou todos os espaços e relações às quais se encontrava ligada, por exemplo: o coral, o cursinho, a família e o namorado, pois havia se transformado em uma “bombeira” ocupada com a tarefa de salvar o mundo.

A sombra, arquétipo relativo à “experiência com o duplo”, é a soma de elementos psíquicos pessoais e coletivos que permanecem inconscientes, formando uma personalidade parcial, relativamente autônoma, com tendências opostas ou complementares à atitude habitual do eu. Como destaca Jung, o conteúdo da sombra não é composto apenas de tendências moralmente repreensíveis, mas também de certo número de qualidades, instintos, reações apropriadas, percepções realistas e impulsos criadores. Pelo aspecto dinâmico, esse arquétipo forma um par oposto com a *persona* e tende a compensar o conjunto de referências e fantasias que compõem o eu. Trata-se de um conjunto de funções e atitudes psicológicas ainda não desenvolvidas na personalidade, que podem permanecer indiferenciadas ou inconscientes. Elas se apresentam na forma de símbolos, tentando promover uma síntese de tendências opostas entre si.

A sombra se apresenta comumente nos sonhos, em figuras do mesmo sexo do sonhador e em elementos ligados a temas periféricos da vida psíquica, como os assaltos, estupros, invasões, etc. É possível perceber sua manifestação nos conteúdos projetados em relações interpessoais quando aparecem sentimentos de perseguição, empatia, nos romances, parcerias familiares e profissionais. A sombra permanece sempre à espreita, pronta a aproximar-se do complexo do eu, como um outro que coloca em conflito as concepções habituais da personalidade consciente. Tais concepções são geralmente unilaterais, porque tendem para um ponto de vista exclusivo na relação do indivíduo com o mundo, tanto interno como externo. Daí, metaforicamente falando, a natureza diabólica da sombra. O “eu” pode estabelecer relações muito distintas com a sombra, mas os principais mecanismos relacionados a ela são a projeção, a cisão e a identificação. Em termos terapêuticos, busca-se diferenciá-la do eu e aproximá-la da consciência, o que só é possível pelo reconhecimento crítico e pela aceitação de aspectos reprimidos ou simplesmente não desenvolvidos da personalidade.

Tendo apresentado alguns dos principais conceitos psicodinâmicos da psicologia analítica diretamente relacionados ao tema desta tese, na próxima seção vamos nos deter nos principais aspectos do método terapêutico proposto por C.G. Jung.

3.1 PSICOTERAPIA JUNGUIANA – POR UM MÉTODO DIALÉTICO

A psicoterapia de orientação analítica parte do pressuposto de que a dinâmica psíquica é regida por uma função autorreguladora que visa manter o equilíbrio do sistema como um todo, considerando a tensão entre a consciência e o inconsciente, modulada por símbolos e imagens arquetípicas. É norteadada principalmente pela análise de símbolos que surgem nos sonhos e sintomas, no discurso do paciente, no jogo da caixa de areia (*sandplay*) e em produções utilizando recursos expressivos variados, como pintura, colagem, modelagem, poesia, etc. Desse modo, se estabelece entre a dupla analítica um processo dialético mediado por símbolos, modulado sobretudo pela transferência e pela contratransferência, conforme explicou Jung no livro “A Psicologia da Transferência” (1946/1988b).

Segundo Murray Stein (2017, p. 20), uma psicoterapia junguiana não busca oferecer ao paciente “um ‘funcionamento melhor’, tampouco ‘habilidades de relacionamento aprimoradas’, nem um maior senso emocional de bem-estar, felicidade ou autoestima, embora esses sejam certamente produtos colaterais valiosos a não serem desprezados”. O que se busca é a ampliação da consciência em relação aos padrões sombrios da personalidade a

partir de uma integração mais genuína com o Self. Pode-se alcançar também uma perspectiva mais ética em relação ao contexto cultural e histórico, pois o paciente passa a se tornar mais consciente e mais responsável pelos seus complexos inconscientes em seus relacionamentos interpessoais.

Por isso, nos vários textos sobre a prática da psicoterapia, Jung ressalta a importância de ajudar o paciente a desenvolver uma certa autonomia para lidar com as imagens do inconsciente. Ele enfatiza que a psicoterapia é um campo de experimentação, onde o paciente deve adotar uma postura ética frente aos símbolos, estabelecendo com eles um diálogo de base fenomenológica, que se preocupa mais em perguntar *o que isso quer comigo? - do que o que isso quer dizer?* Por isso, Jung enfatizava a expressão simbólica e o envolvimento ativo com a fantasia, inclusive sugerindo a seus pacientes que desenhassem, pintassem ou modelassem seus sonhos e outras produções espontâneas. Há, do ponto de vista do método, uma tentativa de descentralizar o ego e promover uma experiência menos racional no contato com as figuras do inconsciente.

Quanto à relação psicoterapêutica, Jung retomou o sentido original do termo “dialética” para propor um diálogo ou discussão entre duas pessoas, que ocupam posições simétricas no *setting*, sendo que dessa relação pode surgir um terceiro, que seria algo novo e diferente do que apenas a soma das partes. Desse modo, pode-se dizer que a psicoterapia junguiana se dá como uma interação de sistemas psíquicos, a partir de múltiplas projeções transferenciais e contra-transferenciais.

Referindo-se ao terapeuta, Jung enfatiza uma postura especulativa, não-conceitual e não-interpretativa, pois supõe que o método diz respeito a um confronto de averiguações mútuas, em que o terapeuta deve suspender suas atribuições intelectuais, percebendo a conexão do sofrimento do paciente com suas próprias dores e sua sombra, o que ativaria, por assim dizer, a outra polaridade do arquétipo que se encontra inconsciente no paciente, evocando a imagem arquetípica do curador ferido.

O mito do curador ferido é uma referência importante no campo junguiano para compreendermos a metáfora que modula a relação do terapeuta com suas dores e o processo de cura do paciente. Tomando “a imagem arquetípica do médico ferido” (GROESBECK, 1975/1983) resgata a história de Esculápio, que na antiguidade personificava a imagem de um médico divino, afirmando que se a doença havia sido enviada por um deus, somente ele poderia encaminhar a respectiva cura, já que cura e doença se encontravam sempre interconectadas, conforme dizia o oráculo de Apolo (Ibid., p. 74).

Interessa-nos em particular nesse mito a figura de Quíron, o centauro que tinha conhecimentos medicinais e era responsável por instruir os heróis nas artes da cura e da música, apesar de carregar uma ferida incurável causada por uma flecha perdida de Hércules em uma de suas aventuras (Cf. Kerényi, apud GROESBECK, Ibid., p.74). A ferida de Quíron é uma metáfora para a condição do terapeuta que também carrega suas feridas, não importa o quanto se submeta à própria psicoterapia ou outras experiências que visam a cura. Ainda que tente se preparar em diversos aspectos para a prática terapêutica, ele deverá estar sempre atento ao modo como reage ao sofrimento dos pacientes, algo que retroage em suas dores. Seja pela via analítica de um método dialético, seja recorrendo ao simbolismo de uma metáfora arquetípica, o fato é que Jung assumia a impossibilidade de se ter assepsia na relação analítica, pois alguma contaminação inconsciente poderia ocorrer, gerando a contratransferência. Ele foi o primeiro a falar a favor do manejo dessa instância (quando ainda se comunicava com Freud e pertencia ao movimento psicanalítico), recomendando aos analistas a análise didata, e não sua repressão ou interpretação exclusivamente em termos defensivos do analista, como faziam originalmente o pai da psicanálise e Melanie Klein.

Assim, a psicoterapia junguiana é sustentada numa perspectiva que propõe levar o paciente a experimentar seus afetos e emoções, mais do que a nomeá-los ou interpretá-los racionalmente, posto que não existe a possibilidade de separar totalmente sujeito e objeto. O terapeuta se coloca numa postura de facilitador ou guia, que acompanha as sementes ou “germes criativos” da psique do paciente, promovendo o seu desenvolvimento, em oposição a uma postura médica que visa apenas tratar doenças tecnicamente. A própria noção de cura e doença é particular em sua psicologia, pois Jung vê na patologia uma tentativa inconsciente da psique se restabelecer. Tem uma concepção teleológica da psique, que vê o *Self* orientado a compensar ou complementar a atitude unilateral do ego.

Tendo apresentado os princípios psicodinâmicos da psicologia analítica para a prática da psicoterapia, podemos agora retomar a questão do manejo clínico do suicídio, desta vez, propondo um diálogo com alguns princípios da psicologia arquetípica. Se retomarmos as concepções de Jung a respeito do suicídio apresentadas no capítulo 1 desta tese, veremos que predomina em sua análise uma compreensão do fenômeno em termos intrapsíquicos: o ato de tirar a vida seria resultado de impulsos inconscientes destrutivos, devido à invasão da consciência por complexos carregados de energia ou de núcleos psicóticos latentes.

James Hillman visa compreender o fenômeno em termos de personificações arquetípicas que se apresentam ao sujeito, não necessariamente como fruto de tensões intrapsíquicas. Hillman enaltece a tendência patológica da alma (patologizar) como sua forma

mais particular de se manifestar, e proporá um afastamento de interpretações psicodinâmicas – privilegiando diálogos imaginais com esse personagem que confrontam princípios egoicos, os quais elevam a vida acima da morte (personificar, psicologizar). Fantasias e impulsos de morte não devem ser interpretados literalmente, mas como metáforas das dores e necessidades da alma (ver próximas seções).

3.2 PSICOLOGIA ARQUETÍPICA: O “PATOLOGIZAR” COMO EXPRESSÃO DA ALMA

“O desespero introduz a experiência da morte e é, ao mesmo tempo, o requisito para a ressurreição. A vida como era antes, o status quo anterior, morreu quando nasceu o desespero. Há apenas o momento, tal como ele é – o germe do que quer que vá nascer – se pudermos esperar. A espera é tudo e a espera é conjunta”. (HILLMAN, 1993, p.110).

Ao buscar compreender os possíveis sentidos da tendência suicida, Hillman propõe, em primeiro lugar, aceitarmos que a patologia é o ponto de partida da psicologia profunda - abordagem que vem sendo desenvolvida desde Freud, Jung, Bleuler, e tantos outros psiquiatras, neurologistas e clínicos desde o século XIX; estes profissionais empenhavam-se em compreender e aliviar os sintomas dos doentes mentais, por meio de métodos diferenciados daqueles utilizados nos grandes hospitais psiquiátricos da época, que mais pareciam depósitos humanos ou câmaras de tortura.

De fato, desde a pesquisa de Jung com os testes de associação de palavras junto aos pacientes psiquiátricos do Burghölzli — influenciado pelo interesse de Bleuler nas pesquisas de Freud a respeito do inconsciente, de quem veio a se tornar colaborador e dissidente poucos anos depois – temos uma grande contribuição para a compreensão dos processos psíquicos normais a partir da pesquisa psicopatológica (Cf. JUNG, vol. 2, 1904/1996). Jung dirá que os complexos, mapeados a partir da referida pesquisa, não são totalmente mórbidos, mas constituem “unidades vivas” que compõem o “tecido” da psique individual e de grupos⁵⁶. Complexos seriam a via régia para o inconsciente pessoal e coletivo, já que em seu núcleo pulsa a força de um arquétipo representado por um deus ou mito. Seguindo essa argumentação, Hillman resgatará a importância de concebermos a patologia psíquica como inerente à condição da alma, pois é a partir de seu sofrimento manifestado em depressões,

⁵⁶ Originalmente, Jung discorreu acerca de complexos individuais e familiares (vol. 2, 1904/1996). Atualmente, há também um amplo interesse no campo junguiano pela ampliação desse conceito relacionando-o à dinâmica psicológica de grupos culturais e nações, os assim chamados complexos culturais (Conforme a pesquisa de KIMBLES: 2014, 2021; SILVA, SERBENA, 2021).

ansiedades, agonias, compulsões, perversões, neuroses, psicoses, disfunções psicossomáticas, etc., que temos acesso aos complexos da psique. São essas instâncias que personificam as forças inconscientes e sombrias, as quais precisamos acolher e com as quais temos de dialogar para ajudar o paciente a ressignificar o sofrimento que o traz ao consultório. Assim, Hillman desconstrói o sentido habitual dado à patologia, tanto pela medicina como pela psiquiatria e pela psicologia do ego: a de doença a ser eliminada ou corrigida; apresenta o patologizar como uma “habilidade autônoma da psique para criar doença, morbidade, anormalidade e sofrimento em qualquer aspecto de seu comportamento e de experimentar e imaginar a vida através desta perspectiva deformada e aflita.” (Re-vento a Psicologia, 1975/2010, p. 134-135).

Hillman problematiza o “patologizar” como um modo primário de a alma se expressar e elaborar suas dores, ao mesmo tempo encenando um *pathós*⁵⁷ que a põe em movimento:

Patologizar é um modo de mitologizar. Patologizar nos arranca do imediatismo cego, distorcendo nosso foco no natural e no real ao forçar-nos a perguntar sobre o que há dentro e por trás deles (sintomas). A distorção é, ao mesmo tempo, uma intensificação e uma nova clarificação, lembrando a alma de sua existência mítica. Na agonia do patologizar, a psique passa por uma reversão a um estilo mítico de consciência. A psicanálise enxergou isto, mas o condenou como regressão a níveis mágicos, primitivos. Porém, a psique reverte-se não apenas para escapar da realidade, como também para encontrar outra realidade na qual o patologizar faz um novo sentido.’ (Ibid., p.210).

Assumindo essa atitude diante do suicídio, Hillman exaltaré o ponto de vista da alma como ponto de partida e de chegada para o manejo clínico, como discutido no capítulo 1 desta tese. Vimos que o autor não abraça uma ideologia que privilegia a vida biológica – quando orientada especificamente para atender necessidades de adaptação social do indivíduo; tampouco, a saúde mental numa perspectiva unilateral, que enaltece apenas uma das polaridades da díade morte-vida, orientada cada vez mais e sobretudo pelo discurso médico psiquiátrico e farmacológico.

O autor entende as fantasias de morte – que podem se transformar em desejo de morrer e de matar-se – em termos arquetípicos. Elas produzem atravessamentos emocionais em qualquer ser humano, levando algumas vezes à morte concreta, já que para alguns, “a vida não seria um alvo natural da existência”. Ao desnaturalizar a vida como bem supremo ou

⁵⁷ “Estou aqui sugerindo que voltemos ao sentido original de *páthos*. Em grego, esta palavra significava basicamente ‘algo que acontece’, ‘experiências’, “ser movido” e a “capacidade de se mover”. Os movimentos da alma são *pathe* e, se seguirmos Aristóteles, mostram uma capacidade de mudança, ou mudanças qualitativas ocorrendo. É claro que essas alterações podem ser dolorosas e sentidas como aflições, o que Aristóteles também notou.” (Ibid., p.205).

meta sociocultural, Hillman traz o suicídio para um campo de reflexão e análise próprios da psicologia, que segundo ele deve estar compromissada com o *logos* da psique, buscando compreender seus fenômenos em termos metafóricos, por falar uma língua que não se reduz à das ciências orientadas pela razão egoica. Esta, em geral, encontra-se modulada por necessidades de autopreservação individual e coletiva, sendo por natureza, unilateral, portanto, excludente, conforme explicou Jung (1928/1984c; 1934/2001). A psique, ao contrário, extrapola os limites estabelecidos pelo ego, e normalmente abarca necessidades que não se reduzem às imposições sociais mais imediatas e genéricas. Até porque não é pensada como psique “dentro” do indivíduo – ideia predominante na psicanálise e na psicologia ao se referir aos processos psicológicos – o que, tanto na visão de Jung como de Hillman, é fruto do preconceito racionalista da modernidade que intensificou por demais o paradigma da individualização na constituição subjetiva dos indivíduos e no próprio paradigma científico que perdeu de vista uma perspectiva transdisciplinar, como será discutido na seção 6, quando falamos sobre interdisciplinaridade.

No tocante ao manejo psicoterapêutico do suicídio em jovens e adolescente, que parâmetros oferece a psicologia arquetípica para ajudar o terapeuta a lidar com as dificuldades inerentes ao sofrimento, angústia e desespero associados à maioria das patologias que colonizam e, simultaneamente, constituem a possibilidade de expressão da alma do paciente, principalmente em situações de crise? Como o terapeuta pode dialogar e suportar possíveis sentimento de culpa e/ou cobranças advindas dele mesmo, de seus pares, ou dos familiares? Para discutir essas questões podemos recorrer aos principais livros de Hillman⁵⁸ para rastrear indicações de um método imaginal.

3.3 REIMAGINANDO A PSICOLOGIA: POR UM MÉTODO IMAGINAL

Em “Suicídio e alma”, Hillman declarou ter esboçado pela primeira vez um método para a psicologia arquetípica pautado em mitologizar as fantasias de morte, a fim de se desvencilhar do método positivista da medicina, que literalizava a abordagem do problema. Do ponto de vista terapêutico, afirma:

Passei a perceber que nada podíamos fazer, sobre o ato literal do suicídio, a menos que entendêssemos muito de perto a fantasia e suas intenções de retornar a alma da vida para a morte como uma metáfora para uma outra forma de existência. (HILLMAN, 1993, p.211-212).

⁵⁸ Dois livros já citados no capítulo 1: “Suicídio e alma” (1993) e “Re-vendo a psicologia” (2010). Incluo, também, “Ficções que curam” (2010) e “O mito da análise” (1984).

O autor aborda a relação do terapeuta com o fenômeno em suas nuances mais dramáticas e desafiadoras, indagando: “O que quer (o ser) ao imaginar esta possibilidade de matar e/ou morrer?”; “O que busca a alma, inconscientemente, ao apresentar à mente e ao mundo esta ideia inominável e a vontade e determinação para executá-la?” (HILLMAN, 1993, p. 14).

Nesse percurso, problematiza aspectos sombrios do suicídio: agressão, vingança, chantagem emocional, sadomasoquismo, ódio-ao-corpo, como se os movimentos suicidas oferecessem pistas de um “assassino interior” que habitaria, metaforicamente, a psique, indicando ao terapeuta excelentes pontos-de-partida para compreender o sofrimento e as atuações suicidas de um paciente. Afinal, *quem seria esse personagem e o que ele poderia estar querendo daquela pessoa, ou de sua família, ou do entorno social? Como ouvir e dialogar com suas demandas e necessidades que podem não estar sendo ouvidas pelo eu dominante na constituição psíquica do próprio sujeito e/ou do grupo mais imediato ao qual ele pertence?*

Acrescentaria a essas questões a dimensão social em que o sujeito se encontra inserido. Desse modo, podemos perguntar também sobre *o que a tendência suicida estaria buscando da família, do ambiente escolar ou profissional, além do entorno social mais amplo do qual o indivíduo participa? Quais seriam as necessidades não percebidas, não atendidas ou simplesmente reprimidas desse personagem interior para com aqueles com quem o paciente convive, cotidianamente? E, por que não dizer, até mesmo possíveis contribuições que a morte personificada em fantasias e impulsos poderia tensionar o entorno social a produzir a partir desse conflito – e não apenas para o indivíduo identificado com o problema em questão?*

A peculiaridade do encontro com a temática do suicídio tende a constelar no encontro terapêutico uma série de fantasias, ideias, lembranças identificadas, ansiedades e medos no campo transferencial diante de pacientes que comunicam o desejo ou mesmo ideias associadas diretamente à intenção de tirar a própria vida. Hillman alerta que, diante do anúncio direto ou indireto do paciente, é possível que o terapeuta fique tomado por fortes sentimentos contra-transferenciais de natureza “salvacionista”.

Será que, por vezes, mergulhado numa impotência desesperadora, ele pode se identificar com o anseio dos familiares dos pacientes, e desejar a todo custo encontrar uma saída para o problema, resistindo a dar espaço no *setting* para as fantasias e impulsos de morte constelados na vida psíquica do paciente? Pois, para um analista, “o suicídio é mais

complexo ainda que a psicose, a tentação sexual ou a violência física, porque representa a síntese da responsabilidade que [ele] carrega”. (Ibid., p.25)

Para lidar com essa tensão, Hillman recupera em diferentes textos o sentido original do termo “psicoterapia”: *‘psyches therapeia’* ou cuidado com a alma, e do terapeuta como aquele que é “devoto ou servo da Psique” (1975/2010, p.241). Apontará, ainda, outro ponto fundamental: a necessidade de o terapeuta analisar os possíveis sentidos constelados na alma do paciente, e na sua também, pois “(...) Descobririndo sua posição face a este problema [suicídio], o analista estará, também, formando sua atitude em relação às coisas primeiras e últimas, modelando e dando forma ao vaso de sua vocação” (1993, p. 25). Afinal, se terapia é [uma das possibilidades para] o cultivo da alma, qual é a fantasia arquetípica constelada no encontro terapêutico, e como ela move ambos os parceiros nesta cena? E, se a matéria básica da psique é imagem, somente rastreando as imagens psíquicas acerca do suicídio junto ao paciente, é possível cultivar o aprofundamento necessário para qualquer transformação psicológica.

Assim, no manejo terapêutico, Hillman propõe que o analista deve sustentar um espaço para acolher o paciente, suas fantasias e ideias a respeito da morte e da autodestruição. Juntos, ambos tomariam a morte como um personagem – tal qual já foi personificado diversas vezes no cinema⁵⁹ – para indagar dele/a o que precisa morrer ou o que não pode mais ser mantido vivo. Então, o paciente teria liberdade para tecer uma narrativa na presença de alguém atento e disponível para receber e compartilhar dessa história, num espaço privilegiado de escuta e parceria conjunta.

Dialogar com a morte, como se ela fosse um/a personagem que tem voz ativa no *setting*, falar dela e com ela sobre suas intenções, inaugurando um diálogo metafórico com o eu do paciente, seria uma possibilidade de evitar sua literalização no suicídio. Pois, para Hillman, o suicídio seria uma concretização das fantasias de morte, indicando a falência da capacidade simbólica não só do paciente, como de seu ambiente social e da própria equipe médica e terapêutica.

Então, como encaminhamento possível em relação ao suicídio, em vez de adotar uma postura terapêutica que tenta heroicamente reverter a determinação da voz que diz “eu quero

⁵⁹ Remeto ao filme “O Sétimo Selo”, de Ingmar Bergman (1957), em que o protagonista propõe um jogo de xadrez com a morte, a fim de ganhar tempo para deixar o mundo. Essa imagem permite pensar que lidar com experiências de forma repentina, como o suicídio de um ente querido ou mesmo alguém de uma convivência próxima, pode deixar um registro dessa ordem: inscreve-se no indivíduo uma tentativa de negociar, postergar as separações ao longo da vida, sendo necessário, por vezes, negá-las ou recusar-se ao diálogo com os sentimentos e atravessamentos que a morte provoca e com os quais se pode tentar barganhar, mas jamais fugir, pois como todos sabem, ela sempre ganha suas apostas.

morrer”, a questão seria deslocada para uma perspectiva simbólica e por que não dizer, literária: “*o que em mim precisa morrer?*”; ou “*quem em mim não deseja mais viver?*”. E mais, “*a quem desejo impactar com esse gesto?*”. Ou ainda “*que significados possíveis ele teria junto de meus familiares e outras pessoas com quem convivo?*”

Isso porque se a morte não tiver espaço para ser ressignificada, ela pode se lançar concretamente sobre o sujeito, como o ceifador que decepa impiedosamente os ramos do trigo. Por mais paradoxal e temeroso que essa abordagem pareça aos olhos dos profissionais que têm sua prática orientada pelo paradigma médico, transformar a morte em metáfora só seria possível quando se desse um lugar para as fantasias suicidas se apresentarem, de modo que se pudesse falar delas e com elas na presença protegida de um outro – no caso o terapeuta, a família, a escola, a sociedade, enfim –, sem precisar negar essa presença arquetípica.

Se tomarmos a clínica como um espaço que também guarda conotação social – por permitir que o paciente (narrador) possa comunicar e transmitir sua história a um outro, podemos indagar: “o que um suicídio consumado deixa como herança para os que ficam?” Ou ainda: “que narrativa é possível construir junto daquele que tenta se matar e sobrevive?” Freitas aponta o exercício imaginativo como abertura para o aspecto simbólico e imagético diante da morte que, pelo fato de tocar em nossos limites mais extremos, pode constelar maior disponibilidade para a escuta: “(...) A morte, justamente por ser tão impenetrável, permite-nos total liberdade à imaginação, que pode fluir à vontade e acolher as mais diferentes ideias e imagens a seu respeito. (FREITAS, 2002, p. 114)

Portanto, ao invés de evitar o tema, desviando a atenção e a libido do paciente para outros assuntos ou tarefas orientadas pelo ego (trabalho, cursos, estudos, viagens), o analista deve promover o encontro do paciente e pessoas próximas com essa personificação.

3.4 PERSONIFICAR E PSICOLOGIZAR: A FANTASIA COMO REALIDADE ARQUETÍPICA DA ALMA

“No começo está a imagem: primeiro, imaginação; depois, percepção; primeiro, fantasia; depois, realidade. Ou como Jung coloca: ‘a psique cria realidade todos os dias. A única expressão que posso usar para essa atividade é fantasia’.

(James Hillman, Re-vido a Psicologia, p. 81)

Ressaltando os contornos de um método imaginal para lidar com as questões que fecharam a seção anterior, recorro a duas das quatro operações apresentadas por Hillman no livro acima referido: “personificar” e “psicologizar”⁶⁰.

A primeira operação se refere ao reconhecimento de que a realidade arquetípica dos personagens psíquicos tem a mesma intensidade que a realidade do ego. Essa “pequena gente”, ou “pequenos habitantes” não pode ser reduzida, portanto, a projeções de partes do ego, pois são personagens, ou como Jung os chamava “*little people*”, quando começou a identificar fenomenicamente os habitantes da psique aos quais nomeou como sombra, anima, animus, self, ego, etc. Hillman mais uma vez dialoga diretamente com Jung no trabalho terapêutico da personificação, destinado a dar voz e ouvir as “pessoas arquetípicas” que falam além do ego, reconhecendo que se trata de uma “comunidade imaginal que compõe um corpo político” na psique (Ibid., p. 79).

A segunda operação, “Psicologizar ou ver através”, seria uma atividade básica e original da alma sobre a qual nos deteremos um pouco mais. Ao usar esse verbo, Hillman está interessado em apontar que a reflexão psicológica não deve ser confundida com interpretação ou reatividade maníaca, já que “sem ideias [arquetípicas], a alma fica mais facilmente impelida, mais compulsivamente ativa”. (Ibid., p. 233). Dito de outro modo, o resgate da linguagem da alma passa por deslocar nossa devoção ao pensamento racional na relação com os fenômenos. Também implica uma lentificação da resposta egoica, abertura ao mistério para se deixar atravessar por ‘aquilo’ que se apresenta em camadas, sem pressa de decodificar ou encaixar em moldes de significados preconcebidos.

Psicologizar pode ser entendido como uma ação da alma, já que refletir por meio de ideias é uma atividade que permite alcançar aprofundamentos metafóricos no que usualmente o ego apreende de modo imediato e literal. Trata-se de uma reflexão ligada à especulação, palavra associada à capacidade de espelhar, refletir e imaginar. Hillman esclarece que haveria tipos distintos de ideias, algumas ligadas a aspectos exteriores como comportamentos, motivação, reforço; neste caso, está se referindo às ideias da alma, aquelas internas à psique, que segundo ele são menos sobre o homem, seu funcionamento e suas partes do que sobre a alma, seu funcionamento e suas partes:

Semelhante à argumentação de Jung a respeito dos “grandes sonhos” – de caráter arquetípico, que se distinguem de sonhos ligados à vida ordinária –, Hillman fala de “grandes ideias psicológicas que ecoam as questões mais profundas da alma, levando-a a refletir

⁶⁰ Ibid., capítulos 1 e 3.

profundamente sobre sua natureza e destino.” São as “ideias arquetípicas” ou fantasias míticas eternas e recorrentes que apresentam um “poderoso fascínio tanto na história da psicologia quanto em nossa história psicológica individual, onde as encontramos como problemas cruciais e insolúveis”. Muitos são os temas que produzem ideias arquetípicas ou fantasias a partir da alma, por sustentarem e promoverem a experiência humana propriamente psicológica em sua relação com a vida e com a morte, com o mundo e com outras almas: o corpo, gênero e geração; virtude e pecado; amor, beleza e sabedoria; deuses, doença, criação e destruição; poder, tempo; história e futuro; família, os antepassados e os mortos. (Ibid., p. 237) São fatos fundamentais da existência, que constelam ‘imagens de fantasia’ na psique, das quais depende, já que “Todo conhecimento psicológico depende dessas imagens. O resto – ideias, sensações, percepções do mundo ao nosso redor, crenças, sentimentos, desejos – devem apresentar-se como imagens a fim de serem experimentadas”. De modo que “(...) se perguntamos: afinal, o que é a psique? O que você quer dizer com experiência psíquica e realidade psíquica? A resposta é: imagens de fantasia (Ibid., p. 80).

Hillman confessa que embasa sua proposição reflexiva da alma na discussão empreendida anteriormente por Jung a respeito da psique como um *continuum* que teria em uma polaridade o corpo e seus instintos básicos ligados à sobrevivência e outras necessidades; e na outra, capacidades arquetípicas, entendidas como tendências instintivas humanas, aquelas que sustentam “as coisas do espírito”, que englobam a reflexão, a espiritualidade, a simbolização, a criatividade, etc. Hillman entende reflexão como um ‘voltar-se para trás’ com relação ao estímulo perceptivo em favor de uma imagem psíquica, um ‘voltar-se para dentro’ (Ibid., p. 240).

Daí a necessidade de ‘psicologizar’, no sentido de estimular a alma a se abrir à atividade especulativa, capaz de produzir metáforas em relação aos eventos. Hillman recorre ao termo ‘alma’ menos no sentido metafísico, e mais no sentido de uma ação, como se pudéssemos ‘almar’ ou ‘animar’ as experiências para nos deixarmos emocionar, frustrar, sonhar, amar, odiar, enfim, experimentar ludicamente toda uma gama de sentidos e emoções que nos aproximam de seus significados mais profundos. O movimento de psicologizar ultrapassa sentidos imediatos e concretos que tendem a produzir no ego compulsão, inclusive em relação ao significado do que é experimentado, por exemplo, no impulso suicida. Trata-se de ‘trazer a alma para a ação e a ação para a alma através do psicologizar’, que permite ‘ver através’ e deslocar o ego de um lugar fixo e aficcionado ou iludido por sentidos prévios e alheios à natureza anímica, condição que tende a lançá-la no deserto ou mantê-la alienada por diversas ideologias e dependências políticas, religiosas ou místicas, etc.

Assim, só podemos conhecer a psique direta e imediatamente por meio de imagens de fantasia, “e a partir dessas imagens criar nossos mundos e chamá-los de realidade, vivemos num mundo que não é nem interno, nem ‘externo’. Ao contrário, o mundo psíquico é um mundo imaginal, assim como imagem é psique”. Os sonhos explicam melhor, pois “Eu sonho e experimento meus sonhos como internos, mas ao mesmo tempo ando pelos sonhos e estou dentro deles.” (Ibid., p. 81).

PARTE II - MÉTODO

4. DIALETIZANDO COM O PROBLEMA E HIPÓTESES DA PESQUISA

Palavra de origem grega que significa via ou caminho, um método é fundamental para nos guiar na relação com os dados, como uma bússola ou farol que nos permita retomar o problema de pesquisa e suas hipóteses iniciais. Nesta pesquisa, de abordagem qualitativa, o método delineou um percurso dialético pautado em noções psicodinâmicas e simbólicas da psicologia analítica, tanto para a coleta como para a compreensão dos dados.

4.1 ABORDAGEM QUALITATIVA

Esta modalidade metodológica permite estabelecer para com os temas abordados um olhar tanto descritivo como compreensivo no campo da psicologia e seus fenômenos, como a psicoterapia, a partir da compreensão de valores, motivações e preocupações de seus atores principais – os psicoterapeutas junguianos –, diante dos desafios surgidos no atendimento a pacientes que apresentam ideação suicida e/ou tentativas de suicídio.

Como essa pesquisa pretende contribuir para uma reflexão crítica dos psicoterapeutas sobre suas práticas profissionais ligadas ao manejo do suicídio, a adoção da perspectiva qualitativa mostra grande relevância, pois, conforme esclarece Minayo, esta abordagem:

[...] visa a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais. (MINAYO, 2014, p. 23).

Como também sou uma psicoterapeuta alinhada ao referencial junguiano, de que maneira lidar com o testemunho de outros psicoterapeutas que atendem pacientes com a temática do suicídio em sua prática clínica, buscando alteridade, sem reduzir a diferença contida em suas experiências e vozes às ideias que tenho sobre o assunto? Schmidt (2008, p. 392) afirma que a “ética não se concretiza por decreto”, cabendo ao pesquisador perguntar-se a todo momento sobre a relação estabelecida por ele com aqueles que lhe oferecerão suas histórias. Assim, se o pesquisador pode ser entendido ao mesmo tempo como um tradutor, de que maneira ele vai a campo, e que narrativa pode constituir a partir do relato de outros, zelando por um sentido de alteridade que norteie seu método?

A resposta que me ocorre a essa questão admite o reconhecimento de alguns limites dados pela própria experiência da tradução, que carrega por sua natureza algum traço de

traição, o que certamente impõe o reconhecimento de possíveis contaminações inconscientes na minha experiência como pesquisadora e coordenadora de grupos, e na abordagem dos dados, com a subsequente leitura e compreensão teórica e simbólica que dei aos temas emergentes do processo de coleta grupal. Entretanto, tal reconhecimento de minhas impressões como pesquisadora-psicoterapeuta permitiu considerar também aquilo que não poderia ser medido ou catalogado nos moldes de um método estritamente experimental, mas que serviu a uma narrativa dialógica, em que, ora me via identificada com os colegas do grupo, ora buscava me distanciar para resgatar os objetivos principais propostos para cada encontro.

Afinal, sabendo que o próprio anseio de alcançar uma objetividade cristalina configura uma fantasia falaciosa, principalmente quando tratamos do campo dos fenômenos humanos, entendo como a pesquisadora junguiana Penna (2007, p. 10) que: “entre a objetividade e a subjetividade, o máximo que podemos almejar é uma intersubjetividade evitando-se tanto o ‘subjetivismo’ como o ‘objetivismo’”. Pois, “a atitude simbólica do pesquisador consiste em recurso metodológico indispensável na condução de um processo de pesquisa coerente com as demandas do paradigma junguiano” (PENNA, 2014, p. 139). Nesse mesmo sentido, Minayo ressaltou a questão do significado e da intencionalidade do pesquisador como aspectos inerentes ao processo de construção de significados numa pesquisa qualitativa, “entendendo-se que nem a teoria e nem a prática são isentas de interesses, de preconceitos e de incursões subjetivas do pesquisador”. (MINAYO, 2014, p. 22).

Os pressupostos teórico-metodológicos da Psicologia Analítica se encontram em consonância com os princípios da pesquisa qualitativa, pois Jung admite a impossibilidade de se isolar totalmente a subjetividade do pesquisador em relação ao fenômeno sobre o qual este se debruça no processo de construção do conhecimento. Prova eloquente dessa afirmação é seu percurso na descoberta e teorização dos conceitos básicos da psicologia analítica, que se deu a partir de elementos presentes nos sonhos pessoais do autor, relatados em seu livro de memórias (JUNG, 1963/1975), e a partir de sua experiência como médico-psiquiatra com pacientes psicóticos internados no Hospital Burghölzli, onde ele trabalhava. No estudo sobre a psicologia da transferência (JUNG, 1946/1988a), veremos a influência dessa experiência ser destacada pelo autor quando discute a relação que se estabelece entre paciente e analista, que veio a caracterizar sua proposta terapêutica de um método dialético. Para Jung, “a pessoa é um sistema psíquico que, atuando sobre outra pessoa, entra em interação com outro sistema

psíquico. Esta é talvez a maneira mais moderna de formular a relação psicoterapêutica médico-paciente.” (JUNG, 1935/1988b, §1:1).

Essa proposição junguiana vai ao encontro da descrição feita por Minayo sobre a pesquisa qualitativa, para quem “(...) qualquer investigador deve pôr em questão os pressupostos inerentes a sua qualidade de observador externo que importa para o objeto os princípios de sua relação com a realidade, incluindo-se aí suas próprias relevâncias” (MINAYO, 2014, p. 22). Portanto, o reconhecimento de que não é possível manter uma “asepsia” absoluta no contato entre sujeito e objeto na psicoterapia é um pressuposto da psicologia analítica, e pode ser considerado não só para sua abordagem terapêutica, mas também ampliada, por analogia, para o contexto de uma pesquisa qualitativa, como o aspecto nuclear que constitui uma perspectiva ética para o pesquisador na relação com os sujeitos com quem virá a se relacionar, como para com o objeto de estudo propriamente dito.

4.1.1 Pesquisa-ação em diálogo com o dispositivo grupal junguiano

No presente estudo, a pesquisa-ação serviu como inspiração para a coleta de dados, a partir de um diálogo com o dispositivo grupal junguiano⁶¹, por conta de um aspecto central que pode ser reconhecido em ambos os métodos: seu fundamento dialético e dinâmico, que permite a construção de significados para uma experiência comum, compartilhada e sustentada coletivamente.

A pesquisa-ação é uma metodologia oriunda da pesquisa social que permite a resolução de problemas psicossociais e ao mesmo tempo sua investigação científica e teórica em grupo. Conforme esclarece Melo et al. (2016, p. 154 – grifo meu):

[...] Seu fundamento teórico é que se somos parte do problema, o grupo como um todo dinâmico do qual faço parte pode investigá-lo e propor soluções melhores do que um pesquisador isolado e externo ao grupo. Noutros termos, os sujeitos envolvidos na investigação são uma parte significativa do problema pesquisado e a sua resolução será atravessada pela mudança de comportamento deles na comunidade.

Barbier (1985, p. 46) propõe a pesquisa-ação num sentido mais complexo, que busca aliar a psicologia clínica e a sociologia clínica, uma vez que o objetivo do método clínico em ciências sociais é “explorar o comportamento e as representações de um sujeito ou de um

⁶¹ Vale lembrar que o pesquisador “deve dominar as técnicas de dinâmica dos grupos e as teorias subjetivas que a informam”, conforme Haguette (1997, p. 115) para realizar uma pesquisa-ação. Portanto, um dos requisitos centrais em sua condução é que o investigador seja qualificado em dinâmica de grupos no papel de coordenador. Por ter pesquisado o tema da arteterapia grupal a partir do atendimento de um grupo de mulheres, discutido numa dissertação de mestrado (OLIVEIRA, 2006), além de conduzir grupos terapêuticos e de supervisão clínica já há alguns anos, acredito ter adquirido a experiência necessária para a realização dessa tarefa.

grupo de sujeitos diante de uma situação concreta, para compreender-lhes o sentido, colocando-se alternadamente na perspectiva de observador e na de sujeitos-atores de sua vivência”.

Podemos relacionar essa proposta sobre a dinâmica da pesquisa-ação com os pressupostos da psicologia analítica a respeito do grupo como dispositivo para coleta de dados, pois atualmente o *setting* grupal é reconhecido como uma variação extremamente coerente com a epistemologia junguiana, já que prima pela consideração do coletivo como pano de fundo arquetípico para as ações do indivíduo⁶². Em minha pesquisa sobre dinâmica grupal, observei que os participantes podem se relacionar com diferentes questões individuais e ao mesmo tempo ter de lidar com a vivência de um processo coletivo, constelado num campo que comporta tanto as imagens individuais como as do grupo, podendo estabelecer com elas uma relação dialética e imaginal (OLIVEIRA, 2006). Desse modo, é possível pensarmos o grupo como um dispositivo que oferece aos participantes acolhimento e continência para as questões que emergem no campo grupal, conforme discutido por Freitas (2005), além de permitir uma experiência que comporte debates em torno de certos temas, como o manejo do suicídio por um grupo de profissionais. O grupo pode ser tomado como um espaço para a identificação e o reconhecimento do que é familiar e também para a diferenciação e o estranhamento do que se apresenta como estrangeiro; dessa interação pode surgir uma nova construção em relação a problemas em comum identificados pelos integrantes, elemento nuclear almejado em toda pesquisa-ação.

Sendo esse método oriundo das pesquisas sociais, entendo que, por ter como característica a colaboração recíproca entre pesquisador e pesquisados em torno da resolução de problemas, pode ser associado à presente pesquisa com o objetivo de conhecer e problematizar nos encontros com o grupo, formado por analistas e psicoterapeutas, as ideias, os afetos e as representações que sustentam suas práticas, além de questões éticas que as atravessam, ainda que de modo possivelmente inconsciente.

Ao reunir outros psicoterapeutas que lidaram diretamente com situações em que pacientes tenham pensado sistematicamente em tirar a própria vida e/ou planejado o suicídio; ou, ainda, tentado efetivamente se suicidar, estabeleci como objetivos conhecer, a partir das

⁶² Historicamente, o dispositivo grupal ficou relegado a um segundo plano na psicologia analítica, porém, uma série de experiências clínicas são reconhecidamente realizadas no contexto de grupos pelos junguianos no Brasil e no mundo, com foco em uma ou outra questão específica: a feminilidade, a religião, os sonhos, os mitos, etc. No cenário nacional, destaco o trabalho pioneiro da pesquisadora Laura Villares de Freitas à frente do Laboratório de Estudos da Personalidade (LEP/IPUSP), com sua pesquisa sobre a intervenção em grupos com o trabalho com máscaras e personagens, tendo em vista a exploração da *persona* em grupos vivenciais (FREITAS, 2005).

suas narrativas, aspectos teóricos, emocionais, sobretudo éticos, da relação que mantiveram com os aqueles que viveram um encontro metafórico/simbólico com a morte, ou estiveram mais próximos da morte literal. Com isso, acreditava ser possível conhecer e problematizar, na etapa posterior de análise da pesquisa a relação estabelecida por eles com familiares e profissionais de outras áreas da saúde, em função da complexidade do tema e da interdisciplinaridade que caracteriza seu manejo. Imaginava também que a discussão de tais questões com meus pares, de modo horizontal e solidário – incluindo-me nesse campo como terapeuta e pesquisadora –, poderia contribuir para possíveis transformações de nossas práticas profissionais, a partir de uma reflexão sobre os problemas que nós psicoterapeutas enfrentamos ao lidarmos com o referido fenômeno do suicídio em nossa prática clínica, o que foi felizmente confirmado em nossa experiência (ver seção 7: Pesquisa ação – um olhar para o processo grupal).

4.2 PROCEDIMENTOS

4.2.1 Divulgação da pesquisa

Para divulgar a pesquisa a fim de obter adesão voluntária de analistas/psicoterapeutas interessados em participar do grupo, elaborei um convite (Apêndice A) com os dados básicos da pesquisa, para ser enviado por e-mail e pelo aplicativo *WhatsApp* a diversos grupos de psicoterapeutas junguianos que se dedicam a discussões relacionadas à prática clínica. Além disso, o mesmo convite também foi divulgado em instituições junguianas de formação de analistas sediadas na cidade de São Paulo, tanto as que eram ligadas à *International Association of Jungian Psychology* (IAPP), como outras, desvinculadas de tal instituição. O mesmo convite foi divulgado em diversas instituições que oferecem cursos de pós-graduação em psicologia junguiana (*lato sensu*) na cidade de São Paulo.

4.2.2 Participantes

Buscava compor um grupo formado por seis a oito psicólogos e/ou psicólogas que trabalhassem em São Paulo como analistas e/ou psicoterapeutas junguianos, formados pelas referidas instituições.

Turato (2003) sugere que a quantidade de participantes em grupos numa pesquisa qualitativa deve ser superior a três ou quatro, de modo que se possa também promover um aprofundamento da análise das informações surgidas nos encontros. Nesta pesquisa o fator

quantitativo não era prioritário, mas sim a abordagem compreensiva dos fenômenos. Portanto, o número de participantes aqui definido me pareceu suficiente, pois, considerando-se que o objetivo da tese era realizar uma discussão sobre prática profissional, acreditava que um grupo de pequena dimensão permitiria constituir um ambiente mais íntimo para que as pessoas se vinculassem mais rapidamente e se sentissem seguras em compartilhar suas experiências, dúvidas, críticas e questionamentos éticos. Um grupo menor também tenderia a se constituir de modo mais acolhedor em relação a possíveis divergências, uma vez que cada participante poderia ter maior tempo de fala. Por fim, um grupo inicialmente previsto com a participação de seis a oito pessoas poderia manter uma dinâmica ainda ativa, mesmo que dois ou três participantes não pudessem permanecer até o final dos encontros.

O critério preferencial para inclusão dos analistas e psicoterapeutas estabelecido foi o de que, em algum momento de seu desenvolvimento profissional, tivessem atendido pacientes na faixa etária de 12 a 21 anos⁶³, que apresentassem ideação suicida ou tentativas de suicídio no contexto de atendimento particular, ou ainda que tivessem atendido tais casos em equipamentos de saúde pública. Ainda que tivesse atendido o paciente somente em poucas sessões, e que o tratamento não tivesse tido seguimento, o analista poderia participar do grupo de pesquisa, uma vez que vários aspectos ligados às questões do manejo terapêutico que interessam a esta pesquisa poderiam surgir já nas entrevistas iniciais da psicoterapia. Caso não fosse possível conseguir participantes suficientes para compor o grupo, dos que tivessem atendido pacientes na faixa etária preferencial, esse critério poderia ser flexibilizado de modo a abranger profissionais com experiência no atendimento a pessoas a partir dos 25 anos, pois ainda que tenha implicações diferentes em cada faixa etária, em muitos aspectos o tema suicídio mobiliza questões gerais sobre autonomia do paciente diante da morte, e dilemas éticos para os profissionais. Ao final, todos os terapeutas selecionados haviam tido experiência clínica direta com pacientes adolescentes, tanto em consultório particular como em equipamentos de saúde pública.

Outro critério de inclusão estabelecido foi o de que o analista tivesse alguma pós-graduação realizada em instituições que oferecem cursos de especialização e/ou formação em psicologia analítica na cidade de São Paulo⁶⁴, pois há muitos psicólogos que se

⁶³ Conforme parâmetros do ECA para a adolescência, descritos na introdução desta tese. Para efeitos de manejo terapêutico, importa a idade do adolescente que impõe obrigações legais na comunicação do terapeuta para com a família e a sociedade.

⁶⁴ Capital escolhida para a coleta de dados, tanto em função de sua importância histórica no estabelecimento da psicologia analítica no Brasil, como pelo maior número de cursos disponibilizados e de psicoterapeutas atuantes nesse campo, comparativamente a outros Estados do país.

utilizam de conceitos junguianos em sua prática, a partir de estudos autodidatas ou realizados em grupos de estudos independentes. Porém, para compor um grupo com profissionais especializados nos aspectos teórico-metodológicos junguianos, seriam privilegiados aqueles que tivessem recorrido a uma formação institucional.

O único critério de exclusão referia-se ao fator tempo de formação e de atuação como analista ou psicoterapeuta: os participantes escolhidos deveriam estar formados e atuando no campo clínico há pelo menos três anos; esperava contar com profissionais que já tivessem alguma experiência clínica, e de contato com situações críticas associadas ao suicídio.

4.2.3 Composição do grupo de psicoterapeutas

Após a divulgação do convite, recebi em menos de 24 horas mensagens de mais de vinte profissionais manifestando interesse em participar da pesquisa. Nem todos atendiam aos critérios pré-estabelecidos: não tinham certificado de especialização em psicologia analítica, não poderiam participar no horário proposto para os encontros, etc. Curiosamente, houve três interessados que não eram ligados ao campo junguiano, mas à psicologia cognitivo-comportamental. Explicaram ter recebido o convite por meio de outros colegas e que, mesmo sabendo que se tratava de uma pesquisa junguiana, sentiram-se motivados pela temática do suicídio, por terem experiência no atendimento que a pesquisa demanda, e estavam desejosos de integrar um grupo onde pudessem refletir sobre os desafios desse tema na prática psicoterapêutica.

Inicialmente, não queria perder a oportunidade de acolher os outros profissionais que responderam ao convite, mas não se encaixavam nos critérios pré-estabelecidos da pesquisa. Gostaria, de alguma maneira, de aproveitar a contribuição desses profissionais que tinham experiências ligadas ao tema, mas que não poderiam fazer parte da primeira amostra grupal que estava se formando para início imediato, pelas razões já explicadas. Então, pensei em propor futuramente a eles um único encontro na modalidade de grupo focal. Declinei desta ideia após a realização dos encontros com o grupo que já tinha se formado para a coleta de dados. Isso se deu em primeiro lugar por perceber que nesses encontros já havia coletado material que abrangia vários aspectos fundamentais do tema da pesquisa. Em segundo lugar, porque me fiava ao método inicialmente pensado para a pesquisa: a ideia era trabalhar com apenas um grupo, e, se fosse necessário, realizar entrevistas individuais com os participantes, mas não trabalhar com grupos distintos, pois isso aumentaria a quantidade de informações a

serem analisadas, além de exigir uma análise comparativa que me forçaria a rever o método já aprovado pelo Comitê de Ética.

Para a seleção dos participantes realizei triagem inicial via formulário enviado por e-mail aos que manifestaram, a fim de coletar algumas informações básicas (Apêndice B), além de explicar o objetivo da pesquisa e avaliar se o analista/psicoterapeuta que respondeu ao convite se encaixava no perfil heterogêneo desejado. Para isso, foram observados elementos como classes sociais distintas, idades variadas, tempos distintos de formação e diferentes visões de mundo e de orientação religiosa. Para essa avaliação, no formulário havia perguntas sobre a religião professada, filiação político-partidária, e se oriundos de universidade pública ou privada, formação escolar e profissional, tempo de formação, tipo de especialização em psicologia analítica, se tiveram alguma experiência na área hospitalar ou outra forma de proximidade com médicos, se trabalharam em ambulatório, instituição, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), etc.

Pretendia constituir um grupo relativamente misto de profissionais, com vistas a uma discussão plural em termos de experiências vividas. Um dos modos que pensei inicialmente para conseguir isso foi mapear, no contato anterior ao início dos encontros do grupo, possíveis filiações teóricas junguianas, pois há diferentes escolas ou “correntes profissionais” atualmente reconhecidas, como a escola “clássica”, “desenvolvimentista” e “arquetípica”, conforme proposto por Samuels (1989). Porém, desisti dessa ideia e optei por observar se tais diferenças surgiriam naturalmente, a partir dos conteúdos surgidos nos encontros do grupo, uma vez que Samuels estabeleceu tal classificação com base em alguns aspectos teórico-metodológicos que poderiam ser mapeados nas práticas e ideias dos terapeutas ao longo dos encontros.

Após selecionar os analistas, fiz contato por telefone e expliquei, objetivamente, o desenho da pesquisa proposta, esclarecendo que seria realizada em duas etapas, detalhando a descrição geral das atividades previstas, informando sobre o local de realização dos encontros, bem como sobre a presença dos colaboradores-assistentes que me dariam apoio prático durante os encontros. Nesse contato obtive ainda a disponibilidade horária dos participantes para agendar os encontros.

4.3 ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DOS ENCONTROS DO GRUPO

A condução dos encontros foi de minha exclusiva responsabilidade. Tenho uma longa vivência com grupos de estudos e de supervisão, também como arteterapeuta em grupos

vivenciais, e por fim, como professora universitária, o que me deixou tranquila para realizar essa tarefa.

Tive a colaboração inestimável de três assistentes de pesquisa: Rosangela, Edger e Vanusa, todos eram psicólogos. Participaram dos encontros na maior parte do tempo como observadores, fazendo anotações e dando apoio à realização prática das atividades, como preparação da sala para os encontros e dos recursos expressivos. Entretanto, por mais silenciosa ou recolhida, nenhuma presença é invisível, e nem era essa a proposta para a presença desses colegas no grupo. Pelo contrário, em algumas ocasiões, eles também participaram das discussões, inclusive da atividade expressiva realizada no último encontro, quando pintamos em grupo. Eles aceitaram participar voluntariamente por terem interesse no tema, também por desejarem realizar pesquisas acadêmicas num futuro próximo. Todos assumiram o compromisso com o sigilo dos conteúdos que surgissem ao longo dos encontros, e com os preceitos éticos exigidos para o contato com os participantes, constantes no TCLE. Não houve remuneração financeira pelo auxílio dos colaboradores, apenas um documento assinado por mim, declarando sua participação como assistentes de pesquisa, nos termos aqui descritos.

Um esclarecimento se faz necessário em relação à mudança no número de assistentes, pois a princípio, seriam apenas duas pessoas, Rosangela e Vanusa. Entretanto, um pouco mais próximo do início da primeira etapa de encontros, outro colega se interessou em participar, Edger. Eu acolhi seu interesse e disposição para a assistência, movida a princípio por uma certa preocupação com a quantidade de trabalho que me aguardava em relação à condução dos encontros, ao manejo dos recursos expressivos, ao registro e transcrição do material. Entretanto, passado algum tempo, notei que outra preocupação parecia ter movido essa decisão, pois comecei a achar interessante ter pelo menos mais um participante do sexo masculino no grupo, visto haver oito psicólogas mulheres – já me incluindo – e apenas um integrante do sexo masculino, Walmir. Ainda que não fosse possível discutir essa variável de gênero na pesquisa – inclusive por ter apenas um psicoterapeuta que aceitou o convite, o que não permitiria uma análise mais representativa em termos comparativos de terapeutas do sexo feminino x masculino –, algo em mim considerou que talvez Walmir não se sentiria tão isolado em suas reflexões, tendo outro colega presente, ainda que na condição de assistente. Como os assistentes tinham liberdade para participar em alguns momentos, isso me fez sentir que valeria a pena acolher o terceiro colega para balancear a variável gênero no grupo. Posteriormente, avaliei que essa variável não repercutiu de modo tão decisivo nos encontros.

4.4 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO

O espaço reservado para realização dos encontros foi o auditório para cursos e eventos do edifício onde eu tinha consultório particular, na cidade de São Paulo (ver declaração de infraestrutura – Apêndice F). No espaço, havia equipamento audiovisual, uma mesa central espaçosa e comprida com cadeiras suficientes para acomodar confortavelmente todos nós, além de estar localizado ao lado de uma estação de metrô, que facilitava o acesso ao local. O espaço era bem iluminado, dispunha de dois banheiros e também de uma copa para alimentação. Possuía vedação sonora, que garantiu silêncio e condições para o sigilo das conversas ali trocadas, reservado para uso exclusivo do grupo nos períodos agendados.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada em duas etapas, sendo a primeira composta de cinco encontros presenciais, entre 11 de outubro e 22 de novembro de 2019. Na segunda etapa, embora estivesse previsto para ocorrer 6 meses após a finalização da primeira etapa, houve apenas um encontro *online* no dia 23 de outubro de 2020, em função da pandemia e do isolamento social, conforme descrito adiante.

4.5.1 Primeira etapa

Prevista para ter quatro encontros subsequentes, um a cada semana, com 2h30 de duração, no dia e horário previamente combinado com os participantes, houve o acréscimo de um encontro a pedido deles. O uso do desenho e da pintura estava previsto em atividades individuais e grupais como recurso complementar para a expressão dos participantes, exclusivamente no primeiro e no último encontros dedicados, respectivamente, a iniciar e finalizar a primeira etapa da pesquisa-ação.

O principal objetivo do primeiro encontro era a apresentação dos participantes e o início da discussão sobre o tema da pesquisa. O objetivo do segundo e do terceiro encontro era problematizar os temas centrais da pesquisa ligados ao manejo terapêutico, como ética profissional, interdisciplinaridade, papel do terapeuta, etc. Por fim, o objetivo do último encontro era promover uma discussão para alinhar as experiências vividas nos encontros anteriores, e encerrar essa etapa da pesquisa com uma despedida ritualizada do grupo por meio de uma pintura coletiva.

4.5.2 Segunda etapa

Estava prevista uma segunda etapa da pesquisa com o mesmo grupo de psicoterapeutas, que deveria ocorrer seis meses após o fim da primeira etapa, a fim de avaliarmos em um único encontro possíveis efeitos em sua prática clínica relacionados aos conteúdos advindos da primeira etapa da pesquisa-ação. Além disso, a reflexão dos participantes poderia incluir temas mais subjetivos ligados ao modo como percebiam e se posicionavam diante da morte.

Este encontro ocorreu na modalidade *online* um ano após o prazo previsto, devido à pandemia, e teve o mesmo tempo de duração. Foi respeitado o desejo dos participantes comparecerem ou não, se assim desejassem. Felizmente, apenas dois colegas se ausentaram, Júlia e Edger, pois estavam impedidos em função de outros compromissos profissionais. Ela nos enviou uma breve crônica poética incluída na seção 7: pesquisa ação – um olhar para o processo grupal.

4.5.3 Recurso expressivo – desenho

Como o tema suicídio podia remeter a questões conflitivas, e a situação grupal podia ser associada a uma supervisão clínica – que se caracteriza pela troca de ideias entre profissionais sobre sua prática –, considerei que poderia ser difícil para algumas pessoas falarem sobre situações nas quais porventura tivessem se sentido impotentes, inseguras ou ameaçadas, uma vez que poderiam surgir ideias e sentimentos ansiógenos ou de natureza persecutória. Por isso, em relação à coleta de dados, optei por disponibilizar recursos expressivos em dois encontros do grupo, uma vez que a linguagem expressiva comumente é facilitadora para a comunicação e elaboração afetiva e cognitiva em diversos contextos, ao permitir que ideias, sentimentos e representações possam ser manifestos de modo lúdico, propiciando um clima mais espontâneo que facilita a troca grupal. Desse modo, o recurso expressivo poderia aliviar resistências e possíveis incômodos dos participantes que experimentassem tais sensações.

Jung (1964, p. 19) considerou, como poucos autores da psicologia, a importância de oferecer outras formas de expressão para fins terapêuticos e acesso aos símbolos a seus pacientes, além de ter ele próprio realizado uma profunda imersão nas imagens de seus sonhos e fantasias por meio do desenho e da pintura, além da imaginação ativa. Isso influenciou decisivamente as práticas clínicas do seu campo, nas quais os recursos expressivos são amplamente utilizados em diferentes contextos, uma vez que os elementos

simbólico-sensório-visuais permitem um acesso mais imediato e menos racionalizado a questões que podem ser conflitivas. O símbolo promove uma experiência que imediatamente convoca as diversas funções psíquicas da personalidade para além dos freios da expressão verbal que domina a comunicação dos indivíduos em nossa cultura. Jung enfatiza como o símbolo permite o acesso a elementos inconscientes, desconhecidos, que podem complementar as narrativas dos sujeitos que se encontram diante de temas subjetivos, já que se trata de uma técnica não verbal que faculta o acesso a conteúdos que muitas vezes a pessoa não consegue nomear racionalmente. Por não exigir habilidades específicas e, por seu aspecto lúdico, o desenho gera pouca ansiedade, sendo normalmente reconhecido e bem aceito como um recurso expressivo.

O desenho é um recurso historicamente pesquisado e utilizado no campo de técnicas projetivas da psicologia, tanto para avaliação psicológica, como para situações que requerem uma aproximação exploratória lúdica de temas subjetivos. No trabalho pioneiro realizado por Nise da Silveira (1981), vemos que o desenho e a pintura (entre outras técnicas) promoveram também elaboração psicológica em diferentes níveis nos casos de pacientes gravemente enfermos, provando sua potência terapêutica, não apenas projetiva. Além disso, por favorecer o surgimento de conteúdos inconscientes via projeção, é uma estratégia muito adequada aos objetivos da pesquisa junguiana como técnica para coleta de dados que permite a captação de material inconsciente, segundo Penna (2014). Em termos da utilização de recursos expressivos, a autora descreve diferentes possibilidades que vão das expressões gráficas, plástica, dramática, corporal, etc., envolvendo o trabalho com desenhos, modelagem, sonhos e cenários em caixa de areia, dentre outras técnicas.

Na presente pesquisa, o desenho e a pintura foram propostos ao grupo apenas no primeiro e no último encontro da primeira etapa, como parte de uma dinâmica para que os psicoterapeutas se apresentassem, e depois se despedissem. Foram oferecidos aos participantes materiais diversos como lápis grafite preto e lápis de cor, além de outros materiais como pastel seco e pastel oleoso, ampliando as possibilidades de expressão. O mesmo cuidado foi tomado com relação ao suporte: além do papel sulfite – normalmente associado a situações escolares -, foi oferecido o papel A3 que equivale ao tamanho de duas folhas de papel sulfite, e o papel *kraft*. Todo material foi oferecido gratuitamente. Posteriormente, os desenhos foram usados para compor a análise e a compreensão de determinados temas que surgiram na discussão verbal do grupo, após os participantes terem concordado em assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido com autorização para uso dos desenhos no trabalho final/tese (ver Apêndice).

Em se tratando de um conjunto de desenhos realizados num contexto grupal em torno de temas comuns de reflexão, esperava que pudessem surgir elementos análogos nessas produções que servissem para compor uma leitura compreensiva dos temas de investigação da pesquisa num sentido geral. Neri (1999) esclarece que em processos grupais, a análise das informações pode se dar em dois eixos: uma análise realizada no eixo horizontal, referindo-se a conteúdos que dizem respeito ao funcionamento geral do grupo enquanto processo, ao passo que a análise de conteúdos no eixo vertical corresponderia aos conteúdos dos participantes, em termos individuais. Porém, não era minha intenção realizar uma análise psicológica dos desenhos para avaliação da personalidade de seus autores, no sentido intrassubjetivo e pessoal, nos moldes interpretativos propostos pelos diferentes testes psicológicos.

4.5.4 Entrevistas

Além do contato com os participantes em grupo, havia considerado realizar uma entrevista semiestruturada com vistas a obter um aprofundamento em questões que porventura não emergissem do contexto grupal, tanto na primeira como na segunda etapa da pesquisa, mas que poderiam ser relevantes aos seus objetivos.

A entrevista permite, conforme explica Minayo (2014, p. 261), “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo”, complementando pesquisas realizadas em grupos, de modo que o pesquisador possa “triangular” olhares e obter informações mais aprofundadas sobre a realidade. Permite também acessar representações da realidade, como ideias, crenças, maneiras de atuar, condutas, projeções para o futuro, razões conscientes e inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos. Entretanto, não foi necessário realizar entrevistas individuais devido à quantidade, abrangência e profundidade dos dados coletados nos encontros grupais.

4.6 ABORDAGEM AOS DADOS

Considerei diversos caminhos para lidar com todo material obtido a partir da transcrição dos áudios, dos desenhos e da pintura coletiva, nos seis encontros realizados com o grupo (etapas 1 e 2). Optei, como primeiro passo, por fazer uma pré-análise de cada um deles separadamente, pois desejava apresentar para aqueles que não estiveram presentes nos encontros um panorama detalhado do que foi vivido, abrangendo os pontos-de-partida da

discussão do grupo, os fluxos e encadeamentos temáticos e afetivos surgidos nos diálogos, seus pontos mais significativos, e por fim o modo como se deu o encerramento de cada encontro.

A pré-análise foi conduzida com base nos parâmetros gerais de análise propostos por Minayo (2014) –, seguida de uma leitura compreensiva dos temas identificados a partir dos pressupostos teóricos da Psicologia Analítica. Segundo Minayo (2014), do ponto de vista operacional, deve-se empreender uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos de documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material coletado. Nesta pesquisa, os desenhos e a pintura também foram considerados documentos para compor a análise dos temas que emergiram dos encontros grupais, de modo que foram analisados segundo os mesmos parâmetros usados para a busca de núcleos de sentido mais profundos ou inconscientes identificados nas falas e expressões verbais.

São várias as modalidades de análise qualitativa, porém, Minayo dá maior relevância à análise temática, por considerá-la uma modalidade mais simples e apropriada para as investigações qualitativas em saúde (Ibid., p. 309). A análise temática comporta uma gama de relações de significados sobre um determinado assunto. Para realizar esse tipo de análise, o pesquisador deve identificar no conteúdo que tem em mãos os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação, “cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analisado” (Ibid. p. 316). Pois, numa análise de significados, “a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência de modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso”. (Ibid., p. 316 — grifo meu).

Na Psicologia Analítica, tais “estruturas e valores de referência” podem ser pensados em termos das trocas transferenciais que compõem o campo afetivo-relacional estabelecido na relação terapeuta-paciente, conforme explicado por Jung em seu método dialético (JUNG, 1946/1988a). Também se aplica à relação psicológica estabelecida pelo terapeuta com o tema suicídio e seus aspectos conflitivos, indicando de que modo ele é afetado no manejo clínico, não apenas na relação com as pessoas envolvidas (paciente, familiares, outros profissionais), mas também com os aspectos éticos e técnicos do tema-objeto de sua prática. Assim, a análise aqui realizada abrangeu também o modo como os psicoterapeutas são afetados psicologicamente pelo tema da pesquisa, identificando as imagens arquetípicas relacionadas ao tema morte, autodestrutividade, luto, etc., que surgem dessa experiência. Pois, em se tratando de psicoterapia e da postura do analista, a interface pessoal/profissional poderia despertar fantasias e ideias: *“Afinal, de que modos a morte do outro sobre o qual me sinto responsável me afeta e remete à reflexão sobre a minha morte, minha vida, minha história?”*.

Portanto, a análise empreendida não privilegiava somente a investigação sobre as práticas terapêuticas do ponto-de-vista técnico, mas principalmente de uma perspectiva ética, que remete necessariamente à relação transferencial e contra-transferencial, que se dão tanto entre os parceiros analíticos como em relação ao tema.

Para realizar uma análise temática, Minayo (Ibid., p. 316) explica que se deve desdobrá-la em etapas que vão da pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na primeira etapa, a pré-análise pode se desdobrar em duas tarefas: leitura flutuante e constituição do *corpus*. Acrescenta-se a essas duas primeiras sub-etapas uma terceira, dedicada à formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, que consiste na retomada da leitura exaustiva do material coletado, para retomar as questões iniciais, agora de modo exploratório. Tal exploração permite reavaliar as hipóteses iniciais, que poderão ser corrigidas, permitindo novos rumos interpretativos ou aberturas para novas indagações. Fazendo esse exercício, considero que não houve mudança em relação aos objetivos, tampouco em relação às hipóteses e questionamentos apresentados na introdução.

Num segundo momento, procede-se à exploração do material, quando o pesquisador busca identificar “unidades de registro” que podem se constituir de palavras significativas, frases, símbolos, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes na pré-análise para a organização posterior das categorias temáticas (Cf. MINAYO, Ibid., p. 317).

Na presente pesquisa, importa a operacionalização proposta pela autora apenas para orientação de etapas distintas na análise do material que surgiu nos encontros do grupo, e permitiram obter os temas relevantes para a leitura compreensiva baseada nos pressupostos simbólicos da psicologia analítica. Desse modo, após a identificação das unidades de registro e sua aglutinação em categorias temáticas, foi possível problematizá-las com as questões apresentadas na tese, a partir do intercruzamento desse material com os aspectos conceituais da psicologia analítica que embasou a análise simbólica dos temas.

Nesse processo, foram selecionados vários relatos dos participantes que permitiam uma análise dos referidos temas, tanto num eixo horizontal como vertical. No primeiro, encontramos os sentidos identificados nas práticas dos psicoterapeutas que constituem o campo junguiano em seus aspectos mais gerais; e, no segundo, aparecem os sentidos específicos identificados nas condutas dos profissionais diante de pacientes que apresentam a ideação ou tentativas de suicídio. Assim, foram destacados alguns argumentos, falas e imagens relacionados às discussões das categorias temáticas para que, numa leitura dialética

e simbólica, fosse possível inter-relacionar a teoria e a prática junguiana a partir dos objetivos da pesquisa.

A análise simbólica, segundo Penna (2007), permite a compreensão dos fenômenos de modo a integrar os elementos conscientes com os inconscientes, para a produção do conhecimento em uma pesquisa orientada pelo olhar qualitativo. Para abranger esse nível de profundidade e complexidade foram analisadas também as imagens arquetípicas que apareceram na narrativa dos profissionais, tanto a partir da expressão verbal e pictórica, como outras que surgiram, mais inconscientes, como sonhos, atos falhos e associações espontâneas. Como a pesquisa-ação pressupõe um campo de trocas estabelecidas de modo dialógico, incluindo a presença e a participação do pesquisador em níveis conscientes e inconscientes, minhas expressões inconscientes também foram consideradas na análise.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, nesta pesquisa foram respeitados os aspectos éticos da resolução n.º 466/2012 do Ministério da Saúde. Tais resoluções enfatizam “referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visam a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado”, como segue:

- Explicitação clara e dialogada sobre os objetivos e as etapas da pesquisa aos participantes, assim como sobre possíveis riscos e benefícios;
- Esclarecimento sobre a possibilidade de se retirar da pesquisa em qualquer fase de seu desenvolvimento, o que significa que o participante poderia interromper sua participação nas sessões de grupo, como solicitar a retirada dos dados que tivesse fornecido nas sessões das quais participou, a qualquer momento, sem qualquer ônus para si;
- Solicitação da leitura e assinatura de um termo de consentimento livre esclarecido autorizando a gravação das conversas durante as sessões de grupo, e também das entrevistas; assim como autorização para o registro fotográfico dos desenhos produzidos durante as sessões, de modo que tais dados pudessem ser utilizados na pesquisa. Os desenhos podiam ser levados pelos participantes, caso assim desejassem. Caso não fossem levados, seriam mantidos em sigilo por mim durante o período de

duração da pesquisa. Seria garantido ao participante tempo suficiente para que o termo fosse lido e compreendido, assim como ter garantido o esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o conteúdo do termo pelo pesquisador, antes de solicitar a assinatura do participante;

- Garantia do sigilo sobre a identidade dos participantes da pesquisa, assim como de pessoas, entidades ou instituições por elas citadas, por meio da omissão de quaisquer dados que pudessem identificá-los;
- Garantia de uma escuta sem emissão de juízo de valor em relação aos conteúdos trazidos pelos participantes, tanto nos encontros dos grupos como nas possíveis entrevistas.

Como o suicídio é um tema complexo, poderia haver a necessidade de um acolhimento individual para os participantes em outro dia e horário. Neste caso, seria oferecido um espaço de escuta e apoio individual e independente dos encontros do grupo. Além disso, os participantes poderiam recorrer a mim se assim desejassem após o encerramento do processo de coleta de dados, tendo garantido o direito de serem atendidos individualmente, no melhor dia/horário e local para eles, fosse para discorrer sobre algum assunto ligado à prática profissional que tivesse suscitado conflitos pessoais, ou para acolher algum sentimento ou ideia que tivesse trazido qualquer desconforto em função do contato vivido com o tema nos encontros em grupo. Isso ocorreu com apenas uma participante, como veremos na apresentação dos dados.

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

5. GRUPO DE PSICOTERAPEUTAS

Formou-se um grupo relativamente heterogêneo, composto por profissionais com experiências diretamente ligadas ao manejo do suicídio, que era o principal requisito da pesquisa para compor a amostra. Eu havia considerado ter um grupo de seis a oito terapeutas, e iniciamos com nove participantes, o que ainda permitiria uma troca mais intimista para a discussão que pretendia fazer.

É importante mencionar que alguns desses profissionais já haviam tido aulas comigo, ou participado de grupos de supervisão e de estudos, em períodos anteriores, sendo que dois deles se encontravam ainda participando desses grupos (Carmen, Walmir). Outros participantes haviam sido alunos em cursos de graduação, pós-graduação e outros cursos de psicologia, área em que leciono há cerca de 14 anos (Fernanda, Júlia, Mariana, Mônica, Sandra, Renata, Sueli).

O fato de nos conhecermos de outros contextos profissionais e de estudos me preocupou um pouco. Inicialmente pensei que essa convivência prévia pudesse influenciar excessivamente as ideias dos profissionais sobre o manejo do suicídio. Entretanto, esse receio se diluiu ao longo dos encontros, pois observei que eles se mostravam confortáveis em se expressar e debater livremente suas ideias, mesmo que estas não se aproximassem exatamente das que eu apresentava sobre determinados assuntos. De todo modo, como enfatiza Penna (2014, p. 193): “A relação entre o sistema observador e o fenômeno observado é estreita, dinâmica e de mútua interferência.”, caracterizando um campo intersubjetivo. Assim, estava fora de cogitação uma observação exclusivamente objetiva de minha parte, de modo que busquei o máximo possível “um equilíbrio entre subjetividade e objetividade, que oscila entre a objetividade possível e a subjetividade [relativamente] controlável” (PENNA, 2014, p. 193).

Uma participante selecionada na triagem (Carmen) havia informado antecipadamente o impedimento de estar presente no primeiro encontro, mas passou a participar do grupo a partir do segundo. A participante Mariana, por sua vez, presente no primeiro encontro, também havia avisado que não poderia comparecer no último, em função de uma viagem previamente agendada. Infelizmente, a morte de um familiar a impediu de continuar participando dos encontros. Ela enviou mensagem ao grupo explicando o ocorrido por WhatsApp, após ter falado comigo em particular, se desculpando e manifestando pesar por não conseguir dar seguimento aos encontros. Foi uma ausência muito significativa, não só

pela experiência dessa participante com pacientes que apresentavam ideação suicida grave, mas também por ela ser uma das duas analistas do grupo formada numa das instituições junguianas sediadas na cidade de São Paulo, chanceladas pela IAAP. Restou, desse modo, apenas uma analista (Fernanda) com esta característica de formação analítica, realizada em outra instituição filiada à IAAP. A partir do segundo encontro, o grupo se manteve com oito integrantes até o final, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 1: Composição do grupo de psicoterapeutas

Participante	Idade	Estado Civil	Religião	Filhos (idade)	Tempo de Graduação	Curso de Especialização Psic. Analítica	Formação Instituto Junguiano
Carmem	42	Solteira	Católica	0	13 anos (2006)	Alfa 06 anos (2013)	————
Fernanda	55	Divorc.	Católica	2 (31, 28)	09 anos (2010)	————	Ômega (2021)
Júlia	56	Casada	Católica	3 (36, 34, 33)	05 anos (2014)	————	Beta (2019)
Mônica	49	Solteira	Católica	0	23 anos (1996)	————	Beta (2019)
Renata	43	Divorc.	Espírita	0	05 anos (2014)	Alfa (2021)	————
Sandra	55	Divorc.	Espírita	1 (27)	05 anos (2014)	Alfa (2019)	————
Sueli	39	Casada	Taoísta	1 (9)	17 anos (2002)	————	Beta (2019)
Walmir	40	Casado	(em branco)	0	05 anos (2014)	Alfa 06 anos (2013)	————

Legenda: Alfa – curso de especialização em psicologia analítica na cidade de São Paulo, reconhecido pelo MEC. Beta, Ômega – cursos de formação em análise junguiana, fornecidos por dois diferentes institutos localizados na cidade de São Paulo. O primeiro não tem reconhecimento pelo MEC, nem é vinculado à IAAP. O segundo é filiado a IAAP: International Association for Analytical Psychology, sediada em Zurique, Suíça, e chancela a formação internacional. Uma terceira analista (Mariana) formada pelo Instituto Gama, também filiado à IAAP, participou somente do primeiro encontro ficando impedida de seguir conosco na pesquisa - em função do falecimento de um familiar logo após este encontro -, razão por que não foi incorporada à tabela, embora conste na descrição e análise de conteúdos da tese (ver seção 6.2.1).

Os terapeutas criaram um grupo de *WhatsApp* para se comunicarem entre os encontros. Tornou-se um canal de trocas extras aos encontros e permaneceu ativo mesmo após a finalização da pesquisa, onde circulavam informações sobre o tema suicídio, textos e cursos voltados ao estudo teórico e aos temas de supervisão. Frequentemente, faziam pedidos de indicação de locais para atendimento de pacientes ou indicação de psiquiatras e outros

profissionais, criando uma rede de apoio que, de certa forma, pareceu um embrião de uma proposta que veio a ser elaborada ao final dos encontros, para dar sequência à experiência grupal vivida na pesquisa (ver seção 7). Em nossa reflexão, tanto os assistentes como eu entendemos que, se por um lado a criação desse canal virtual podia ser entendida como mero impulso habitual do momento que vivemos em busca por conectividade; por outro, parecia indicar necessidade e abertura dos terapeutas para proporcionar apoio mútuo frente aos afetos que vinham à tona nas trocas vividas principalmente na primeira etapa da pesquisa.

5.1 REALIZAÇÃO DOS ENCONTROS – SÍNTESE E OBJETIVOS

Na primeira etapa, os encontros ocorreram presencialmente durante cinco semanas, às sextas-feiras, das 15h30 às 18h. Dos cinco encontros realizados, quatro já estavam previstos inicialmente e se deram em semanas consecutivas. A pedido do grupo, ainda no segundo encontro, decidimos acrescentar um encontro, que ocorreu três semanas após o quarto encontro. Isso porque houve dois feriados no mês de novembro, o que inviabilizou sua realização logo em seguida ao quarto encontro, interrompendo a frequência semanal. Duas participantes (Júlia, Sueli) não puderam comparecer neste encontro, pois já tinham outros compromissos assumidos previamente. De modo que no último encontro dessa primeira etapa havia seis participantes presentes (Carmen, Fernanda, Mônica, Renata, Sandra, Walmir), além de mim. Os três auxiliares de pesquisa (Rosângela, Edger e Vanusa) estiveram presentes em todos os encontros da primeira etapa.

A segunda etapa se caracterizou por apenas um encontro *online*, já durante a pandemia, realizado em novembro de 2020, com a presença de quase todos os participantes: Carmen, Fernanda, Mônica, Renata, Sandra, Sueli e Walmir. Júlia, que não pôde participar, encaminhou um poema expressando seus sentimentos a respeito da participação na pesquisa. Dos assistentes, apenas Rose e Vanusa participaram. Abaixo, segue uma apresentação dos objetivos e síntese de cada encontro. Os principais temas identificados se encontram sistematizados nos quadros 1, 2, 3, 4 (seção 6).

5.1.1 Primeiro encontro realizado em 11/out/2019

Objetivos e síntese

- Apresentar ao grupo o TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido – Apêndice C) para que fosse lido e assinado pelos participantes após a leitura e o esclarecimento de eventuais dúvidas;

- Apresentar aos participantes os objetivos do grupo de pesquisa;
- Promover a apresentação dos participantes do grupo e dos assistentes de pesquisa;
- Convidar os participantes a se apresentarem por meio de um desenho a partir da seguinte consigna: “*Compor um desenho que reflita o seu interesse em participar dessa pesquisa em grupo*”.

Iniciei o encontro com o grupo apresentando o TCLE para que fosse lido e assinado pelos participantes após a leitura e o esclarecimento de eventuais dúvidas por mim. Os participantes foram lembrados que poderiam se retirar do grupo a qualquer momento, em qualquer um dos encontros, sem qualquer ônus – assim como solicitar a exclusão das informações compartilhadas. Em seguida, foram apresentados novamente aos participantes do grupo a proposta e os objetivos da pesquisa-ação por meio de uma cópia impressa em papel para cada um deles ler em conjunto comigo. Seguiu-se o detalhamento de como se dariam os encontros posteriores.

Apresentei os três assistentes de pesquisa – Rosangela, Edger e Vanusa –, que eram psicólogos. Suas funções eram observar e fazer anotações, além de oferecer apoio à realização das atividades práticas. Poderiam também participar das discussões, embora esta não fosse a principal característica de sua presença no grupo.

O objetivo principal desse encontro era a apresentação dos participantes no grupo e de sua compreensão sobre o tema suicídio, por meio de um desenho, a fim de promover uma aproximação pessoal e a criação de um vínculo seguro para o que seria vivido. Foi explicado ao grupo, antes da realização dos desenhos, que não se buscava uma análise individual de conteúdos inconscientes na peça; esta serviria apenas para compor a análise posterior, caso surgissem elementos comuns que refletissem temas gerais da pesquisa. Também foi apresentada a opção de recusarem essa destinação ou a publicação dos desenhos na tese, desde que comunicado previamente à sua publicação.

Após a realização da atividade expressiva e da apresentação dos desenhos, ocupamos o tempo com relatos de casos clínicos rememorados espontaneamente pelos psicoterapeutas. Embora não fosse meu objetivo inicial, essa atividade permitiu uma sondagem de temas ligados à percepção da própria imagem do terapeuta, de impasses e desafios na conduta terapêutica para lidar com casos que envolvem o suicídio.

O encontro se estendeu mais que o previsto, com indicações de séries e filmes, como se o grupo precisasse de mais tempo para se despedir daquele local e do que foi vivido ali. Um aspecto que merece ser observado é que o ímpeto inicial de salvação que tomou conta de grande parte da discussão cedeu lugar a uma reflexão mais ponderada sobre os impasses que

estão em jogo em casos que envolvem sofrimento extremo e riscos de suicídio. As ideias de “levar luz onde estava sombrio”, discutidas inicialmente, que pareciam refletir ideais onipotentes dos terapeutas, adquiriram uma dimensão mais complexa.

5.1.2 Segundo encontro realizado em 18/out/2019

Objetivos e síntese

- Comunicar a saída da participante Mariana;
- Receber e integrar a nova participante Carmen;
- Dar andamento à discussão iniciada no encontro anterior, priorizando os temas relativos ao manejo terapêutico trazidos pelos participantes.

Havia planejado fazer uma mobilização do tema suicídio utilizando como recurso audiovisual uma cena da série cinematográfica “*13th reasons why*” (ASHER, 2017), que mostra a jovem Hanna se suicidando. Entretanto, optei por seguir o fluxo temático que surgiu espontaneamente no primeiro encontro envolvendo a questão do manejo terapêutico, a partir de vários relatos de situações vividas pelos participantes, tanto pessoais, como profissionais, ensejando desdobramentos que privilegiei na condução dos encontros subsequentes, em detrimento do que estava planejado.

Iniciei perguntando aos terapeutas como haviam se sentido após o encontro anterior. A maioria manifestou-se positivamente mobilizada e confortável. Destacaram a diferença entre falar sobre o assunto em contexto grupal, em ambiente diverso da análise pessoal. A discussão os levou a buscar mais informações sobre o tema, ampliando assim sua segurança ao lidar com os medos atinentes ao manejo do suicídio na prática clínica. Falamos brevemente sobre a saída de Mariana. Fizemos a recepção de Carmen que, como os outros, apresentou seu desenho. A entrada dessa colega promoveu debates mais intensos sobre questões sociais e suas implicações para a prática do psicoterapeuta que trabalha em instituições atendendo populações socialmente vulneráveis. Um dos temas dominantes do encontro foi a medicalização da vida, assim como as tensões vividas pelos terapeutas na interdisciplinaridade com psiquiatras. Outro tema bastante discutido foi o impacto das novas tecnologias no desenvolvimento da personalidade, tendo como consequências um estado de desamparo e esvaziamento psíquico, produtores de grande sofrimento, sobretudo em crianças e adolescentes. Em decorrência disso, também foram problematizadas as dificuldades dos adultos na educação e nos cuidados, em função das novas configurações sociais que impactam suas funções e papéis na relação com os filhos.

5.1.3 Terceiro encontro realizado em 25/out/2019

Objetivos e síntese

- Discussão sobre o conceito “suicídio” a partir de 3 frases, uma de C. G. Jung, outra do Ministério da Saúde, a última de James Hillman;
- Promover o aprofundamento das diferenças em torno do conceito “suicídio” e “tentativa de suicídio” a partir da fundamentação teórica e clínica da psicologia analítica.

Apresentei ao grupo o conceito de suicídio a partir de três slides. Tomei essa iniciativa considerando diferentes ideias que surgiram espontaneamente na fala dos participantes nos encontros anteriores, sobre o que definiria o suicídio, conceitualmente, e também por ser uma das questões que planejei levar à discussão desde a elaboração do projeto de pesquisa.

Surgiu uma controvérsia imediata quanto à definição do Ministério da Saúde sobre uma suposta primazia racional como referência para conceituação do suicídio, o que nos levou a discutir o suicídio por vias indiretas ou inconscientes, conforme o paradigma junguiano. Essa discussão engendrou muitas associações do suicídio com outros temas como a loucura, individuação, intergeracionalidade, etc., levantadas na seção 6 desta tese.

O grupo também questionou o sentido dado à tentativa de suicídio, buscando um aspecto mais “técnico” para caracterizar esse comportamento. Recusou-se o sentido leigo que associa suicídio ao abuso comportamental – tais como o hábito de fumar, o consumo de açúcar pelo diabético, etc. – o que seria um “matar-se aos poucos”, algo que havia aparecido nos dois encontros anteriores. Esses comportamentos foram entendidos na esfera da busca de alívio, como o que é procurado com as drogas lícitas ou ilícitas.

Na tentativa de fundamentar teoricamente os próprios pensamentos, a classificação feita por Durkheim foi resgatada por algumas terapeutas, referindo-se aos tipos egocêntrico, altruísta e anômico. Por fim, foi resgatado o sentido dado na prática junguiana para a necessidade de individualizar o olhar para cada paciente e para o sentido particular que o uso de substâncias ou outros comportamentos podem ter.

5.1.4 Quarto encontro realizado em 01/nov/2019

Objetivo e síntese

- Retomar assuntos e temas destacados pelos participantes nos três encontros anteriores.

Iniciei esse encontro convidando o grupo a conversar livremente. No encontro passado havia estimulado a discussão partindo diretamente do conceito suicídio. Todos

reagiram à minha proposição indagando se haveria mais um encontro na semana seguinte. Minha leitura é que havia alguma ansiedade em relação ao encerramento dos encontros. Confirmado o quinto encontro para três semanas depois, expliquei que minha proposta era realizar uma atividade expressiva com pintura, para falarmos sobre o que vivemos nesse período e ritualizar o encerramento da primeira etapa da pesquisa. Pareceu que o grupo conseguiu se concentrar no presente e iniciou uma discussão sobre questões de medicalização e interdisciplinaridade que acabou por ocupar-nos extensamente.

Grande parte da discussão transcorreu em torno das impressões de alguns terapeutas sobre uma roda de conversa⁶⁵ que havia acontecido na semana anterior com a autora de um livro chamado “Morte e Luto: a psiquiatria sem drogas e as enfermidades míticas no cinema” (SOUZA, 2018), tendo ocorrido no mesmo espaço em que nos encontrávamos, logo ao fim do terceiro encontro (25/10/2020). Vários terapeutas interpretaram o argumento da palestrante como muito dogmático a respeito da não-medicação de pacientes em toda e qualquer situação clínica.

Apesar de terem um posicionamento crítico em relação à influência da indústria farmacêutica sobre o campo da saúde, e de aceitar a radicalidade como forma interessante de provocar essa discussão, entenderam como um posicionamento unilateral, que contraria um princípio básico da prática clínica: a avaliação caso-a-caso, discutida nos primeiros encontros. Todos concordaram ser muito difícil se colocar na posição de cuidador a partir de uma regra única, sem considerar a condição subjetiva de cada paciente e de sua rede de apoio; além dos limites do terapeuta em casos que envolvem mais riscos. Essa discussão resumiu os principais pontos discutidos no encontro da semana anterior, quando concluíram que alguns pacientes podem precisar de ajuda medicamentosa, inclusive para suportarem lidar com questões conflitivas ou traumáticas, e que essa decisão não pode ser tomada exclusivamente pelo terapeuta, algo que de todo modo não condiz com o método dialético junguiano.

5.1.5 Quinto encontro realizado em 22/nov/2019

Objetivos e síntese

- Realizar uma dinâmica artística para registrar ideias e emoções relacionadas aos encontros vividos;
- Promover uma despedida dos participantes do espaço grupal.

⁶⁵ Roda de conversa organizada pelo grupo de discussões clínicas junguianas – Orbital, do qual eu fazia parte.

No quinto e último encontro da primeira etapa da pesquisa, o grupo mostrou alegria após três semanas de intervalo. A sala já estava organizada para realização de uma pintura coletiva, com os materiais dispostos sobre a mesa, o que gerou curiosidade e alguma excitação. Combinamos de fazer essa atividade na segunda parte do encontro, pois seria um modo de ritualizarmos nossa despedida e o encerramento dessa etapa.

Na primeira parte deu-se uma discussão de casos clínicos, trazidos espontaneamente pelos profissionais; retomamos diversos temas já discutidos nos encontros anteriores, todos ligados ao papel do psicoterapeuta e aos dilemas transferenciais. Constituiu-se no grupo um clima de supervisão, tendo destaque o tema da transferência e da contratransferência a partir do relato mais detalhado de alguns casos clínicos trazidos principalmente por dois terapeutas, Walmir e Mônica. Em comum, esses relatos mostram alguns dilemas vividos no acompanhamento de processos psicoterapêuticos que envolviam aspectos suicidas e comportamentos autodestrutivos dos pacientes.

Na segunda metade do encontro, a partir do convite “*Vamos fazer uma pintura coletiva que reflète nossa experiência vivida até aqui?*”, todos pintamos juntos um painel que foi disposto sobre o chão da sala na posição horizontal. Em seguida, conversamos sobre essa experiência e as imagens variadas que surgiram na pintura, compartilhando o que suscitaram em cada um de nós, como refletiam aspectos simbólicos e metafóricos de nossas vivências nessa primeira etapa da pesquisa (ver seção 7), encerrando oficialmente as atividades.

5.1.6 Sexto encontro realizado em 23/out/2020 (2ª. etapa da pesquisa)

Objetivos e síntese

- Retomar o contato entre os participantes após o intervalo previsto entre a primeira e a segunda etapa da pesquisa;
- Apresentar impressões da pré-análise dos dados da primeira etapa aos participantes;
- Avaliar possíveis alterações na percepção e conduta dos terapeutas no manejo de processos que envolvessem a temática do suicídio e temas afins em sua prática clínica e visão de mundo.

O encontro foi realizado na modalidade *online*, cerca de um ano após o encerramento da primeira etapa da pesquisa (com seis meses de atraso em relação ao projeto original, devido à pandemia). Grande parte da discussão transcorreu em torno das possibilidades e dificuldades encontradas no atendimento *online*, principalmente nos casos de pacientes com questões ligadas à ideação e tentativas de suicídio. De maneira geral, os terapeutas

discorreram sobre os aspectos positivos, preocupantes ou até mesmo impeditivos para o atendimento *online* em tais casos, que deveriam então ser atendidos idealmente nas modalidades presencial ou híbrida.

O grupo comparou o atendimento presencial *versus online* e as dificuldades relacionadas às condições do espaço físico onde se encontravam os pacientes para a realização das sessões. Os impedimentos ligados a esse desafio diziam respeito a situações em que o paciente se encontrava em locais sem espaço privativo e sigiloso para a videoconferência. Por exemplo, pessoas que se encontravam em crise conjugal ou situação de violência que por ocasião do isolamento social estavam reclusas no mesmo espaço físico do cônjuge ou agressor. Nessas situações, alguns pacientes optavam por realizar as sessões no carro, estacionados em garagens, praças, entre outros. Havia também situações em que as pessoas se encontravam em trânsito, no ônibus, metrô, táxis, ou andando nas ruas, o que prejudicava ou até mesmo impedia a realização das sessões; por exemplo, em situações que o paciente estava dirigindo e falando com o terapeuta simultaneamente.

Assim, foi-se estabelecendo um parâmetro para a possibilidade de não se realizar o atendimento *online* nas condições comentadas, enquanto fosse possível encaminhar o paciente para outro profissional ou equipamento de saúde próximo ao seu local de residência. O motivo para esse cuidado recai sobre a responsabilidade ética do terapeuta: conseguir avaliar as condições egoicas do paciente para lidar com os limites próprios do atendimento *online*. Por exemplo, a dificuldade de oferecer uma sessão presencial num momento de crise, quando o paciente pode se sentir mais desamparado ou vulnerável. Por outro lado, os terapeutas também trouxeram respostas criativas deles e dos pacientes para manterem o processo psicoterapêutico a despeito dos desafios, indicando a adesão em grande escala à psicoterapia *online* e sua importância social naquele momento coletivo traumático e desafiador.

Havia uma preocupação circulando no grupo em relação aos efeitos de médio a longo prazo dessa ampliação ao atendimento *online*, no sentido ético, quanto à banalização, já que abundam na internet as ofertas de terapias duvidosas e até charlatãs, com ares de psicoterapia.

Na sequência, houve uma discussão sobre as impressões que tiveram a respeito da participação na pesquisa e os desdobramentos em sua prática clínica. Surgiu mais uma vez a necessidade de desconstruir os ideais heroicos na conduta terapêutica e uma reflexão sobre a relação dessa tendência com o tabu do suicídio na formação do psicólogo e do psicoterapeuta junguiano.

Tendo apresentado a síntese de cada um dos encontros da primeira e segunda fase da pesquisa, no próximo capítulo seguiremos na análise das categorias temáticas.

6. ANÁLISE DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Neste capítulo apresento a análise das principais categorias temáticas a partir dos núcleos de sentido identificados na análise inicial de conteúdo de cada um dos encontros, já apresentada no exame de qualificação. Para isso, segui os parâmetros gerais de análise qualitativa propostos por Minayo (2014), que serviram para operacionalizar as categorias de análise e proceder a uma leitura compreensiva dos temas identificados, como será detalhado a seguir.

6.1 OPERACIONALIZAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Após ouvir os áudios dos encontros e ter em mãos as transcrições, identifiquei os primeiros núcleos de sentido que se destacavam nos diálogos e nos desenhos do grupo. O principal critério para identificar tais núcleos, em meio à grande abrangência de informações coletadas, foi extrair as maiores recorrências (entre palavras, expressões verbais e frases), bem como o reaparecimento de símbolos nos desenhos, entre cores, imagens, composição gráfica, etc.; *sol e lágrimas*, por exemplo, surgiram relacionados ao tema da contratransferência, envolvendo impulsos de “salvação” e sentimentos de “impotência” dos terapeutas. Outros símbolos, ainda que singulares, também foram considerados pela relação significativa com os temas mais centrais da tese: locais e formas mais comuns de cometer suicídio (prédios, janelas, cordas), por exemplo.

O passo seguinte consistiu no agrupamento desses primeiros núcleos de sentido a partir de semelhanças substancialmente relacionadas aos objetivos e problemas elencados na pesquisa. Os principais núcleos de sentido identificados em cada encontro foram agrupados em quatro quadros para melhor visualização e acompanhamento do processo de sistematização e pré-análise dos conteúdos.

Após agrupar os núcleos de sentido, imprimi os quadros e destaquei em cores os que mais apareceram para definir os eixos principais de análise. Agrupei em cada um deles os subtemas que mantinham afinidade conceitual e/ou prática com a categoria principal, como veremos no quadro abaixo.

Quadro 2: Principais eixos temáticos de análise

<p style="text-align: center;">Suicídio: teorizações conceituais</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Suicídio: direto, indireto ● Suicídio “frouxo”, tentativa de suicídio. ● Suicídio: intergeracionalidade. ● Suicídio: loucura, pulsão de morte. ● Suicídio: individualização, libertação. ● Suicídio: tabu e suas interdições, aspectos religiosos. 	<p style="text-align: center;">Método terapêutico: manejo do suicídio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Papel do terapeuta: salvador, agente de vida, amigo. ● Transferência e Contratransferência, impotência, raiva. ● Sombra do analista, narcisismo. ● Relação com familiares. ● Manejo da crise suicida. ● Pandemia: desafios e possibilidades do atendimento <i>online</i> em crises.
<p style="text-align: center;">Interdisciplinaridade</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicalização e patologização da vida. ● Conflitos profissionais com psiquiatras; alternativas não-medicamentosas. ● Dificuldades enfrentadas no trabalho realizado em consultório <i>versus</i> institucional. ● Luto do terapeuta: fracasso e desamparo. ● Prevenção, pósvenção. 	<p style="text-align: center;">Influências macrosociais</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hipermodernidade: tecnologia e influências Digitais. ● Internet e redes sociais: iniciação precoce de crianças e adolescentes. ● Neoliberalismo e sofrimento mental. ● Desamparo social e familiar.

6.2 ANÁLISE E COMPREENSÃO SIMBÓLICA DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Tendo recolhido imagens, conceitos, representações afetivas que apareceram nos relatos e nos desenhos dos psicoterapeutas em diferentes encontros do grupo, o passo seguinte consistiu em discutir os temas elencados em cada eixo ou categoria numa perspectiva transversal, integrando dinamicamente os aspectos vivenciados e narrados ao longo dos seis encontros, com base no método de análise simbólica da psicologia analítica. Considerando que dos desenhos criados pelos participantes no primeiro encontro emergiram os principais núcleos de sentido que levaram à operacionalização das categorias de análise, optei por dar início a partir deles, como veremos a seguir.

6.2.1 Apresentação dos desenhos dos participantes

Os desenhos serão apresentados na ordem em que os terapeutas se apresentaram no grupo, e com um breve trecho de suas falas. Eles permitem não só nos familiarizarmos com dados pessoais e profissionais, mas com a visão que tinham do suicídio e de sua prática clínica no início da pesquisa. A primeira a se apresentar foi Fernanda, dizendo ter recebido muitas crianças e jovens em seu consultório com a temática do suicídio num período recente; ela buscou simbolizar a dor deles com lágrimas.



Figura 1: Fernanda (1.º encontro)

De um lado tem as lágrimas quando elas chegam com essa dor, com essa lágrima terrível, muitas vezes expressa na raiva, na solidão, na falta de sentido...

A terapeuta relaciona as temáticas trazidas por esses pacientes diretamente com o uso precoce de jogos eletrônicos. Em seu depoimento, percebemos um forte sentimento contra-transferencial no manejo desses casos:

Eu confesso pra vocês que sempre que chega algum [paciente] com essa dor do suicídio, isso me pega, me pega mesmo, à noite eu sonho, eu durmo, eu rezo, eu peço proteção praquela jovem, praquela criança, eu rezo pra caramba porque eu tenho filhas que já passaram pela idade que esses jovens estão passando, e aquele clamor ali [das lágrimas] é o que tá no meu desenho. (Fernanda, 11 out. 2019).

O sentimento de impotência e de dúvida aparece também em sua fala, quando diz que se esforça por ler e estudar tudo que tem acesso, mas ainda assim termina se perguntando “*é tanta informação que eu fico assim, será que eu tô aprendendo mesmo? Será que não tô aprendendo nada?*”. (Fernanda, 11 out. 2019).

Uma ideia que parece refletir seu objetivo como terapeuta ao lidar com tais casos é o desejo de “trazer luz” quando vê um adolescente que chega com sofrimento intenso por ela ilustrado pelas lágrimas volumosas no desenho, o que justifica inclusive seu interesse em participar do grupo: “*Acho que eu tô aqui pra partilhar como que a gente faz essa transição pra trazer luz pra essa lágrima pra esse jovem, né? Se eu conseguir um pouquinho saber como se faz isso, eu tô feliz (sorrindo)*” (Fernanda, 11 out. 2019).

Na fala de Fernanda aparece uma necessidade de encontrar parceria para acomodar o mal-estar. Aparece também uma fantasia associada à ideia de “trazer luz”, talvez no sentido de salvar o paciente de seu estado psicológico negativo e sombrio, o que contamina transferencialmente o estado psíquico da terapeuta:

Não é fácil porque aqui nesse rio eu encontro essas coisas que eu ponho aqui que eu não sei nem exatamente o que é: resíduos de significados doloridos

dentro dessa alma e muitas vezes eu não sei discriminar, nem o jovem sabe discriminar o que tem no seu inconsciente... (Fernanda, 11 out. 2019).

Ela está se referindo a um “rio” que se encontra à direita, na base do papel, abaixo do grande sol colorido. Ele é feito de linhas e diversas formas redondas e retangulares coloridas que indicam movimento, e fazem um claro contraponto em relação ao tom azul-claro das lágrimas que estão à esquerda no desenho, que se tornam quase transparentes. A expressão do sol é risonha e alegre, assim como parece ser o rio, embora a lente usada contra-transferencialmente pela terapeuta a leve a vê-lo formado por “resíduos de significados doloridos” da alma do paciente.

Em seguida, o desenho da participante Mariana ilustrado com um conjunto de faces, algumas com lágrimas; há vários corações.



Figura 2: Mariana (1.º encontro)

Tem umas lágrimas (nas faces do desenho) ... eu me coloquei pequenininha, porque é isso, eu acho que as emoções... às vezes a gente tá sozinha... muitas vezes tem momentos que a gente fica numa situação... tão pequenininha perante aquela demanda de o que fazer, né? O que que a gente pode segurar, vou segurar... segurar até quanto?... acho que é angustiante... esse choro é um pouco dessa angústia.

O sentimento de impotência aparece quando ela diz que se sente “pequeninha”, insegura sobre o que fazer e angustiada, perguntando-se até onde consegue “segurar”. Ao contrário do desenho anterior, neste as lágrimas estão vinculadas à terapeuta e não ao paciente, indicando também sentimentos contra-transferenciais intensos da terapeuta em momentos de impotência.

Na fala de Mariana também aparece a necessidade de troca para refletir sobre dois casos de pacientes que apresentavam tentativas de suicídio, e que foram muito mobilizadores

em sua descrição⁶⁶. Essa mobilização afetiva da terapeuta apareceu refletida no gesto que fez com a mão levada ao peito dizendo “*Quando a Santana me convidou e tal... engraçado, algo acendeu aqui, eu não sei dizer muito bem; acendeu né, eu acho que é porque talvez eu quisesse falar.*”.

Um dado pessoal significativo diz respeito a uma vivência pessoal de Mariana com seu pai, que era alcoolista e faleceu aos 57 anos. Foi um relato importante por levar o grupo mais de uma vez a discutir o conceito de suicídio, diferenciando-o em modalidades, no que chamaram de “suicídio direto” e “suicídio indireto”. Essa questão apareceu em diversos momentos nesse encontro e nos seguintes.

Na sequência, o desenho da participante Renata, que representou tanto seu trabalho em consultório como no CAPS.



Figura 3: Renata (1.º encontro)

O meu desenho quase que parece uma história em quadrinho pra contar um longo percurso, porque esse tema tem a ver comigo desde sempre... sei que não é um grupo terapêutico, tá gente... isso vai ficar claro aqui pelo meu relato. Mas assim eu coloquei, aqui, eu criança (primeira figura humana à esquerda e abaixo do sol); depois, eu me toquei que não dá pra saber se eu tô de frente ou de costas pra essa estrada... Aqui, eu adolescente aos dezoito anos (segunda figura humana da esquerda para a direita, sentada numa carteira escolar com um livro à mão; ao lado dela estão três cartelas de medicação), concluindo o ensino médio, tentei suicídio... aqui, são as cartelas de medicação...; então, essa foi minha primeira vivência com esse tema... Pouco tempo depois disso eu perdi meu irmão por suicídio, ele tinha apenas vinte e um anos (figura humana pendurada numa corda entre a 2ª. figura humana e o prédio CAPS); e me tornei psicóloga, fui trabalhar num CAPS [Centro de Atendimento Psicossocial]. Minha primeira experiência foi como psicóloga num CAPS... muitos casos graves, crônicos... muitos relatos de tentativa e de efetivação de suicídio...

Há uma estrada que separa o prédio do CAPS, onde vemos uma pessoa ao lado caindo com uma corda amarrada ao pescoço. Ela é sinuosa e separa esse prédio e esse suicídio de outro, que aparece ilustrado em outro prédio do lado oposto da estrada, onde também vemos

⁶⁶ Infelizmente, não foi possível ouvir o relato detalhado dos casos anunciados por Mariana, pois ela teve de deixar o grupo em função do falecimento de um familiar logo após esse primeiro encontro, como foi citado na tabela de composição do grupo.

um corpo caindo pela janela. A estrada sinuosa pode refletir metaforicamente tanto o longo e instável percurso descrito pela colega, como a movimentação afetiva produzida em nós ao ouvirmos os relatos detalhados dos casos de suicídio que vieram à tona neste mesmo encontro e nos subsequentes. Ela menciona a própria tentativa de suicídio com medicamentos na adolescência, além do suicídio de um irmão que na época era um pouco mais velho do que ela. Nos encontros seguintes dará também mais detalhes sobre a morte de uma paciente no CAPS acompanhada por ela, e de outra, atendida em consultório, que está representada no segundo prédio do desenho (ver seção 6, sobre relatos de suicídio).

Neste desenho, o sol também parece radiante, embora só se deixe ver parcialmente, à esquerda. Há três girassóis do lado oposto, numa linha diagonal, criando certa harmonia no desenho, como se as duas pontas opostas emoldurassem o tema denso de toda área intermediária entre as duas figuras. A menção feita por Renata de que se colocou como uma criança no desenho e que não dava para saber se estava de frente ou de costas para essa estrada possivelmente sintetiza sua tendência ambivalente ao falar sobre o tema, uma dificuldade que ela irá explorar em mais detalhes nos encontros seguintes, principalmente no encerramento da primeira etapa da pesquisa.

Na apresentação de Renata, vemos que ela tem uma vivência intensa com o tema suicídio, em termos pessoais e profissionais⁶⁷. A quantidade de casos e ocorrências em seu trabalho clínico dá uma dimensão da diferença do público atendido num consultório particular em relação às demandas que chegam a um equipamento de saúde pública, como o CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) ou em Unidades Básicas de Saúde (UBS). É interessante notar também o impacto contra-transferencial da perda dos pacientes pelo suicídio na condição psicológica da profissional, quando ela alerta para a diferença que existe entre lidar com o tema quando atende pacientes que tiram a própria vida, diferentemente do que sentimos diante de frios dados estatísticos.

Diferentemente do que se passa no CAPS, onde ela tem a possibilidade de contar com outros colegas numa equipe multidisciplinar, Renata fala da solidão e do desamparo que sente ao conduzir casos em sua prática clínica realizada em consultório particular, pois “*ali é você e o caso, sozinho...*”.

Em seguida, o desenho da participante Sueli. Aparece uma associação da adolescência com a “flor-florescência”. Sueli apresenta suas inquietações sobre os impedimentos para o

⁶⁷ Inicialmente, quando elaborei o método da pesquisa, havia considerado excluir pessoas que tivessem vivências pessoais ligadas ao suicídio, mas após discutir o assunto com meu orientador, chegamos à conclusão de que o relato dessas experiências poderia ser muito rico na configuração do grupo, o que de fato se confirmou pela participação desta profissional, e de Mônica, como será visto adiante.

adolescente florescer atualmente, porque como ela mesma diz, mesmo que o adolescente queira, “*parece que tem algo que não consegue ir pra vida*”.



Figura 4: Sueli (1.º encontro)

Pensei na flor, primeiro porque eu gosto, e porque pra mim a adolescência é o florescer, o desabrochar, é a florzinha que tá na época de abrir, né?

Na sequência, ela faz uma analogia da tarefa do analista com a de um jardineiro (metáfora também usada por Jung no livro “A prática da psicoterapia”, vol. 16), explicando que o papel do analista seria “*descobrir que semente é essa?*”. Arrisca uma hipótese da possível causa que poderia estar impedindo a semente de desabrochar nos dias de hoje, associando com uma dificuldade de o adolescente viver a separação dos pais.

Sueli trabalhou como voluntária no setor de Hebiatria, com a equipe de psicólogos de uma Faculdade de Medicina no ABC, no período de fevereiro a novembro de 2019. Sua participação no grupo mostrou-se também muito rica por ilustrar, tanto quanto outras participantes, as diferenças do trabalho realizado numa instituição em relação ao que é possível realizar no consultório particular em casos que envolvem a temática do suicídio entre jovens. Como ela atende vários adolescentes, Sueli tem muita experiência no contato com os pais, especialmente na instituição, onde a participação deles é um critério para que o adolescente seja mantido no programa de atendimento oferecido à população. Veremos que ela vai trazer um enfoque nas discussões sobre o suicídio de adolescentes mais ligado à relação pais-filhos e seus dilemas sob as mudanças sociais contemporâneas. Talvez essa visão apareça refletida no desenho quando observamos o solo onde essa planta frondosa e com várias flores se encontra: embora elas sejam coloridas, grandes, expandindo-se em direção às

bordas laterais e superior do papel, seu caule parece frágil, e o solo não tem densidade ou contornos, exatamente como ela percebe o vaso familiar na atualidade.

Em seguida, o desenho da participante Júlia.

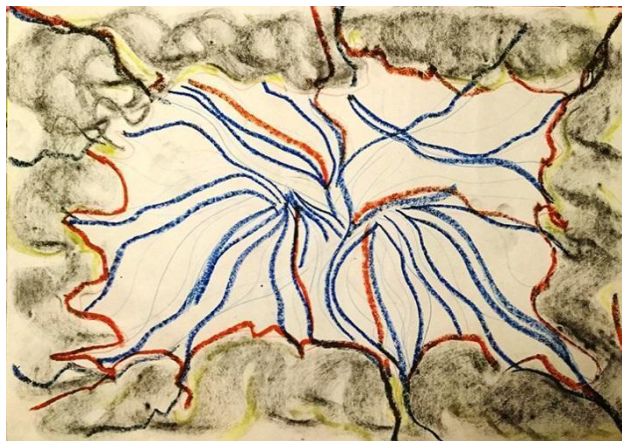


Figura 5: Júlia (1.º encontro)

O que eu pensei primeiro foi nessas “sombriedades” que chegam pra gente, mas que vão ganhando algum colorido. Eu pensei aqui no centro, numa coisa que vai dentro dessa imagem. Depois, tem uma seta para cá, uma seta para lá, e isso vai se conversando... e aí vai tendo uma integração... tô pensando numa coisa de integrar o que tá dissociado com o psíquico... corpo e alma... eu quis fazer uma lua, mas eu sou péssima em desenho, o que eu acho é que fica muito esses opostos e aos poucos a gente vai vendo uma coisa mais solar... mas aí VOLTA pra cá e é *como se fosse um espectro, não é uma coisa linear e não é uma coisa só de sombra, né...* porque se fosse só sombra não haveria o vínculo que fazem com a gente... então, não é só sombra (Júlia – 11 out. 2019 - grifo meu)

Ainda que seja difícil identificar objetivamente os elementos indicados por Júlia em seu desenho abstrato, é interessante observar que aparecem algumas referências simbólicas, como as sombras escuras penetradas por nuances amarelas que parecem iluminar essa escuridão e emoldurar as bordas do desenho, em oposição às linhas coloridas e curvilíneas internas, cruzadas entre si, que parecem compor um centro dinâmico. Portanto, há um jogo de luz e sombras, dentro e fora, que ela usou para se referir a um par de opostos representado em sua fala por Sol e Lua, indicando o que se encontra como um espectro dissociado e o que se movimenta internamente, buscando integração (ela menciona setas que vêm de lados diversos e que vão “se conversando”).

Ao discorrer sobre como lida com a “sombriedade” relacionada à temática suicida, surge o anseio por encontrar caminhos para lidar com casos “difíceis”, referenciando outra abordagem psicoterapêutica, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que se utiliza de estratégias para orientar a conduta dos pacientes de modo mais diretivo. Júlia chega a usar o termo “prescrever” ao falar de um caso clínico em que sugeriu a uma paciente que se

encontrava em crise para tomar um banho quente, mas depois resgata outra referência no manejo: o espelhamento, que tem bases mais coerentes com o método clínico junguiano.

Júlia diz que o terapeuta poderia ajudar o paciente a “dissociar dessa ‘sombriedade’ e trazer um pouco de luz”, como uma saída resolutiva para o mal-estar do paciente, mas possivelmente também para o do terapeuta, algo que veremos ao discorrer sobre as questões contra-transferenciais envolvidas no manejo clínico.

Possivelmente essa leitura inicial trazida por Júlia reflete sua prática como Acompanhante Terapêutica (AT), além de psicoterapeuta em consultório particular. Desse modo, cotejou várias vezes a experiência que tem na prática de AT com a realizada em consultório, o que permitiu uma boa diferenciação dessas práticas para os demais participantes do grupo que ainda não conheciam em profundidade esse campo de atuação do psicólogo. Foi possível perceber claramente algumas diferenças nas estratégias e intervenções adotadas por ela como AT em relação aos casos que envolvem ideação e/ou tentativas de suicídio, comparativamente às que são adotadas em consultório, notadamente relacionadas ao nível de fragilidade egoica do paciente, em que, por vezes, o AT atua como ego auxiliar. Assim, o paciente pode se sentir reintegrado inclusive somaticamente em situações de grave desagregação da personalidade.

Sandra, psicóloga e arteterapeuta, trouxe o mesmo elemento da “escuridão x claridade” em seu desenho, mas associando o sofrimento metaforicamente à imagem de um eclipse que ela criou para se apresentar ao grupo:



Figura 6: Sandra (1.º encontro)

No desenho gostei da ideia dela [referindo-se à Júlia], até ia trabalhar com o eclipse, porque a gente entende como o sofrimento, ele vem, ele escurece, e ele vai, ele permanece, né? Ele pode ficar mais forte, mais intenso. Mas ele caminha. Um momento, assim, de escuridão e claridade.

Podemos imaginar que o desenho retrata a integração suposta por Júlia ao falar dos movimentos contrários e conflitantes observados em alguns estados psíquicos mais intensos e dissociados.

Ao se apresentar ao grupo, Sandra diz que é funcionária aposentada do Tribunal do Trabalho. Ela explica que o prédio onde trabalhava era conhecido pelas manchetes de jornais em função do grande número de suicídios lá ocorridos “*não sei se vocês ouviram as manchetes, o noticiário. É um prédio que, durante muito tempo, era o foco dos suicidas. Então, eles iam lá pra efetivar mesmo o ato*” (Sandra, 11 out. 2019).

Explica que presenciou alguns suicídios, não visualmente, mas ouvindo o som dos corpos que atingiam o chão após as pessoas terem se lançado pela janela do prédio, o que levou à construção de uma grade de segurança no local, em função do número de suicídios ali praticados no período que ela trabalhou lá (cinco ou seis anos, e também um homicídio, no caso do pai que pulou da janela levando com ele o filho). Completa:

Eu já não trabalho mais ali, mas enquanto eu convivi, qualquer barulho que a gente ouvia dava a impressão que era. E é um barulho assim, que até hoje reverbera, né?! Então, foi uma experiência muito, muito assim, impactante, a gente entrava no prédio e sentia aquela vibração ruim” (Sandra 11 out. 2019).

Em seguida, faz o relato mais detalhado do suicídio de uma colega:

Eu tive que assistir o vídeo porque eu fazia parte na época da equipe de prevenção né, de cuidados da CIPA. Era da brigada, então, eu precisei ver pra gente ver questões de segurança. Enfim, essa colega que chegou, simplesmente ela chegou, ela bateu o ponto e se sentou à mesa, ligou o computador, cumprimentou as pessoas normalmente; e aí ela levantou, pegou um banquinho que tinha lá e foi até perto do elevador; simplesmente assim, muito mecânico, assim como se tivesse sendo conduzida por algo, como se ela não estivesse ali naquele momento, sabe? (Sandra).

Nesse momento Júlia comenta “*walking dead*”⁶⁸. No contexto da narrativa que vinha sendo feita, essa associação ganha o sentido de um suicídio cometido por alguém que era um morto-caminhante em tradução livre. O modo organizado e mecânico do comportamento pode indicar que foi uma ideia colocada em prática de modo tão objetivo justamente por ter sido planejada, como explica a literatura sobre suicídio (CASSORLA, 1998; 2017).

Sandra explica que participou da campanha Setembro Amarelo⁶⁹ em 2019, fez intervenções como voluntária em algumas ETECs (Escolas Técnicas Estaduais), FATECs

⁶⁸ Uma referência a *The Walking Dead*, uma série de televisão dramática e pós-apocalíptica norte-americana, criada em 2010 por Frank Darabont, com base na série de história em quadrinhos homônima de Robert Kirkman, Tony Moore e Charlie Adlard.

⁶⁹ Setembro Amarelo é uma campanha de prevenção ao suicídio, criada em 2014 pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o Conselho Federal de Medicina e o Centro de Valorização da Vida (CVV).

(Faculdades Técnicas Estaduais) e EMEIs (Escolas Municipais de Educação Infantil) na cidade de Barueri, região Metropolitana de São Paulo. Ouvimos em sua fala um anseio para que se criem outras oportunidades de conversa sobre o suicídio com a população, a fim de desconstruir o tabu que marca o tema em nossa cultura, pois a campanha é importante, mas não suficiente, em sua avaliação.

Esta terapeuta também chama atenção para a necessidade de se desmitificar estigmas baseados em ideias equivocadas sobre causas e respostas religiosas no manejo do suicídio, pois em suas ações em escolas e grupos comunitários defronta-se com visões muito negativas, que associam o suicídio a uma tentação diabólica; como se tivesse a ver com uma “falta de Deus” na vida daquela pessoa.

Ela reitera a importância do uso de recursos expressivos, principalmente a proposta da dança como recurso terapêutico em grupos nas comunidades onde transita e participa como voluntária: “eu trabalhei com dependentes químicos... atualmente trabalho numa comunidade terapêutica com mulheres... elas são dependentes químicas e eu desenvolvo um projeto com a dança... hoje com a psicologia e agora com a arte terapia” (Sandra, 1.º encontro).

Entende que o trabalho de arteterapia potencializa os aspectos positivos da personalidade e permite ressignificar marcas deixadas por situações de violência e depressão nas mulheres com as quais atua. Para ela, o uso de recursos expressivos não tem por objetivo transformar as mulheres que participam do projeto em dançarinas profissionais, mas contribuir para inaugurarem rumos, inclusive profissionais e familiares. Por fim, apresenta sua avaliação sobre um aspecto central que constitui o “papel” do terapeuta e que o diferencia de outros profissionais, enfatizando a disponibilidade afetiva para acolher o paciente e a necessidade de evitar o julgamento moral: *“o que você acha de fato não interessa nada. O que interessa é a sua disponibilidade de estar ali com aquela pessoa. Às vezes, você não sabe o que falar, você não sabe o que dizer, mas você está ali com ela. Isso pra mim é importantíssimo.”* (Sandra, 1.º encontro). Vemos que nos vários relatos de Sandra não aparece uma preocupação precoce em integrar, salvar, agir, mas em estar junto do paciente nos momentos mais difíceis até surgirem outros elementos que permitam encaminhamentos para as situações críticas.

Na sequência, o desenho de Walmir.



Figura 7: Walmir (1.º encontro)

Eu gosto muito desse símbolo do *yin* e do *yang*. Aí, quando a Santina falou pra fazer o desenho, eu tava com essa imagem na cabeça, porque eu tinha visto o colar da Sueli e pensei, pra mim isso representa muito a alma humana, a união de opostos; pegando um pouco carona na explicação do seu desenho, Júlia, na questão da luz e da sombra, a integração disso; eu acho que cada alma que chega pra nós vem com essas questões que podem ser mais sombrias ou menos sombrias; e eu acho que faz parte do nosso trabalho a gente acolher essas almas.

Walmir desenvolve seu raciocínio, classificando o trabalho do terapeuta como aquele que pode ser um guardião da vida: “somos agentes de vida, podemos promover a vida. Qual que é o sopro de vida de cada alma dessas que a gente acolhe, né?” Complementa, dizendo que muito do que observou em seu trabalho com pacientes que apresentavam ideação suicida, se deveu a um acolhimento amoroso. Talvez essa ideia explique por que ele inseriu o par *yin/yang* no centro de um coração:

Dar o nosso amor. Eu acho que é um trabalho de amor, de entrega... eu sinto que esses pacientes que eu atendi que tiveram ideação suicida... que no meu entender saíram bem da análise, foi muito em função de um acolhimento amoroso, que eu acho que é fundamental na hora que a gente vai construir esse vínculo, essa transferência, né? Então eu acho que pro trabalho dar certo, eu acho que envolve amor, eu sinto isso assim. (Walmir, 1.º encontro).

Na composição gráfica, o coração aparece centralizado na folha contendo o par de opostos, remetendo visualmente a uma forma uterina, como foi comentado no grupo. Essa percepção será confirmada nos encontros seguintes, conforme Walmir trouxe sua compreensão da psicoterapia junguiana, que estaria ligada principalmente à integração de opostos conflitantes na psique do paciente.

Chegamos à participante Mônica, que ficou por último na apresentação dos desenhos no primeiro encontro. Ela se apresentou explicando que trabalha como psicóloga clínica há dezoito anos. E que perdeu o pai por suicídio quando tinha seis anos, de modo que esse tema estava inscrito em sua história, deixando uma marca muito significativa, tendo-a levado não só à psicologia, mas à análise por muitos anos. Explica que durante a faculdade não

conseguia ler nada sobre o tema suicídio e que, há cerca de dois anos, recebeu uma paciente que atendeu por algum tempo e que, soube mais tarde, cometera suicídio quando estava com outro terapeuta. Como surgiu um convite para falar durante a campanha Setembro Amarelo neste ano, e ela também recebeu meu convite da pesquisa, entendeu que o tema estava constelado, pela confluência de situações relacionadas ao tema, e que seria uma oportunidade importante participar do grupo. Entendeu que agora sentia-se pronta para se aproximar e trocar com outros colegas. Ao apresentar seu desenho, houve uma confluência de ideias, possivelmente indicando um estado ansioso.



Figura 8: Mônica (1.º encontro)

A ideia do suicídio pra mim já não é mais uma coisa assim... antes era tudo preto, tudo difícil, tudo isso, tudo aquilo, que tinha a ver com o meu pai. E aí, quando eu fui fazer o desenho, ele é super-abstrato, não tem muita coisa; a única coisa REAL assim [no desenho] que eu consigo entender é o céu. Daí você vê a infância, então, o céu é onde eu penso que tá meu pai, que não é feio, até porque eu já entendi que ele foi, e ok; e aí aqui [embaixo] tem duas pessoas que podem ser um psicólogo e um paciente, pode ser dois amigos conversando, também.

Após descrever esses elementos quase figurativos, comenta sobre o processo de criação da imagem, ressaltando o surgimento de um grande ponto de interrogação azul, quase no centro da composição, um coração “porque eu penso no meu trabalho de uma forma muito amorosa”, além do mar e da rocha, inseridos somente no final.

Mônica disse que o que mais chamou sua atenção foi o uso das cores, a maioria delas, quente. A única coisa “REAL” identificada no desenho abstrato seria o céu onde imagina que está o pai. Por fim, faz menção ao ponto de interrogação, admitindo “*não saber mesmo*” sobre algumas coisas. Porém, quando Mônica segue na apresentação do desenho, completa

com a narrativa de um sonho que tentou também representar em uma parte do desenho, indicando possível relação com sua participação no grupo de pesquisa: “*e aqui tem um sonho que tive depois do seu convite, quando eu já sabia que vinha pra cá. Eu sonhei que tava deitada, dormindo, e tinha levantado*”. Parece haver no sonho uma indicação de mudança no estado ou disposição psíquica dela; disponibilidade, prontidão para se relacionar com o tema suicídio, saindo de um estado de repouso, recusa ou inconsciência.

Quando eu acabei de fazer o desenho, fiz muito com o giz de cera, e tem aquele pó que sai [pastel seco]. Aí eu precisei ir no banheiro porque tava cheio de pó e tava me incomodando. Aí eu falei “CARAMBA, tá cheio de pó!”, vi que eu fiz um desenho cheio de pó e joguei aquele pó todo na privada, e dei descarga. E aí eu pensei: bom, tem um pó dessa história de suicídio que tem a ver com a minha vida, que vai pela descarga, porque aqui [na vida] que tem outras coisas, né. As minhas escolhas estão sendo outras, tem casos na clínica que estão chegando e eu me sinto FELIZ de poder estar aqui. (Mônica, 1.º encontro)

Ao jogar o pó na privada, Mônica parece ter um *insight*. Ainda que nesse caminho surjam casos de pacientes ligados ao suicídio, Mônica parece estar com outra disposição para lidar com o assunto. Participar do grupo parece ser uma demonstração dessa necessidade e disponibilidade, na companhia de colegas de profissão, o que talvez lhe ajude a elaborar novos significados que não se restrinjam à sua vivência pessoal, mas também à sua condição de psicoterapeuta.

Na sequência, o desenho de Carmen, realizado no segundo encontro.



Figura 9: Carmen (2.º encontro)

Então, a minha representação no desenho é justamente essa, eu fiz um corpinho ali meio caído, meio marronzinho no chão porque me veio assim um tema que é de uma tristeza muito profunda, como uma morte que antecede a morte física, né?! E depois um outro, já vermelhinho, ali em pé, porque eu acho que pra uma pessoa cometer o suicídio ela precisa estar num outro momento que não é aquele do chão, que não é esse da depressão, da falta de energia; vai ter um momento que ela vai ter um pico de energia, ela vai concretizar uma ideia, um desejo.

Carmen se apresenta como psicoterapeuta formada há doze anos. Além de trabalhar na área clínica, atuou anteriormente numa editora com pesquisa de testes psicológicos e também na área de recursos humanos. O mais recente emprego foi numa Organização Não Governamental (ONG), que atua com medidas socioeducativas para adolescentes. Sobre o tema da pesquisa, ela diz que o suicídio “faz parte da vida de todos nós, não só como profissionais, mas como pessoas. Na minha vida pessoal eu já tive contato com essa experiência, amigos que se suicidaram”.

Fala do livro “Suicídio e Alma” como um marco no primeiro ano de sua graduação em psicologia, e quando fez a iniciação científica relacionada à velhice. Ao compartilhar uma informação de sua vida pessoal, traz a ideia do ‘suicídio indireto’, dizendo “eu tive um pai, era dependente químico, e a dependência química pra mim é um suicídio a conta-gotas”. Cita outros comportamentos ou hábitos para ilustrar seu raciocínio: “então, o suicídio indireto, todos nós cometemos, transamos sem camisinha, comemos açúcar [sendo diabéticos], aquela coisa: bebemos e dirigimos, enfim, por aí vai”.

Na descrição que faz de seu desenho, Carmen tenta elaborar uma leitura sobre o processo de tirar a vida associando as cores a impulsos intensos (vermelho) ou a uma tristeza profunda (marrom), indicando estados alternados de ânimo e de consciência ligados a possíveis tentativas de suicídio. Além disso, Carmen traz a ideia de que o suicida já se sente emocionalmente morto, pela falta de perspectiva ou de desejo. Usa a expressão psicanalítica “pulsão de vida” para teorizar sobre suas ideias. Aponta que o suicídio pode ser um “ato de libertação”. Associa o suicídio também a uma resposta frente à pressão por preencher os espaços vazios, observada na sociedade contemporânea: “preencher por coisas materiais: conquistas, família, amor... por tudo, compromissos”. Por fim, traz também a ideia do suicídio como algo que não é apenas negativo, em termos morais. Em sua narrativa, vão surgindo diversos elementos, como se tentasse elaborar um conceito ou sentido: “acho que na vida eu nunca vi o suicídio como algo ruim, então, não sou cartesiana no sentido de defender a vida acima de tudo, essas coisas todas”.

Tendo finalizado a apresentação dos participantes, nos encaminhamos na próxima seção para a apresentação de alguns relatos de suicídio compartilhados por três terapeutas, de maneira a compor uma imagem do grupo em relação ao nível de proximidade com o tema da pesquisa.

6.2.1.1 Relatos de casos de suicídios na prática clínica

Carmen compartilhou uma experiência de suicídio de um paciente, quando chegou ao grupo. No relato, vislumbramos a personagem “vermelhinha” de seu desenho: essa cor representaria o impulso de realização do gesto suicida que poderia ocorrer em momentos de intervalo no uso da medicação por decisão do paciente, sem possibilidade de controle.

Eu já tive paciente que se suicidou e aprendi que eu não tenho o controle, o médico também não tinha, o paciente tava medicado, acompanhado há anos. Então, não existe esse controle, nem medicamentoso. Porque a pessoa às vezes tá num estado de torpor [...], dopado de remédio. Mas se ela, por conta própria, fica uma semana sem tomar o remédio e tiver um desejo efetivo de cometer o ato, ela vai cometer. Ninguém é acompanhado 24 horas por um pai, por um cuidador, e basta dois minutos pra você se suicidar.” (Carmen, 2.º encontro).

Concordando com essa ideia, Sueli diz: “*é só virar as costas e acabou* [a pessoa faz o que quiser]”.

Renata, que já havia mencionado algumas experiências com o suicídio, fica interessada na experiência de Carmen: “*Como foi pra você, assim... quando aconteceu isso?*”. Carmen responde “*foi difícil e frustrante*”; diz que sofreu com pensamentos que a faziam sentir-se insuficiente: “*O que mais eu poderia ter feito? Poderia ter sido diferente?*”. Refere que a análise pessoal e a supervisão ajudaram-na a entender que, naquela situação, chegou até onde foi possível chegar – o mesmo talvez pudesse ser dito sobre o paciente –, isso permitiu se despedir do caso sem muitas culpas, ainda que marcada pela experiência traumática.

Na troca entre essas duas terapeutas, parecia haver uma busca conjunta de elaboração de uma experiência que tinham em comum. Renata continuou pedindo mais detalhes do caso, e perguntou há quanto tempo a colega atendia aquele paciente:

Há um ano e meio. [...] da mesma forma como poderia nunca ter acontecido ou ter acontecido com o próximo – porque às vezes, a pessoa tá em análise com você, rompeu com você e procurou outro terapeuta – aí acontece. [...] faz parte do processo dela. (Carmen, 2.º encontro).

Foi estabelecida uma cumplicidade entre as duas terapeutas, às quais se juntaram outros colegas, como Sueli, Mônica, Sandra e Walimir, oferecendo um acolhimento sustentado pela presença atenta e continente de todos nós. Possivelmente por conta disso, Renata compartilhou em mais detalhes as situações relacionadas aos suicídios que havia apenas mencionado ao apresentar seu desenho no primeiro encontro. Explicou que a figura humana que aparece caindo da janela em um dos prédios ilustra o suicídio de uma paciente de 63 anos, atendida em seu consultório particular. Ela explica que o sofrimento fica maior quando abre a janela e se depara com o prédio onde morava a paciente, de onde ela se jogou:

O prédio que ela mora é de frente pro meu consultório... então, vocês imaginam chegar pra atender, abrir a janela do meu consultório, olhar pro prédio e pro andar de onde ela se atirou... mexeu muito comigo, eu fiquei MAL DE VERDADE, porque a sensação é que no consultório é muito mais solitário, é muito mais seu o caso, né?” (Renata, 2.º encontro).

Pelo que relata, o fato de ter contato visual frequente com o prédio do qual a paciente se atirou, contribui para o sentimento de impotência e angústia, justamente por estar tão perto, geograficamente falando, e ainda assim, o caso ter tido um desfecho trágico que a surpreendeu bruscamente. Notem o ato falho da terapeuta ao dizer que a paciente “mora” no prédio, revelando possivelmente fragilidades em seu processo de luto, ou ainda um desejo inconsciente de que a paciente não tivesse morrido e ainda estivesse viva.

Renata explica que passou a aceitar os próprios limites e os do paciente a partir dessa experiência e de outras análogas, já que durante os quatro anos no CAPS a equipe perdeu seis pacientes, pois há uma grande quantidade de casos em que, mesmo o paciente estando medicado e acompanhado pela equipe e pela família, vem a cometer suicídio.

Descreveu o caso de uma paciente que tinha 32 anos “era inteligentíssima, trabalhava com revisão de texto. Então o tema que você abordasse, ela conseguia discorrer com muita facilidade”. Comentou que desde os seis anos, conforme relatos da família, a paciente tinha “um incômodo com a vida, não queria celebrar aniversário ou qualquer outra coisa; as tentativas de suicídio começaram aos 13 anos, ela foi conseguir seu intento aos 32” (Renata, 1º. encontro).

Segue falando do suicídio da paciente como uma intenção de toda sua vida, o que causava grande sofrimento e transtornos à família. Diz que também na equipe havia sempre “aquela apreensão, aquela tensão de que a qualquer momento ela vai fazer... ela vai tentar de novo”. Percebia que a paciente usava a inteligência de modo sedutor e às vezes manipulador. Em algumas situações conseguia, por exemplo, convencer o técnico do equipamento de saúde a liberá-la da internação [dizendo] ‘eu tô bem, tá tudo certo, confia em mim, eu não vou fazer nada, foi só um impulso’. Segundo Renata, a paciente foi liberada algumas vezes da emergência “mesmo com ideação gravíssima já estruturada”, e foi numa dessas vezes, após ter passado no CAPS e combinado de participar de um passeio coletivo, que souberam do suicídio dela.

Explica ter recebido a notícia do suicídio da paciente pela família, quando telefonou para confirmar o transporte que passaria na casa dela no dia seguinte para levá-la ao passeio. Foi informada que a paciente havia sido levada ao hospital por ter tentado mais uma vez suicídio com medicamentos. Lá, foi avaliada pela equipe de saúde, mas o médico não viu

gravidade para deixá-la internada, então prescreveu a medicação e a liberou para voltar à sua casa.

Nesse momento, vemos que aparece uma ambiguidade em seu relato – relacionado ao que vinha falando sobre o suicídio como possibilidade de individuação da paciente. Ela adota uma postura crítica em relação ao médico e até ao pai da paciente, como se esperasse que eles evitassem o suicídio, quando diz que o pai poderia insistir mais com o médico, alertar sobre as tentativas recorrentes e pedir para mantê-la internada.

Só que ela tava junto com o pai e o pai poderia falar: ‘não, isso que ela tá falando não é verdade... ela tá grave (...) só fala em suicídio, são tentativas recorrentes’; o pai calou quando ela conversou com a equipe de saúde, que liberou eles... mesmo ela morando sozinha. (Renata, 1.º encontro).

A terapeuta continua a narrar a situação, a partir da saída da paciente da emergência do hospital, dizendo que o pai a deixou sozinha em casa e saiu para comprar um lanche. Um dado que nos faz pensar na sombra familiar, já que em parte esse gesto pode refletir um anseio sombrio e inconsciente ligado ao desejo de liberação dos cuidados que um familiar com longo histórico de tentativas de suicídio requer das pessoas com quem convive.

Por fim, Renata explica como se deu o suicídio da paciente e a repercussão que teve na equipe:

Quando o pai volta com o lanche, ela tinha pendurado uma corda e se enforcado. Então, veja que foi um caso assim chocante pra equipe de saúde porque a gente discutiu muito, ficamos muito abalados, mas, depois, quando eu me propus a atender a família, conversei com a irmã dela que falou assim: ‘Re, a vida inteira a busca da minha irmã era a morte; será que em algum momento algum equipamento de saúde, algum profissional, nós da família, íamos conseguir evitar isso?’ (Renata, 1.º encontro).

A despeito desse relato final, que poderia servir para relativizar sentimentos de cobrança e de culpa da equipe, Renata ainda parece enredada em algumas dúvidas ao nos perguntar: “*Então, o que tem de errado no caso? O que é que deu errado? Será que algo deu errado?*”. Esse relato detalhado e suas perguntas ecoaram num silêncio prolongado que tomou conta de todos nós; nos encontros subsequentes, serviram para nos perguntarmos a respeito de fantasias sobre o fracasso: “O que é dar certo? Para quem dá certo ou quando dá errado o suicídio de um paciente?”.

Mônica quebrou o silêncio e também compartilhou uma experiência vivida com uma ex-paciente que cometeu suicídio. Era uma jovem de 22 anos, recém-formada em psicologia. Segundo ela, isso aconteceu depois que a paciente havia encerrado o processo e já se encontrava aos cuidados de outra profissional (como Carmen havia comentado momentos antes). A interrupção do processo se deu após uma breve internação na qual a paciente

recebeu o diagnóstico de esquizofrenia, tendo recebido a indicação médica de seguir com uma terapeuta da abordagem cognitivo-comportamental.

Depois da mudança de terapeuta, escreveu para Mônica dizendo que gostava de ir para as sessões, que um dia pretendia voltar, embora a mãe não gostasse que ela fizesse a terapia junguiana, pois interpretava que isso produzia conflitos entre elas. Márcia entende que esse foi um dos possíveis motivos do suicídio da paciente, o controle excessivo que a mãe tentava impor. Em sua avaliação, “A mãe a impedia de se expressar e de ser livre”. A interrupção da terapia se deu justamente porque a paciente vinha se tornando mais segura e os impasses vinham se intensificando em casa.

O modo como descobriu o suicídio da paciente produziu grande impacto em Mônica, pois foi pela rede social, com a mensagem “*in memoriam*” no perfil da paciente no Facebook. “*Quando descobri pela internet que ela morreu... putz... levei um susto! Ela morreu! Como assim? Será que eu comi bola? E tudo isso fica empatando essa questão em mim... porque ela morreu e só soube tempos depois.*” (Mônica, 1.º encontro).

O caso parece guardar alguns mistérios, principalmente em relação ao suicídio, constituindo uma dúvida acerca da competência da terapeuta (“*será que comi bola?*”), apesar de a paciente ter escrito para ela agradecendo o tempo que estiveram juntas e mencionando que um dia gostaria de retornar.

Importante mencionar que o pai de Mônica também deixou uma carta de despedida para ela quando se suicidou e ela tinha 6 anos, embora só tenha tido acesso ao conteúdo da mensagem anos mais tarde. Ler a carta foi fundamental para ela elaborar uma série de questões associadas ao que havia interpretado como abandono paterno e a sua autoestima, como compartilhou conosco. Possivelmente, ter recebido a mensagem depois que a paciente já se encontrava com outra profissional tenha tocado nesse complexo afetivo da terapeuta, embora ela não tenha feito essa conexão naquele momento, haja visto o tom pessoal que ela deu à separação como vemos em sua fala “*e aí ela foi embora... foi fazer terapia com uma outra pessoa*”.

Além disso, diferentemente da carta do pai, a mensagem da paciente não oferecia elementos para compreender possíveis causas do suicídio, tampouco ajudava a terapeuta a refletir sobre possíveis falhas na condução da terapia enquanto a paciente havia estado sob seus cuidados, o que sempre deixa em aberto um campo de fantasias que podem se tornar persecutórias e/ou acusatórias, como vimos na pergunta de Mônica sobre algo possivelmente ter-lhe escapado. Ainda que não faça essa interpretação ao compartilhar o caso, sua dúvida

talvez confronte o conteúdo da mensagem positiva deixada pela paciente, gerando ansiedade e desconforto.

De todo modo, seja nos suicídios compartilhados em que as terapeutas ainda estavam acompanhando os pacientes, seja no suicídio descoberto posteriormente, como vemos no relato de Mônica, trata-se de uma experiência que deixa marcas profundas e pode constelar fantasias de fracasso no terapeuta, as quais dificultam as possibilidades de elaboração do luto, como veremos na seção 6.6 e 6.6.1.

A seguir, será feita uma retomada das diversas associações e significados apresentados pelos participantes a respeito do conceito de suicídio nos encontros.

6.2.2 Suicídio – teorizações conceituais e interconexões

Nos dois primeiros encontros, o tema suicídio surgiu a partir das associações dos terapeutas relacionadas aos desenhos, enquanto se apresentavam no grupo. No terceiro, apresentei três *slides* com conceitos diferentes relacionados ao assunto para oferecer aos terapeutas parâmetros teóricos a respeito do tema, a fim de cotejar com o que eles vinham apresentando intuitivamente. A primeira definição era do Ministério da Saúde, e refletia uma perspectiva mais médica da questão, adotada em políticas de saúde pública, especialmente na campanha “Setembro Amarelo”. As duas seguintes traziam uma abordagem junguiana ao tema, uma do próprio Jung, outra de Hillman, conforme seguem:

1. “O suicídio pode ser definido como o ato deliberado de matar a si mesmo. A tentativa de suicídio se refere a qualquer comportamento suicida não fatal, como intoxicação, lesão ou dano autoprovocados intencionalmente” (Boletim Epidemiológico no 15, Ministério da Saúde, 2019).
2. “O segredo reside no fato de que só tem vida aquilo que por sua vez pode suprimir-se a si mesmo” (C.G. JUNG, 1944/1991, § 93, p. 82).
3. “O suicídio é o problema mais alarmante da vida. Como se pode estar preparado para ele? Por que é cometido? Por que é evitado? Ele parece irremediavelmente destrutivo, deixando atrás de si culpa e vergonha e uma desalentada estupefação. O mesmo ocorre na análise. Para o analista, o suicídio é mais complexo ainda que a psicose, a tentação sexual ou a violência física, porque representa a síntese da responsabilidade que um analista carrega. Mais ainda, é fundamentalmente insolúvel, porque não é um problema de vida, mas de vida e de morte. A consideração do suicídio também acarreta uma reflexão sobre princípios fundamentais. Descobrir sua posição face a

este problema, o analista estaria também formando sua atitude em relação às coisas primeiras e últimas, modelando e dando forma ao vaso de sua vocação (HILLMAN, 1993, p. 25).

Comparativamente, as definições de Jung e de Hillman⁷⁰ contrastam com a do Ministério da Saúde em relação à intencionalidade consciente do gesto de tirar a própria vida. Ambas as definições junguianas são mais paradoxais, ao passo que a do Ministério da Saúde é forçosamente objetiva. Tomei a iniciativa de apresentá-las considerando diferentes ideias, que surgiram espontaneamente na fala dos participantes nos dois primeiros encontros, sobre o que definiria o suicídio conceitualmente. Em função de uma compreensão teórica baseada na teoria junguiana sobre a predominância dos conteúdos inconscientes sobrepondo decisões racionais, a intencionalidade do suicídio vista no material do Ministério da Saúde foi questionada pelos participantes. A seguir, algumas definições de suicídio que foram discutidas no grupo.

6.2.2.1 Suicídio direto e indireto

Suicídio direto foi entendido pelo grupo como uma forma mais consciente e intencional de tirar a própria vida, ainda que a questão da intencionalidade fosse bastante difícil de ser identificada na maior parte dos casos, principalmente pelo fato de a psicologia analítica considerar aspectos inconscientes na dinâmica da personalidade. Assim, a ideia de uma deliberação consciente do suicídio tornou-se impossível sem assumir sua complexidade, já que, em termos junguianos, admitimos que a personalidade é formada por muitas partes, às vezes desconexas entre si, em graus variados. Algo que impõe dificuldades para o manejo do terapeuta, uma vez que a ideia de uma pessoa totalmente integrada, que poderia deliberar sobre a vida e a morte de modo constantemente consciente, é muito pouco plausível sob esse paradigma. Somos um e somos muitos, nos diz Jung em sua teoria dos complexos⁷¹, estes se posicionam habitualmente em termos de uma tensão com o eu, podendo tornar-se possessivos e, em alguns momentos, impor sua dinâmica própria às decisões da consciência. A psique reflete diversos impulsos, desejos, decisões, de modo que o dito sujeito da consciência (eu) não permanece estável em suas percepções o tempo todo, mesmo nas pessoas supostamente “normais”. Ao contrário, está submetido a flutuações perceptivas, afetivas, volitivas,

⁷⁰ Já discutida na seção 3.

⁷¹ Teoria elaborada por Jung no início do Século XX, enquanto ainda trabalhava como psiquiatra no Hospital Burghölzli. Em seus estudos sobre associação de palavras, Jung mapeou uma psicodinâmica dos complexos, inesperadamente, como ele explicou, pois não era este inicialmente o objetivo de sua pesquisa experimental, ricamente detalhada no livro “Estudos Experimentais” (JUNG, 1904/1996).

cognitivas, etc. Há uma flutuação das competências do ego em organizar esse conteúdo emergente, acarretando perda do autocontrole e na relação com variáveis externas, invalidando a ideia de uma intencionalidade racional absoluta do ato cabal.

A ideia do suicídio por vias indiretas, inconscientes ou instintivas ressurgiu no grupo mais de uma vez a partir de uma reflexão sobre o comportamento de algumas espécies animais em relação ao isolamento e autossacrifício para preservação do grupo quando ficam doentes. A analogia desse comportamento instintivo com o suicídio humano foi contestada num diálogo entre duas participantes no terceiro encontro, mas persiste a ideia de que o aspecto consciente não seria o balizador principal da noção de suicídio para os terapeutas junguianos. Portanto, a discussão sobre o tema culminou na necessidade de reconhecer uma multiplicidade de ideias no campo dos estudos sobre suicídio, algo, aliás, já levantado por Kovács (1992).

Nos dois primeiros encontros, o grupo entendeu que *suicídio indireto* diria respeito às formas inconscientes de uma pessoa se expor a riscos que levariam à sua morte, ainda que indiretamente e no médio ou longo prazo. Foram vários os exemplos dados para ilustrar essa compreensão, relacionada por eles ao conceito de pulsão de morte, tomado diversas vezes de empréstimo da psicanálise. Não obstante, o conceito apareceu mascarado pela nomenclatura do campo da psicologia analítica (“complexos” e “sombra”), referindo processos inconscientes que podem contribuir para a autodestruição.

No primeiro encontro – enquanto descrevia o perfil das mulheres do grupo terapêutico de dança que conduzia numa comunidade –, Sandra associou a dependência química a um processo de suicídio inconsciente, um modo indireto de encurtar a vida, numa tentativa de eliminar uma dor insuportável e incompreensível.

Mariana trouxe ao mesmo encontro a informação de que seu pai morrera em decorrência do alcoolismo, aos 57 anos. Sua interpretação do fato é a mesma: a adicção do álcool serviu de “encurtador inconsciente da vida”, em suas palavras. No segundo encontro, Carmen também disse ter passado por situação análoga com o pai, tratando o fato por *suicídio indireto*: “tive um pai dependente químico, e a dependência química pra mim é um suicídio a conta-gotas”.

Walmir ampliou os exemplos de suicídio indireto atribuindo-o a dada dinâmica inconsciente da sombra, vista em outros atos como a prática do sexo sem camisinha, a ingestão de açúcar, a negligência de insulina pelo diabético, dirigir embriagado, etc. Explica essa dinâmica em termos da vitória de uma parte da psique que seria mais impulsiva e que deixaria o sujeito sem capacidade racional para barrar tais impulsos.

Vemos como foi se consolidando no grupo uma leitura do suicídio indireto como um processo autodestrutivo, mais ou menos consciente, mas que atinge seu ápice com o fim da própria vida da pessoa. Entretanto, essa compreensão foi sendo matizada em muitos tons nos encontros seguintes.

No terceiro encontro, por exemplo, o grupo questionou o sentido dado à tentativa inconsciente de suicídio, buscando um aspecto mais “técnico” para sua caracterização. Ao invés de estabelecer um nexos puramente causal do suicídio indireto a comportamentos relativamente comuns, buscaram diferenciar tacitamente o suicídio da ideia comum de alguém que estaria se matando lentamente, como havia aparecido nos encontros anteriores. Esses comportamentos foram interpretados sob outra chave de compreensão: secundarizados os danos em detrimento do seu caráter promotor de alívio das tensões e angústias.

Relacionaram-se comportamentos de automutilação com o suicídio, menções a estresse pós-traumático e à relativamente desconhecida “síndrome de resignação”, associada ao coma e caracterizada por uma “nublagem” das possibilidades de encontrar uma solução para um problema, interpretado metaforicamente como uma “morte em vida”. Em todos esses exemplos vimos um alargamento excessivo do uso do conceito suicídio para outras formas de recusa da vida diante de ameaças ou conflitos aparentemente insolúveis.

Se essa síndrome de resignação foi entendida pelo grupo como um tipo indireto de suicídio, talvez possa ser repensada, por exemplo, como um tipo de regressão psicológica radical diante de uma situação traumática, conforme discutido por Jung. Poderíamos interpretar esse movimento no sentido de que há algo na pessoa que resiste e quer viver, como se aguardasse uma oportunidade para despertar. Essa leitura a distanciaria de um desejo de morte literal, ainda que esteja sendo vivida concretamente num corpo que permanece em estado de sono e inacessível aos apelos ou tentativas exteriores de ser acordado.

É possível ver semelhança entre esta constelação da desesperança no psiquismo, levando à falta de saída e, afinal, ao suicídio; mas, quanto ao coma, o fenômeno se distingue em um ponto central: não se trata de uma morte efetiva, mas de um estado vegetativo. Esse ponto permaneceu ambíguo nas discussões do grupo até o final dos encontros.

6.2.2.2 Suicídio e ambivalência: viver ou morrer?

Determinada ambivalência muito própria ganhou espaço no terceiro encontro, quando Fernanda compartilhou o caso de sua mãe: aos 80 anos, tendo sido uma pessoa ativa a vida inteira, encontrava-se bastante debilitada pelo Parkinson (do qual sofria há 10 anos), e

manifestava o desejo de morrer. Fernanda pondera: “isto não se confunde necessariamente com o desejo de suicidar-se, direta ou indiretamente”. Em várias situações difíceis na vida pode se evidenciar em nós uma tensão maior entre a parte que deseja viver e outra que deseja morrer. O que vem primeiro e estrutura a fala, no caso da mãe de Fernanda, é o anseio por fazer cessar o sofrimento.

Jung refere essas partes conflitantes como subpersonalidades, apontando sua tendência em assumir uma posição que subjugue o ego. Aparece como dado natural na clínica junguiana a compreensão de situações ambivalentes nos termos de uma dinâmica entre disposições inconscientes do indivíduo que disputam a atenção contra autonomia decisiva do ego. James Hillman propõe pensar o suicídio sob essa dinâmica: em alguns casos, uma parte possivelmente está sendo ameaçada por outra, por exemplo uma espécie de assassino interior; há, também, outros personagens, como o órfão carente e necessitado buscando acolhimento, etc; todos eles habitam a personalidade e carregam sentidos anímicos importantes. No palco da psique, os impulsos de vida e de morte constelam-se num embate alternado, diante das possibilidades e demandas oriundas de contextos diversos, constituindo uma complexa dinâmica abarcada pelo fenômeno do suicídio. Na clínica, é menos importante extrair categorias gerais de análise que buscar ter uma visão individualizada, propiciatória da compreensão correta para o manejo assertivo da situação terapêutica.

Uma questão problemática é que talvez esse modo de pensar o suicídio “indireto” conduza a uma ampliação excessiva do conceito para outras formas de recusa da vida. Estas podem decorrer tanto de possíveis ameaças ou conflitos insolúveis, como de tendências autodestrutivas atualizadas em hábitos nocivos que podem também levar à morte, mas não necessariamente ao desejo de matar a si mesmo. A esse respeito, a teorização do psiquiatra americano Karl Menninger (1938/2018) é bastante esclarecedora. Ele conceituou o suicídio, a partir de um diálogo com as noções psicanalíticas “pulsão de vida e de morte”, problematizando a relação ambivalente do indivíduo para com a morte, de modo tripartido: o desejo de matar, o desejo de morrer e o desejo de ser morto, relacionando-os com os aspectos agressivo, punitivo e erótico da personalidade. Segundo o autor, se os três elementos não estivessem presentes, emergiriam formas incompletas ou paradoxais de suicídio. Kovács (2013, p. 72), baseada no referido autor, cita como exemplos: “na falta do desejo de morrer, a pessoa pode cometer o ato suicida e depois pedir ajuda para ser salva. Se não houver desejo de matar, a pessoa falará repetidamente de sua vontade de morrer, mas não terá coragem para executar o ato”. Assim, para utilizarmos o conceito de *suicídio indireto*, teríamos que estabelecer pelo menos um critério de verificação das causas da ideação suicida ou da

tentativa de suicídio em cada caso dessa natureza; e, assim, avaliar os motivos apresentados que possam estar contribuindo para que a pessoa siga em direção à morte, seja de modo mais ou menos ativo. Desse modo, poderíamos entender se estamos mais próximos de um desejo efetivo de tirar a vida (impulso agressivo), ou um anseio por alívio de uma determinada situação que se afigure insolúvel, como o sofrimento decorrente de uma doença, por exemplo.

6.2.2.3 Suicídio “frouxo”

A terceira forma de suicídio apontada pelo grupo apareceu no relato da terapeuta Júlia, também no primeiro encontro, quando mencionou a expressão “*suicídio frouxo*”, que ouvira de um psiquiatra com quem estava atendendo um paciente adolescente. Não foi localizada literatura sobre essa expressão, indicando tratar-se de possível gíria ou jargão do campo psiquiátrico para se referir a tentativas “frustradas” de suicídio.

Ainda que não tenha repercutido no grupo tanto quanto o conceito de suicídio indireto, causa algum estranhamento o uso do termo por um profissional que remete a um preconceito comum do público leigo, quando se refere a tentativas de suicídio como “frescura”. Essa posição simplista e taxativa possivelmente reflete mecanismos de defesa e certamente atrapalha o cuidado, já que dá margem a entender que as tentativas de suicídio não requereriam necessariamente maior preocupação dos profissionais e dos familiares, entendendo-se uma tentativa que não logra atingir as vias de fato como “fraca”, portanto falha em tirar a vida. Nesse sentido, preconceitos e estereótipos diversos e o tabu do suicídio se retroalimentam, inclusive paradoxalmente, entre profissionais da saúde, como também foi discutido pelas colegas do grupo que trabalhavam em equipamentos de saúde pública ou privada. Fundamental, portanto, ampliar a visão dos profissionais para uma compreensão das tentativas de suicídio a partir da questão central discutida no campo da suicidologia, referente à ambivalência entre vida e morte, à dinâmica dos complexos, e, também, aos vários personagens psíquicos que habitam a psique, como foi apontado acima a partir das ideias de Menninger, Jung e Hillman.

A OMS alerta reiteradamente sobre a necessidade de se falar de modo responsável sobre o suicídio para esclarecer a obscuridade que paira sobre o tema – o que por si já configuraria um modo de prevenção. Há também recomendações técnicas e metodológicas específicas para a comunicação envolvendo casos de suicídio, sobretudo na grande mídia, com ênfase na preservação de informações sobre locais e métodos utilizados, principalmente por pessoas famosas, a fim de evitar o efeito contágio. Reflete, ainda, o respeito às pessoas

que se encontram em sofrimento, suas dificuldades de variadas ordens e a de seus familiares, quando convivem com tentativas e/ou casos de suicídio⁷² (OMS, Guia Live Life, 2021).

De todo modo, a expressão “suicídio frouxo” ressoa uma perspectiva pejorativa adotada pelo profissional, pois remonta à ideia de uma tentativa “frustrada” de suicídio, o que merece grande atenção, pois as tentativas constituem um dos principais critérios de risco de concretização do ato, já que a reincidência permite ao paciente ajustar o método usado previamente⁷³.

Além disso, as tentativas revelam ideias e fantasias que se encontram por trás e na base do ato suicida – possivelmente relacionadas não só à própria vida, suas frustrações e impossibilidades, mas também como mensagens simbólicas – podendo endereçar demandas às pessoas e/ou instituições com quem e nas quais o paciente se encontra envolvido. Ainda que seja impossível generalizar as causas de um suicídio, há aspectos que o caracterizam como um ato que, embora radicalmente individual, compõe uma cena ou se apresenta numa cena que deixa algo dirigido aos outros – sejam pessoas ou instituições, como já foi discutido por Marquetti (2011).

Esta autora resgata o sentido intersubjetivo do suicídio a partir de uma pesquisa inicial com familiares de suicidas, incluindo também os profissionais da saúde, que não podem escapar de se haver com um lugar no qual são colocados – de espectadores – diante de uma situação que está sendo “encenada”, no sentido arquetípico do termo, já que guarda alguma semelhança com uma trama teatral onde há um protagonista e aqueles que o assistem, nos múltiplos sentidos desse termo. Marquetti (Ibid., p.16) avalia que os espectadores “necessariamente precisam se envolver e se comunicar com a própria cena e cenário de escolha do modo de comunicar o desejo de morte”, algo que podemos associar à proposta de Hillman para a atitude do terapeuta, quando diz que o suicídio guarda um sentido de convocação para estar junto na cena da morte, metafórica ou quase-literal (no caso de uma tentativa). Afinal, o gesto comunica algo, seja para pleitear (atenção, cuidado, socorro); ou para comunicar (frustrações, traumas, agressividade, etc.). Fundamental é se colocar a serviço de compreender a cena para além dos significados óbvios, a fim de elaborar junto do paciente e familiares uma possível resposta à pergunta fundamental: O que essa tentativa nos comunica e pede ou demanda?

⁷² *LIVE LIFE*: An implementation guide for suicide prevention in countries. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>. Acesso em 03.dez.2021.

⁷³ A campanha *Setembro Amarelo*, coordenada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), informa que aproximadamente 50% daqueles que efetivam um suicídio já haviam tentado previamente. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/post/suicidio-fatores-de-risco>. Acesso em 2 set. 2022.

Assim, a tentativa de suicídio pode inaugurar um campo de interlocução com uma das partes da personalidade que se encontra em sofrimento e impedida de pedir ajuda diretamente, enquanto se negocia com a outra, que pode ter desistido de viver ou escolhido mais ativamente pôr um fim à existência, conforme cada caso. Num certo sentido, a tentativa de suicídio constitui um portal para se adentrar no processo do suicídio com o paciente, onde ainda se pode acolher, ouvir, cuidar e construir modos de lidar com o sofrimento, que pode ou não prevenir o ato fatal. Trata-se de uma experiência que pode incutir motivos de vergonha, culpa e embotamento do paciente, mas também de reconexões, a depender de como ele é ouvido e cuidado pelos que se encontram ao seu redor. No capítulo 3 da presente tese veremos caminhos de compreensão e manejo para trabalhar os conteúdos encenados no ato suicida com base nas noções de patologizar, reimaginar, personificar e psicologizar, propostos pela psicologia arquetípica.

6.2.2.4 Suicídio e loucura

O filme “Coringa” ocupou toda a segunda metade do quarto encontro, na associação entre suicídio e loucura. Júlia propôs pensarmos a relação entre o suicídio, como “um ponto fora da curva”, e a loucura, também constelada, como um estado fora do que é considerado adequado num determinado espectro de normalidade psíquica. Houve longo silêncio diante dessa hipótese.

Renata tomou a palavra sobre como suicídio e loucura não podem ser completamente explicados pela racionalidade, pois ambos são frequentemente produtores de medo na sociedade. Para ela, esse critério prepondera na interdição de temas e pessoas pelo corpo social, onde a loucura é vista como fruto de uma atuação radicalmente fora das regras de certo e errado que norteiam as ideias e comportamentos esperados dos indivíduos, variáveis em cada cultura.

Fernanda pensa que a loucura também pode ser um modo de se salvar de situações, ideias e demandas insuportáveis, quando a pessoa “dá uma de louca” e rompe com pressões e cobranças internas ou externas com as quais não consegue se entender. Essa ideia talvez guarde relação com o suicídio, no sentido de um gesto de esperança ligado à possibilidade de uma fuga para encontrar paz “em outro lugar”, conforme foi discutido no primeiro e segundo encontros.

Walmir associa a loucura a uma espécie de fixação mental e afetiva que torna a pessoa rígida, tomando literalmente os símbolos naquilo que experimenta, o que deixa pouco espaço

para o indivíduo lidar subjetivamente com tensões e angústias ou ansiedades arcaicas. Ele recorre à teoria junguiana para explicar o conceito de “saúde” como fruto da possibilidade de “dialogar com os opostos”, não simplesmente como um estado de liberação das tensões que idealmente levaria à felicidade. Exemplifica a loucura como uma identificação, que no filme aparece no “palhaço sádico”, para ele um exemplo clássico da loucura, já que ao usar “*só uma persona – que é o Coringa – a máscara passa a ser ele, está colada nele, que ficou louco. Esta foi a forma que ele encontrou de lidar com o mundo, ainda que violenta e sofrida*” (Walmir, 4.º encontro).

O conceito de loucura em Psicologia Analítica não se reduz ao sentido leigo de que o fenômeno configure tão somente uma oposição à sanidade, mas guarda relação direta com o que Jung chamou de “inflação psíquica”: em termos metafóricos, experimentar uma sensação de “semelhança com Deus”. Jung toma o termo de Adler para caracterizar certos traços fundamentais da psicologia neurótica do poder, e recorre ao Fausto, de Goethe, numa passagem em que Mefistófeles diz: “Segue o velho conselho de minha tia, a Serpente. Tua semelhança a Deus te deixará todo tremente” (JUNG, vol. 7/2, §224, p. 15). Trata-se de um estado de envaidecimento e arrogância na relação com o outro e com o ambiente, quando a consciência perdida de seus limites individuais; para Jung, essa condição caracteriza um estado neurótico. Neste caso, a inflação pode advir da identificação do eu com uma determinada *persona* – ocupações, títulos e outros papéis sociais –, que condiciona a liberdade do sujeito. Este perde a capacidade de se diferenciar no dimensionamento das escolhas em relação à realidade imediata. Ao contrário, dá-se uma “expansão da personalidade para além de seus limites individuais” (JUNG, vol. 7/2, §225-227, p. 17).

De modo semelhante, numa crise psicótica – como a que podemos identificar no personagem Coringa – a inflação psíquica leva a uma dissolução das funções conscientes e críticas do eu, que é então “engolido” por uma *visão de valor impessoal* ou arquetípica⁷⁴. Isso reduz sua capacidade de se defender e manter os limites de sua consciência ante os afetos e ideias que o tomam. Trata-se de uma condição em que desaparecem os parâmetros de diferenciação dos opostos: eu-outro, dentro-fora, consciente-inconsciente, fantasia-realidade, conforme analisado por Jung:

Será que o doente elaborou ou construiu tal concepção ou esta lhe ocorreu por acaso? Terá sucumbido a essa visão? Esta última alternativa pode ser corroborada por seu estado de desintegração patológica e por sua inflação. Não é mais *ele* quem pensa e fala, *algo* pensa e fala nele: por isso ouve vozes. (JUNG, vol. 7/2, §229, p. 19 – grifo do autor).

⁷⁴ Conforme a hipótese de Jung, apresentada na revisão do conceito suicídio na introdução desta tese.

Por escapar à norma e produzir descontrolo e disfuncionalidade em relação às expectativas sociais, a loucura é associada imediatamente ao suicídio. “Comportamento suicida”, por exemplo, é uma expressão corriqueira para definir uma personalidade errática que põe a si mesma em risco. Na psiquiatria, a loucura é apontada como uma das causas possíveis do suicídio, quando se fala de esquizofrenia⁷⁵, submetida à mesma lógica biomédica. Na psicologia analítica e arquetípica, tanto Jung como Hillman e Silveira abordam a patologia como forma da alma expressar que se encontra mergulhada em dramas e tramas arquetípicas que ameaçam intensamente o ego. Porém, elas também compõem uma paisagem subjetiva com sentidos prospectivos que precisam ser ouvidos, acolhidos e assegurados em sua potencialidade arquetípica – ainda que não compreensíveis pela lógica social vigente.

Se, de um lado, abreviamos a distância conceitual entre suicídio e loucura – ambas experiências análogas, de despersonalização –, também mencionamos o outro lado, que assume uma forma de loucura no excesso de normalidade. Um estado de tentativa de hiper adaptação, forçada pela configuração social contemporânea, cujo imperativo é a performance exibicionista: a *normose* (o conceito é de Jean-Yves Le Loup), numa sociedade que terceiriza cada vez mais os riscos e custos sociais para o indivíduo⁷⁶. Recorrendo tanto à literatura⁷⁷ como à experiência clínica, podemos identificar funcionamentos psicopatológicos, em doses mais brandas do que um dia já foi observado em manicômios. Jung, por exemplo, ilustra numa passagem curiosa a reação de um visitante do Hospital Psiquiátrico Burghölzli que constatou a semelhança dos doentes, nas diferentes alas, com a sociedade de Zurique (JUNG, vol. 7/2, §228, p. 18).

A unilateralidade, quando fixa o ego a uma única *persona*, configura uma forma de desmedida ou inflação. O constrangimento do indivíduo a uma hiper adaptação nos padrões de produtividade cada vez mais extenuantes pode levar ao adoecimento físico e psíquico, portanto, indiretamente ao suicídio, sobretudo quando há associação a outras formas de sofrimento. A síndrome de *burnout*, por exemplo, é responsável pelo afastamento dos

⁷⁵ Além dos três tipos de suicídio mais comuns discutidos por Durkheim (egoísta, altruísta, anômico), o autor citou o suicídio “vesânico”, decorrente de uma alienação mental”, embora não o tenha incluído entre os demais em seu estudo estatístico, que em sua visão guardavam relação mais direta com causas sociais, razão de ser de sua obra máxima. (DURKHEIM, 2014, p. 133-134).

⁷⁶ Ver referências nos itens 1.1 a 1.3 da presente tese, onde apresento autores que discorrem sobre a relação do sofrimento psíquico com os aspectos socioeconômicos, políticos e culturais da atualidade).

⁷⁷ Na literatura nacional, temos o clássico “O Alienista”, de Machado de Assis (1999).

trabalhadores nos postos de trabalho, somatizando ansiedade, depressão e muitas doenças de fundo psíquico⁷⁸.

No caso de adolescentes e jovens, pensemos na pressão por alta performance nos estudos preparatórios do vestibular, e depois, ao ter que lidar com os desafios no início da vida acadêmica – causa largamente anotada de sofrimento psíquico associados a tentativas e mortes por suicídio. Na outra ponta desse espectro social, ampliemos nossa análise para outros segmentos – já que a maioria dos jovens no Brasil está excluída das possibilidades de ingresso na universidade, e também se suicidam devido a outras formas de opressão e violência sistêmica do Estado, como o racismo estrutural, miséria, e outras variáveis que incidem nas condições sociais e econômicas de suas famílias, gerando pressões e sofrimento psíquico intenso em jovens indígenas, negros, LGBTQIAP+⁷⁹, etc., que constituem os mais altos índices de suicídio nessas populações, segundo os estudos epidemiológicos do país.

No grupo, alguns terapeutas entendem o fenômeno do suicídio entre jovens como uma denúncia em relação aos espaços de experiência mais imediata: a escola⁸⁰, a família. O adolescente desejaria “naturalmente aproveitar as coisas boas e gostosas da vida”, mas se fecha, sofre e muitas vezes pode vir a se matar. Relacionam esse movimento regressivo à dificuldade de lidar com as cobranças contemporâneas: “*Penso que é a questão mesmo desse mundo, dessa cobrança muito grande. A gente já conversou sobre isso, essa pressão de ter que se formar, você já nasce com a sua vida toda desenhada*” (Carmen, 4.º encontro).

⁷⁸ A síndrome de *burnout*, também conhecida como “síndrome do esgotamento profissional” é uma das principais causas de falta e afastamento do trabalho. É resultado do acúmulo excessivo de estresse e tensão emocional associados à pressão constante sobre o trabalhador, produzindo uma depressão profunda e outras doenças que requerem acompanhamento médico e psicológico. Dentre os sintomas da síndrome, além da exaustão mental e esgotamento físico, também são comuns sintomas como dores de cabeça frequentes, alterações no apetite, problemas gastrointestinais, dificuldades para dormir e para se concentrar, além de sentimentos de fracasso e incompetência. Disponível em: <https://www.aposentadoriadinss.com.br/sindrome-de-burnout-direitos-de-quem-sofre-a-sindrome-do-esgotamento-profissional/>. Acesso em 10 dez. 2021

⁷⁹ A sigla LGBTQIAP+ é um conjunto de letras que representa uma ampla diversidade de identidades de gênero e orientações sexuais. Cada letra representa um grupo específico de pessoas, sendo: L: Lésbicas; G: Gays; B: Bissexuais; T: Transexuais ou Transgêneros; Q: Queer ou Questionando (pessoas que não se identificam com os rótulos tradicionais de gênero e orientação sexual); I: Intersexo (pessoas com características sexuais que não se enquadram nas definições binárias de masculino ou feminino); A: Assexual (pessoas que não sentem atração sexual); P: Pansexual (pessoas que sentem atração por pessoas de todos os gêneros e identidades); +: outras identidades de gênero e orientações sexuais que não estão incluídas na sigla.

⁸⁰ Muitos fatores de risco de suicídio se encontram na escola, onde a violência escolar, o *bullying*, o *cyberbullying* têm grande incidência, inclusive por motivos relacionados à competição e desempenho escolar. (Cf. MENNA BARRETO, M. O suicídio bate na porta das escolas. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/ultimas-noticias/2022/09/o-suicidio-bate-na-porta-das-escolas/#:~:text=Suic%C3%ADdio%20de%20adolescentes%20cresceu%2081%25%20em%20uma%20d%C3%A9cada&text=%E2%80%9CJ%C3%A1%20se%20percebe%20at%C3%A9%20casos,dos%2015%20e%2019%20anos>. Acesso em 15 set. 2022.

Nesse conjunto de ideias, duas precisam ser relativizadas: a primeira diz respeito ao tom naturalista associado à adolescência como fase de se viver “coisas boas e gostosas”, algo que não se sustenta na experiência de muitos adolescentes – especialmente pelos aspectos angustiantes ligados ao luto dessa etapa da vida, mas também por outros, já discutidos nesta tese. É necessário ponderarmos que, se para alguns o cenário contemporâneo oprime por gerar cobranças pelo proveito de oportunidades, para outros trata-se justamente da falta de perspectivas de desenvolvimento pessoal, profissional e social.

Mas, referindo-se à correria diária das crianças de classes média e alta – envolvidas em aulas, recreação, esportes, ensino complementar, artes, etc. –, e a consequente diminuição de oportunidades para estar livremente: deixar-se ficar ou engajar-se espontaneamente em alguma atividade apazível, são resgatadas pelo grupo como causas potenciais de sofrimento. Observam, como profissionais, uma constante: a expectativa, por parte dos adultos, de que crianças e adolescentes reproduzam o seu estilo de vida, como se fossem adultos em miniatura, fechados em compromissos estritos que lhes sequestram o tempo livre, para fazer dele tempo de produção.

O grupo menciona também as crianças pobres: embora não estejam necessariamente vinculadas a um uso cronométrico do tempo, como costuma ocorrer com as crianças de classe média/alta, na maior parte das vezes também estão distanciadas dos direitos de brincar; além dos estudos, podem ter que acordar cedo para cuidar de outras crianças, da casa ou mesmo para trabalhar. Concluimos que crianças e adolescentes, de um modo ou de outro, acabam tendo a infância roubada por força das pressões sociais que desrespeitam seu contexto e plenitude de direitos como pessoa, e suas necessidades emocionais.

Renata retoma rapidamente a relação do suicídio com o trabalho excessivo, pensando a partir da área da saúde, tendo, por exemplo, colegas com dois ou mais vínculos empregatícios. Entende a sobrecarga voluntária como a falta de um sentido para a vida fora do acúmulo e do luxo. A negligência do tempo de descanso e a concentração de libido em apenas uma atividade impõe sofrimento não apenas ao corpo, mas também à alma.

Voltamos a falar sobre loucura e suicídio, entendendo que a adaptação social comporta várias formas de loucura até o ponto de afastarem-nas do que consideramos “desrazão”. Por exemplo: quando Carmen se refere à submissão de uma mulher a um marido violento perguntando: “*essa pessoa tá viva ou tá morta? Ela tá viva no conceito médico, mas e na alma?*”.

O conceito “pulsão de morte” reaparece nessa discussão, como tentativa de os terapeutas explicarem comportamentos repetitivos que produzem sofrimento e até,

possivelmente, a morte, mesmo que simbólica. Para Mônica, “[essa pessoa] *faz vida na morte... e faz porque busca o prazer no desprazer*”. Relaciona essa ideia ao referido conceito psicanalítico, explicando que pulsão de morte não significa morte, no sentido lato. Carmen esclarece seu ponto de vista, dizendo que entende isso, mas que para ela esses comportamentos repetidos representam mais a morte, pois a pessoa “*simplesmente continua andando, respirando e funcionando, no sentido biológico*”, como se vivesse “*desimplicada daquilo que lhe acontece*”.

Nessa discussão em que as terapeutas estavam tateando o problema de modo a alcançar algum significado para definir o que pode caracterizar o suicídio, observamos o risco de interpretações apressadas pautadas numa visão unívoca sobre as hipóteses que vão surgindo na discussão. O exemplo dado por Carmen sobre as mulheres que permanecem submissas a maridos violentos poderia ter outros sentidos, por exemplo, se compararmos com o comportamento de alguns animais que se fingem de mortos para não serem devorados por predadores. Neste caso, a submissão da esposa seria uma estratégia de sobrevivência, e não um estado semelhante ao de um moribundo ou semimorto.

Para estimular o grupo a problematizar outros aspectos do suicídio, retomei a discussão deles nos primeiros encontros sobre possíveis relações entre comportamentos e hábitos compulsivos com suicídios indiretos. Propus aprofundarmos a diferença entre querer morrer e querer tirar a própria vida, a partir de uma fala de Fernanda: “*você pode querer morrer, mas pode não estar necessariamente querendo tirar a própria vida*”. Júlia concorda: “[suicídio é quando se] *vai para a ação*” e concretiza a morte.

Walmir discorda da separação absoluta entre os modos de se matar. Fala dos vícios como formas de exercer uma morte dosada. Problematizo essa questão a partir do que Mônica disse, ao propor que a compulsão poderia também ser entendida como um modo de viver para algumas pessoas. Walmir mantém a posição. Mônica discorda. Para ela, se trata do modo de viver que a pessoa encontrou, ainda que comporte danos.

O debate parece ter sido dominado por um tom de afirmação de convicções, indicando nossa dificuldade de tolerar que os atos humanos podem ser ambivalentes e até paradoxais; e, também que, como pessoas e terapeutas lidamos com o enorme desafio de suportar tais ambivalências.

Dessa discussão, conseguimos debater um ponto sombrio que parecia pairar por trás da ideia que associava vícios e compulsões tão diretamente ao suicídio. Júlia indaga se a associação de Walmir não poderia refletir um olhar moralista, especialmente se pensarmos que na sociedade há espaço para consumo de drogas lícitas que também produzem

sofrimento. Muitas coisas naturalizadas, como a comida e o cigarro, por exemplo, são consumidas para aliviar a angústia, ansiedades, etc. Júlia esclarece que em nossa sociedade há um discurso que visa legislar e dizer o que é a droga, como uma forma de controlar o outro, significando necessariamente moralizar.

Para Sandra, depende do ponto de vista: sobre o suicídio incide uma visão religiosa, mas o suicida não seria um louco em termos patológicos; é julgado como tal por cometer algo aparentemente irracional, indecifrável à explicação externa. Mas que pode perfeitamente vir de uma hiper consciência do caráter insuportável de determinado sofrimento.

Acrescento que, além de ser chamado de louco, o suicida também pode ser paradoxalmente considerado covarde ou corajoso. Atualmente, muitas pesquisas na psiquiatria buscam associar o suicídio a transtornos mentais como depressão, transtorno *borderline*, psicoses, etc. Predomina a visão biomédica nessas pesquisas, logo, a necessidade de medicalização uma decorrência direta em casos de ideação suicida, principalmente quando se apresenta de modo estruturado. Entretanto, no grupo, sobressaiu uma visão que desvincula o suicídio da loucura ou irracionalidade, exceto em casos de surtos psicóticos.

Essa discussão forçou o grupo a definir melhor o que entendia por suicídio. E afastou-se quase de todo a ideia de que hábitos autodestrutivos signifiquem, necessariamente, o desejo de uma pessoa tirar a própria vida, indo de encontro a posições de vários teóricos da suicidologia.

Um ponto que se destaca é a recorrência de conceitos psicanalíticos em alguns encontros quando surgem exemplos de situações ou comportamentos compulsivos que poderiam levar ao suicídio. Ainda que não sejam sustentados teoricamente em profundidade, são usados pelos terapeutas para tentar explicar as causas de alguns suicídios, notadamente quando se apresenta algum tipo de ambivalência, ou constelação de uma força inconsciente destrutiva.

Conforme problematizado nesta tese na seção 6 (Suicídio e ambivalência), nem Jung, nem Hillman discutiram a ambivalência em termos de pulsões de vida ou de morte; tampouco a compulsão nos termos de uma pulsão de morte. Entretanto, tanto Jung como Hillman teorizam embates entre partes psíquicas inconscientes nos termos de uma psicodinâmica dos complexos que tendem a pressionar o ego em diferentes níveis, inclusive compulsivamente. Jung também teorizou sobre aspectos destrutivos e antagônicos da psique recorrendo ao conceito de sombra, que pode comportar instintos que atuam destrutivamente em relação ao ego. E, ainda, ao teorizar sobre a regressão da libido, considerou que alguns processos podem ser constelados de modos tanto prospectivos como destrutivos ou sombrios. Hillman

fala de um “assassino interior” que habita a psique; mas seu enfoque está na discussão de forças arquetípicas como influências que podem atravessar o caminho do ego, como constatamos ao discorrer sobre o movimento de “patologizar” e “personificar” os temas que dizem respeito à alma (ver seção 3: psicologia arquetípica e o patologizar como expressão da alma).

De modo que minha hipótese para a recorrência dos conceitos psicanalíticos nas explicações dos terapeutas passa por uma possível associação inconsciente das referências junguianas com a teoria psicanalítica das pulsões, pois ambos os autores discutem a presença de forças destrutivas da psique, ainda que em bases epistemológicas distintas. Mas que, por isso mesmo, não deveriam ser comparadas de modo tão imediato, sob o risco de incorrerem em equívocos ou inconsistências significativas na comparação de tais conceitos. Por outro lado, se as referências junguianas são conhecidas e internalizadas pelos terapeutas, resta a pergunta: por que são secundarizadas em suas argumentações ao problematizarem a questão da ambivalência e da destrutividade nos processos ligados à autodestrutividade e ao suicídio?

Perguntados sobre essa questão, vários deles viam com certa naturalidade a possibilidade de usar o conceito pulsão de morte – algo que denuncia certo desconhecimento ou recusa à problematização proposta acima, o que é negativo em dois aspectos: primeiro, por priorizarem conceitos de outra teoria para abordar um assunto que poderia ser teorizado com base na psicologia analítica ou arquetípica, ainda que baseado em outros termos e sentidos; segundo, por revelar certo descuido na aproximação de teorias distintas, que seguramente guardam diferenças significativas entre si. Ainda que o reconhecido analista americano Murray Stein (2019)⁸¹ intitule um livro recém-publicado com a expressão “psicanálise junguiana” – explicando tratar-se de “o nome contemporâneo da aplicação clínica da psicologia analítica” (Ibid., p. 18) –, e veja como um sinal de maturidade uma tendência observada entre autores junguianos contemporâneos que assumem uma atitude convergente ao diálogo com a psicanálise, é importante sermos cautelosos em fazer transposições imediatas de conceitos tão complexos. Stein afirma que os analistas que se denominam “psicanalistas junguianos passaram a reconhecer um parentesco histórico, senão inabalável, com a família maior da psicanálise” (Ibid., p. 18), de modo que na atualidade, tem sido feita uma “gama impressionante de empréstimos de pensadores psicanalíticos modernos para além das fronteiras da psicologia analítica, cujas ideias e insights não são de modo algum inspirados por fontes junguianas, mas cujas visões são crescentemente vistas como

⁸¹ Informação relevante: Stein é ex-presidente da IAAP, e analista na *International School for Analytical Psychology*, em Zurique, na Suíça, berço de C.G. Jung e da Psicologia Analítica.

convergentes e compatíveis” (Ibid., p. 18)⁸². Para além de não sabermos como os psicanalistas viam essa narrativa, outra hipótese para a questão aqui problematizada em relação à apropriação dos conceitos psicanalíticos é que essa tendência estaria se aproximando também de analistas no Brasil, ainda que os terapeutas do grupo não tenham feito menção aos textos aqui referidos.

Na próxima seção, seguiremos discutindo outros significados associados ao suicídio, como a ideia de libertação e relação com o processo de individuação.

6.2.2.5 Suicídio: individuação, libertação

*“acho que na vida eu nunca vi o suicídio
como algo ruim, então, não sou cartesiana no
sentido de defender a vida acima de tudo”.*
(Carmen, 2.º encontro)

Com a chegada de Carmen ao grupo no final do primeiro encontro, a discussão ganhou outras interpretações. Para ela, o suicídio não é necessariamente negativo, no sentido moral, embora possa guardar certa negatividade psicológica, em termos de revelar uma indisponibilidade da libido para se conectar com a vida. “Suicídio e Alma”, de Hillman, lido na graduação, foi o responsável por transformar sua visão sobre o assunto. Para ela, o suicida já se sente emocionalmente morto, pela falta de perspectiva ou de desejo. Recorre à “pulsão de vida” e “pulsão de morte” para teorizar sobre essa hipótese. Entende que o suicídio seja um “ato de libertação”, devido às pressões sociais, numa sociedade que preenche espaços vazios com “coisas materiais, conquistas, demandas das famílias, amores, compromissos”. *Amores*, na sua fala, aparece no sentido de uma profusão de relacionamentos afetivo-sexuais.

Walmir concorda com Carmen. Associa a descrição que ela faz do suicídio com um gesto de liberdade e uma esperança, como se, na impossibilidade de se sentir preenchido em

⁸² Na compreensão do também analista junguiano Andrew Samuels, trata-se mais de uma tendência à fusão da psicologia analítica com a psicanálise do que uma convergência de pontos de vista, como analisa Stein. O fenômeno foi abordado por Samuels ao rediscutir a primeira classificação feita por ele em 1985 de algumas escolas ou correntes de psicologia junguiana (citadas na introdução desta tese) num artigo recente: “Como vejo agora, existem quatro escolas de psicologia analítica pós-junguiana. As escola clássica e a desenvolvimentista permaneceram mais ou menos como eram. *A escola arquetípica foi ou eliminada ou integrada como uma entidade clínica – talvez um pouco de ambas as coisas.* Mas existem duas novas escolas a considerar, cada uma sendo uma versão extrema de cada uma das escolas existentes até aqui, a clássica e a *desenvolvimentista*. Chamo estas duas novas escolas de fundamentalismo junguiano de um lado, e *fusão junguiana com a psicanálise de outro.*” (SAMUELS, 1998, pág. 21, minha tradução). Quanto à suposta eliminação da escola arquetípica, talvez seja questionável se ocorre no Brasil, visto que há um interesse consistente no cenário brasileiro pela obra de James Hillman e outros autores associados à psicologia arquetípica há pelo menos 3 décadas em nosso país. O fato de haver núcleos ou departamentos de estudos dedicados a essa escola nas duas instituições oficialmente vinculadas à IAAP em São Paulo, e institutos junguianos de outras cidades do Estado de S. Paulo, e em outros Estados do país pode, se não confirmar, pelo menos relativizar a tese do autor.

vida, o suicida fantasiasse esse encontro com a plenitude, porém, num estado pós-morte. Na conversa entre Carmen e Fernanda, por sua vez, o suicídio aparece como a possibilidade de se livrar de dores, físicas ou psíquicas, como uma libertação de um estado de sofrimento e impotência.

Ideias que relacionavam o suicídio à libertação de um sofrimento ou à liberdade de decisão do sujeito em relação à própria morte parecem ter constelado, em vários encontros, uma associação do suicídio com o processo de individuação, como Hillman (1993) propõe: “(...) o suicídio é uma das possibilidades humanas. A morte pode ser escolhida. O significado dessa escolha é diferente de acordo com as circunstâncias e com o indivíduo”. (HILLMAN, 1993, p. 52)

Para exemplificar, Júlia diz que, em certa situação, percebeu a tentativa de suicídio de uma paciente como um gesto autoral, decorrente da sua sensação de inaptidão para os afazeres da vida. Seu relato ampliou os modos de compreensão da ideação suicida, levando a um insight que a ajudou a se conectar e trabalhar melhor com a psiquiatra. Ambas conduziram o processo trabalhando os aspectos sombrios da ideação suicida da paciente no sentido de *“apoia-la a ter um gesto original que não necessariamente seria tirar a própria vida, e isso mudou todo o jeito da gente ver o caso”*.

Na leitura de Júlia, a ideação suicida da paciente aparece submetida à busca por diferenciar-se. Esse é o argumento usado por Hillman quando pensa o enclave entre suicídio e individuação. Por vezes, a fantasia permite reconhecer-se na particularidade do gesto radical.

Não por acaso, a associação suicídio/individuação aparecia só no final de cada encontro (1º. e 2º.), ainda que de modo intuitivo e pouco teorizado, acompanhada de excitação e curiosidade, mas sem tempo para ser discutida. E surgia como contraponto às ideias que haviam dominado ao longo da discussão, em que o terapeuta era tido como salvador. Refletindo sobre isso, entendemos (eu e os assistentes de pesquisa), que havia alguma tensão sombria constelada em torno de vários paradoxos apresentados pelo livro de Hillman ao qual os terapeutas faziam menção, e os casos que vinham sendo compartilhados por eles. Até que no terceiro encontro, finalmente, a relação suicídio-individuação foi discutida em maior profundidade num debate iniciado entre Walmir, Júlia e Fernanda.

Walmir retomou o conceito de individuação como um processo particular. Fernanda seguiu seu raciocínio, dando um exemplo: *“não sei se vocês tiveram experiência com gente muito idosa, [...] que fez tudo que tinha que fazer, chega aos 90 e não tem mais amigos, não tem mais tesão pela vida, acha que cumpriu tudo que tinha que cumprir, e diz ‘ok, estou esperando minha hora, mas já está na hora’*”.

A opinião da terapeuta de que “pessoas que chegam aos 90 anos podem não ter mais tesão pela vida” não pode ser generalizada, mas no contexto da discussão a ideia surgiu ligada ao sentido de um possível desligamento da vida após uma existência longa e possivelmente realizada. Tanto que, na sequência, Walmir diz ser plenamente favorável ao suicídio nesses casos, uma vez que a pessoa já viveu tudo o que podia ter vivido; do mesmo modo, em caso de doença, para fazer cessar o sofrimento.

Júlia retomou alguns princípios lacanianos⁸³, herdados de sua formação como acompanhante terapêutica, a fim de compará-los às ideias de Hillman sobre o suicídio como forma de individuação: *“Na instituição onde eu fiz a formação de AT, eles são mais lacanianos e tem uma coisa de respeitar muito – é polêmico, gente – a coisa de que você não tem a fala do outro, você não tem o controle; e se é o desejo [inconsciente], vai ser o desejo”*. Pergunta-se, então – retomando o princípio clínico-junguiano se o inconsciente busca se realizar no processo de individuação –, por que seria tão difícil aceitar que o suicídio seja uma forma possível de realizar o Si-mesmo? Confessa que é muito difícil pensar assim, mas que também se pergunta: por que manter a vida a qualquer custo?

Entretanto, discutir o custo, peso ou valor da existência é tarefa que inevitavelmente requer aproximações com outros saberes das ciências humanas e sociais, dada a etiologia multifatorial do suicídio. Nesse sentido, parecia-me que a tentativa de discussão sobre possíveis relações do suicídio com o processo de individuação esbarrava - ao mesmo tempo que evidenciava - na falta de recursos teóricos dos terapeutas em termos multi ou mesmo transdisciplinares, pois precisariam contar com algum conhecimento de filosofia, antropologia, ciências sociais, etc. para avançar na fundamentação dessa discussão – o que foi assumido pelos próprios terapeutas nos últimos encontros (ver seção 7.2). A questão proposta por Júlia, por exemplo, embora esteja pautada na leitura de Hillman sobre o suicídio, não percebe a relação do suicídio com a individuação baseada em princípios socráticos, conforme discutido na seção 1.1 desta tese. Ou seja, mesmo para nós, junguianos que conhecemos e buscamos nos apoiar nas hipóteses de Hillman, parece faltar algum conhecimento das bases filosóficas que fundamentam a teorização desse autor.

⁸³ Conforme discussão realizada na seção anterior, agora temos também menção a princípios lacanianos. Talvez pelo fato desta teoria guardar uma especificidade ainda maior no campo da psicanálise, não houve reverberação desta comparação feita por Júlia no grupo.

6.2.2.6 Suicídio: Intergeracionalidade

“Tem uma carga que é nossa, que é histórica e familiar; não genética, nada disso. Mas eu acho que é uma força da história familiar; mesmo que você desconheça a sua história antepassada, eu acho que tá presente. E por mais que você não queira, você vai ter que se haver com aquela história que te antecede”. (Carmen, 3.º encontro)

Discutiu-se o suicídio nas questões transgeracionais a partir de um relato de caso, feito por Júlia. A transmissão de determinados conteúdos à geração seguinte, ainda que estes permaneçam inacessíveis à consciência constela uma tendência à repetição inconsciente, pois em suas palavras: *“o que não é dito, eu não conheço e não lembro, mas se perpetua”*.

O termo intergeracionalidade faz parte de um campo de estudos mais amplo, dedicado à transgeracionalidade, e refere-se à transmissão de conteúdos traumáticos que permanecem inconscientes entre gerações de uma família ou de um determinado grupo social. Conquanto, seguem ativos, como herança inconsciente, produzindo sofrimento nas pessoas do grupo, aguardando a apreciação da consciência. Tanto a teoria sistêmica, como a psicanálise discutem e trabalham com esse conceito na clínica de casais, na psicoterapia infantil e na terapia familiar.

Na obra junguiana, o tema aparece sob a denominação “constelação familiar”, nos estudos experimentais (JUNG, vol. 2, 1907/1997, p. 478-489). Embora os exemplos dados por ele se refiram apenas à relação da criança com os pais, também menciona heranças de avós, já que estas se encontram inscritas na psique dos pais da criança. Foge do escopo desta tese abordar o tema em profundidade, mas mencionamos a recente ampliação de Samuel Kimbles sobre o tema, ao discutir o conceito “complexo cultural”:

Os complexos culturais podem ser pensados como expressões de um sistema dinâmico de relações que atendem à necessidade individual básica de pertencimento e identidade, vinculando experiências pessoais e expectativas de grupo, pois são mediadas por processos de raça, etnia, religião e gênero. (Cf. 2021, SILVA e SERBENA p. 169).

Toda família guarda um conjunto de representações inconscientes ligadas a determinados núcleos afetivos que podem se expressar de modo mais ou menos traumático, desde os seus antepassados mais remotos. Portanto, alguns núcleos permanecem sem elaboração, o que pode ser deixado como herança psíquica para as gerações seguintes. Uma forma de compreender essa questão é observar os efeitos de expectativas depositadas em crianças que recebem o nome de antepassados, como avós, tios, pais ou mesmo de heróis e astros de TV. Muitas vezes, essas crianças podem se comportar como aqueles a quem se quis homenagear, conforme vai crescendo, tanto em termos positivos quanto negativos, como se

estivessem sendo levados inconscientemente a comprovar os vaticínios de seus pais, ou até mesmo aspectos inconscientes de suas relações afetivas com tais pessoas.

Nesse sentido, trauma e segredo são palavras-chave tanto nos estudos transgeracionais como nos complexos familiares, conteúdos que permanecem atravessando a dinâmica psíquica dos membros de um grupo. O que importa dos segredos não é propriamente seu conteúdo, mas que isso permanece interdito à consciência. Donde a importância de se criarem espaços para que o aspecto simbólico daquilo que se encontra negado ou proibido possa ser acessado e elaborado. Neste processo, que dá acesso às fantasias e aos afetos que se tornaram inconscientes, pode ocorrer a transformação das interdições no campo psíquico familiar, libertando as gerações seguintes do peso da repetição neurótica. Exemplos desses segredos envolvem abortos, traições, histórias de adoção e casos de suicídio.

A pesquisadora Karina O. Fukumitsu (2013) se preocupou com a herança intergeracional relacionada ao suicídio, discutindo os impactos emocionais da perda de um familiar. Em sua tese de doutorado, argumenta que o filho enlutado por suicídio pode ser considerado um sobrevivente, em função da violência trágica do evento da morte autoinfligida de um dos pais. Conclui seu estudo discutindo a forte ambivalência que permanece nos filhos após a morte do pai ou da mãe suicida, levando-os ao silêncio e ao isolamento social como tentativas de autoproteção em relação a tais sentimentos, fonte de grande sofrimento. Foi também nesse sentido que a associação entre suicídio e intergeracionalidade apareceu no grupo, quando discutíamos possíveis causalidades para o ato suicida, e o peso de determinados temas que não podiam ser comunicados entre pais e filhos.

No terceiro encontro, quando surgiu a hipótese da transmissão intergeracional do impulso suicida, Fernanda comentou sobre a família de uma amiga em que *“o bisavô se jogou, o filho se jogou, e o pai da última agora se jogou... [..]. Ela [a amiga] diz: “eu tenho tanto medo, tanto medo... porque como a gente rompe um negócio desse?”*. Fernanda conclui reforçando crer na transmissão intergeracional desse conteúdo não elaborado. De outro modo, a situação remete ao fenômeno do contágio psíquico, comum em famílias e pessoas próximas ao suicida.

Importante mencionar que as duas terapeutas do grupo que tiveram suicídios de familiares não se envolveram nesta discussão. Renata e Mônica falaram mais a respeito dessas experiências nos encontros subsequentes, como será visto adiante.

Tendo finalizado essa longa e complexa reflexão sobre as diferentes possibilidades de compreensão do suicídio, apresento na próxima seção uma análise das influências ligadas às

TICs (tecnologias da informação e comunicação) no desenvolvimento e condições biopsicossociais de crianças e adolescentes, além de seus impasses nas relações familiares. Também será abordada a relação do terapeuta com familiares dos pacientes e suas percepções sobre o desamparo do sistema familiar vinculado às transformações contemporâneas.

6.3 INFLUÊNCIAS MACROSSOCIAIS: INTERNET, REDES SOCIAIS E JOGOS VIRTUAIS

“Percebo um esvaziamento psíquico mesmo, um esvaziamento de alma nessa molecada. Parece que tá tudo muito pasteurizado, porque não tem vivência, estão muito desligados do corpo”.
(Sueli, 1.º encontro)

Embora o tema “tecnologia e jogos” (englobado nas TICs) tenha aparecido muito rapidamente no primeiro encontro, foi discutido mais longamente nos encontros seguintes, assim como a questão da responsabilidade dos pais na modulação da relação dos filhos com tais tecnologias e ambientes virtuais.

Um dos aspectos ressaltados foi a questão da iniciação cada vez mais precoce de crianças e adolescentes no uso das TICs e no acesso à internet, redes sociais e jogos virtuais⁸⁴. Os terapeutas relacionaram algumas temáticas diretamente com o uso de jogos eletrônicos, questão que precisamos ter em mente para compreender o suicídio e sua abordagem, principalmente entre adolescentes e jovens.

Sueli problematiza a influência das TICs no desamparo observado em pacientes dessa faixa etária. Entende o sofrimento dos jovens como um reflexo do esvaziamento psíquico decorrente do abreviamento de experiências concretas na vida cotidiana, pois permanecem distanciados do próprio corpo, durante horas imersos nos aparelhos.

Nicolósi (2021, p. 13-18) pesquisou justamente uma possível relação da sedação do corpo e do rebaixamento de sentidos com a imersão digital, principalmente entre adolescentes, “o que levaria à queda da empatia e à intensificação do sofrimento emocional”, tendo como consequência um possível aumento dos índices oficiais de suicídio nessa faixa etária. Ainda que não se possa estabelecer uma relação causal, na referida discussão, a autora conclui haver uma correlação dessas variáveis com maior tendência de suicídio entre

⁸⁴ “(...) Em 2015, adolescentes de 13 a 18 anos de idade passaram, em média, 9 horas por dia usando alguma mídia em uma tela, um terço desse tempo usando duas ou mais telas simultaneamente; 91% dos adolescentes acessaram a internet por meio de dispositivos móveis. Pré-adolescentes com idades entre 8 e 12 anos usaram mídias com telas por 6 horas por dia. Nove entre 10 crianças de 5 a 8 anos e mais da metade das crianças de 2 a 4 anos de idade usaram mídia com telas. Noventa e sete por cento das crianças de 0 a 4 anos de idade usaram dispositivos móveis interativos, a maioria começando antes de 1 ano de idade.” (Cf. YOUNG, ABREU, 2019, p. 8-9).

adolescentes, especialmente se incluirmos as consequências negativas da reclusão excessiva num período do desenvolvimento de grandes transformações e conflitos ligados ao corpo e aos papéis sociais. Por outro lado, podemos refletir que talvez a tecnologia não produza propriamente o desamparo, mas ao contrário, funcione como um recurso para evitar o contato com angústias ou mesmo como fuga de situações adversas que o adolescente não consegue compreender ou lidar, indo de conflitos com a própria autoimagem, a outros, interpessoais (no contexto familiar, escolar ou grupal), o que o levaria a buscar a reclusão em relação ao ambiente exterior imediato, embora se encontre imerso nas trocas cibernéticas. Essa reflexão reforça a necessidade de uma educação para o uso de eletrônicos, algo que depende da família e da escola.

Para entender melhor essa questão, Sueli incluiu o tema na anamnese das crianças e adolescentes que atende, considerando a idade em que a criança começou a usar aparelhos eletrônicos e a frequência de uso, principalmente quando atende adolescentes que apresentam sinais de automutilação.

Vargas e Romero (2021) discutem possíveis relações entre as TICs com automutilação, ideação e tentativas de suicídio entre adolescentes nativos digitais. As autoras pesquisaram o tema a partir de uma amostra composta por pacientes adolescentes atendidos no SEPA/URCAMP em Bagé/RS⁸⁵. Apesar de ressaltarem que essas variáveis devem ser sempre consideradas em relação ao contexto sociocultural do adolescente, reportam que jovens em maior vulnerabilidade que recorrem às TICs podem ser uma presa fácil na disseminação de jogos e desafios que influenciam o suicídio, até porque a automutilação pode ser um dos desafios do jogo, como vimos com o Baleia Azul e Momo⁸⁶. Além disso, as TICs ampliam o acesso a grupos *online* onde pode ocorrer o *cyberbullying*, que junto de outros abusos (*bullying*, abuso sexual, outras violências e traumas ligados ao preconceito experimentado pelos jovens pertencentes à população LGBTQIAP+, etc.), configuram elementos de maior risco para o início da prática de automutilação. A facilidade de acesso a

⁸⁵ SEPA: Serviço Escola de Psicologia Aplicada da Instituição Comunitária de Ensino Superior URCAMP, que funciona junto ao NPS – Núcleo de Práticas em Saúde, anexa ao HU – Hospital Universitário na cidade de Bagé/RS. O SEPA atende a comunidade via SUS – Sistema Único de Saúde, funcionando, na época, com aproximadamente 30 estagiários curriculares do último ano do curso de psicologia e voluntários egressos da ICES. O total de pacientes considerado foi relativo aos que procuraram atendimento no intervalo de março a agosto do referido ano, compondo um total de 347 indivíduos, subdivididos em grupos, de acordo com a idade, conforme segue: de 4 a 9 anos somando 56 crianças, equivalente a 16% do total; **139 jovens, com idade de 10 a 24 anos, ou seja, 40% do total**; de 25 a 76 anos, 152 adultos, perfazendo 44%. (Cf. VARGAS e ROMERO, 2021, p. 14467).

⁸⁶ *Baleia-azul* apareceu mundialmente entre 2017 e 2018, era um ‘jogo’ com 50 desafios, que começava com algo simples, como ouvir uma música depressiva. Porém, a cada desafio o nível de risco se agravava, até chegar ao último desafio que era o suicídio. A boneca momo, escultura criada em 2016, aparecia em vídeos infantis ensinando as crianças se automutilarem, tendo por desafio final cometer o suicídio.

sites e páginas de redes sociais que romantizam e incentivam o adolescente a realizar automutilação e suicídio, ensinando inclusive algumas técnicas, também se amplia significativamente. Além disso, alguns grupos estimulam a transmissão ao vivo de tais práticas e até mesmo do suicídio, o que nos obriga a refletir sobre os cuidados com possíveis efeitos de contágio psíquico envolvidos na comunicação midiática, incluindo redes sociais – questão abordada pela OMS para a prevenção do suicídio, que não abordaremos em função do recorte desta pesquisa⁸⁷.

Sueli também descreve situações em que alguns pacientes ganham o próprio aparelho aos sete, oito anos, podendo participar de grupos de *WhatsApp*, o que ela avalia como muito grave: uma criança menor de 12 anos não teria capacidade cognitiva para fazer escolhas críticas e tomar contato com material de caráter irrestrito: “*é tudo aberto e não tem filtro*”. Relaciona essa iniciação precoce da criança no universo digital ao risco de desenvolver outras dependências futuramente, inclusive químicas. Para ela, a dependência digital interfere na socialização já que “*embora as crianças tenham contato [...] ao jogar eletronicamente com desconhecidos, têm pouco contato pessoal com amigos da escola ou da vizinhança*”. Afirma que os pais, embora imaginem estar acompanhando o que se passa na vida dos filhos, têm muito pouco controle sobre o que acontece nas trocas virtuais. Talvez a questão de uma educação para a vida digital seja uma das variáveis mais importantes na análise dos riscos de suicídio, quando relacionados às TICs, como veremos adiante.

Fernanda participa dessa discussão, ilustrando com o suicídio de um adolescente de 12 anos em sua família. Em sua avaliação, adolescentes ainda não se encontram com a personalidade formada e por isso o envolvimento com séries e jogos pode ser um dos fatores desencadeantes de tentativas de suicídios. Ela comenta que o adolescente estava “super envolvido” com jogos virtuais e havia assistido ao seriado “13 razões”, além de outros. Menciona que os pais do garoto pareciam não estar a par desse envolvimento tão intenso do filho, e se sentiram extremamente culpados pelo fato de o suicídio ter sido cometido numa semana em que estavam viajando sem ele, que havia ficado sob os cuidados de uma funcionária da casa. Na fala de Fernanda, dá a entender que o adolescente quando está “super-envolvido” com jogos precisa da supervisão dos pais, como uma medida de salvaguarda.

Renata também comenta sobre o uso abusivo do celular por uma paciente de 12 anos que apresentava um grave problema de concentração. Uma tia da adolescente a presenteara

⁸⁷ Para mais detalhes sobre contágio psíquico e cuidados na comunicação relacionada ao suicídio, ver SCAVACINI, 2022 (capítulo 4.4. “Comunicação” – p. 118-140).

com o celular e também pagava a conta de consumo mensal. Ao conversar com a paciente, Renata descobriu haver uma competição dos colegas na escola para ver quem conseguia participar de mais grupos de *WhatsApp*.

Havia um uso abusivo do celular que precisou ser tirado dela, porque a tia descobriu 800 grupos no *WhatsApp* e ficou apavorada. Ninguém sabia. E dentre as conversas – a maioria ela não respondia –, [...] homens mais velhos fazendo convites, assediando essa menina; tinha grupos de tudo o que você pode imaginar. Grupo de vida saudável, de meditação. Grupo de tudo, tudo, mas que não tinha nada a ver com a rotina dela (Renata, 2.º encontro).

Sueli aproveita esse exemplo e volta a falar do esvaziamento da vivência nas trocas interpessoais dos adolescentes, e da falta de intermediação dos adultos nas experiências vividas pelos jovens no mundo virtual. Relata um caso de um paciente de 14 anos que não queria mais ir para a escola, caso que já envolvia o Conselho Tutelar. Não tinha amigos na sala de aula, mas sustentava uma relação de amizade há três anos com alguém cinco anos mais velho. Moravam em regiões distintas na cidade, o paciente no ABC, o amigo virtual na zona Norte. A criança estava aprisionada no universo virtual, sem recursos para se relacionar com pessoas de seu contexto mais imediato.

Ele só queria morrer. Quando eu comecei a conversar, vi que tinha muita vida, mas não vivida. A vida dele era no vídeo game. Quando eu questionava, os pais respondiam “*mas ele, tadinho, não consegue sair de casa, tá tomando remédio*” e deixavam ele até três, quatro horas da manhã na internet. (Sueli, 2.º encontro)

Diante da avaliação dos terapeutas, ao dispor de um celular livremente, a criança ganha acesso precocemente, em geral, sem a supervisão regular de um adulto, tendendo a desenvolver questões psicológicas negativas. Sueli compara o uso do celular ao de uma droga⁸⁸, e observa uma grande dificuldade de os pais intervirem na situação.

Na sequência, outros terapeutas relatam casos de pacientes adolescentes de 15, 16 anos, pertencentes às classes média e média-baixa, que ganharam o celular aos seis anos. Alguns passavam de sete a nove horas por dia ao telefone, jogando, no *YouTube* ou em grupos de *WhatsApp*. Em geral, eram encaminhados à psicoterapia pela escola, por estarem apresentando problemas de convivência devido à agressividade ou risco de reprovação devido a possíveis diagnósticos de déficit de atenção. Na percepção de Sueli, Sandra,

⁸⁸ De fato, já existe uma categoria diagnóstica destinada a “transtornos do jogo pela internet” incluída tanto no DSM-5 como na CID-10 (Dependência de videogames), caracterizados por abuso ou compulsão, dependência e intolerância à abstinência. Vários estudos mostram resultados consistentes que demonstram a semelhança entre “os mecanismos neurais subjacentes ao uso de substâncias químicas e o vício de videogames” – mudanças estruturais e mecanismos funcionais alterados de recompensa que são semelhantes aos distúrbios do uso de substâncias. (YOUNG, ABREU, 2019).

Carmen, Renata e Mônica, os pais, em geral, estão alheios, naturalizando a adicção, já que eles mesmos também se encontram imersos em seus aparelhos. Mesmo quando tentam, têm muita dificuldade em impor limites ao uso, pois o celular também serve de babá-eletrônica, mantendo-os entretidos, liberando os pais para seus afazeres ou lazer.

A esse respeito, diversos estudos nacionais e internacionais abordam a dependência de internet em crianças e adolescentes e suas consequências (YOUNG & ABREU, 2019). Segundo os organizadores dessa obra, “(...) as pesquisas mostram claramente que tempo demais em frente a uma tela está ligado à falta de êxito escolar e problemas sociais. Não é difícil perceber como a televisão, o videogame e a internet podem interferir nos hábitos saudáveis de alimentação e sono das crianças” (YOUNG & ABREU, 2019). O parâmetro “tempo demais” pode parecer relativo, mas há pesquisas que já indicam objetivamente que a “conexão acima de 2-3 horas diárias ou sem interrupção no período noturno já caracterizam excesso de tempo de conexão, produzindo prejuízos das horas e da qualidade do sono e compulsão pela internet em crianças e adolescentes” (Cf. EISENSTEIN; ESTEFENON 2011, apud NICOLÓSI, 2021, p. 58).

Entretanto, é importante interpretarmos as conclusões dessas pesquisas sempre num contexto sistêmico familiar, educacional e cultural, posto que por se tratar de um fenômeno multifatorial, o suicídio não poderia ser “lido” a partir de supostas relações causais, que reduzem sua complexidade e abordagem. Ainda que eletrônicos e redes sociais componham uma nova paisagem cultural para todos na contemporaneidade – e de modo particular na subjetividade de crianças e adolescentes, principalmente nativos digitais –, a questão da dependência ou compulsão e suas respectivas consequências precisa ser pensada considerando o modo como os adultos observam a relação da criança com esses novos *gadgets*⁸⁹ e tecnologias.

Há vários estudos que apontam a necessidade de intermediação dos pais na relação dos filhos com a internet, jogos virtuais e redes sociais para ajudá-los a modular o tempo e a qualidade da relação estabelecida com outros internautas no espaço virtual, que é tão público quanto qualquer outro; alguns estudos discutem também o impacto da qualidade da relação parental no uso abusivo de eletrônicos e jogos por crianças e adolescentes⁹⁰. Oferecer espaço para diálogos que os ajudem a reconhecer possíveis riscos, além de suportar frustrações ao se desconectarem para redirecionar tempo e energia às demais atividades que também são

⁸⁹ Estrangeirismo para designar genericamente dispositivos eletrônicos portáteis: *smartphones*, *tablets*, *notebooks*, HDs externos, carregadores portáteis.

⁹⁰ Para detalhes dessas pesquisas, ver YOUNG, ABREU, 2019, capítulo 7 (p. 125-140).

importantes em sua rotina requer tempo e, num certo sentido, uma educação psicossocial, que depende necessariamente dos adultos. Na responsabilidade dos adultos para com a educação da criança em todos os âmbitos, repousa também a possibilidade de estabelecer laços mais íntimos que aproximam as gerações e constelam aberturas para trocas significativas, o que é fundamental para a criança e o adolescente desenvolverem autonomia com segurança.

Mas, na análise feita pelas terapeutas mais envolvidas nesse debate (Renata, Fernanda, Mônica, Carmen e Sueli), os pais apresentam uma dificuldade importante em estabelecer limites de modo geral, além de pouca disponibilidade para a função afetiva e educacional, e ainda uma recusa em se indispor contra a imagem idealizada dos filhos, mantendo-se apartados de conflitos, e assegurando, assim, a estabilidade de sua própria imagem narcísica no psiquismo deles. Daí, concluem que os pais privilegiam manter a relação com os filhos buscando serem amados e não suportam se indispor contra eles.

Renata menciona que a questão aparece no livro “Síndrome do Imperador” (FRAIMAN, 2019), onde o autor aconselha que, ao invés de serem “legais”, os pais e mães precisam, antes de tudo, “ser leais a si mesmos, às combinações, à escola, à lei”. Pelo que descreve, o livro pode ser lido tanto em viés conservador, como para resgatar o arquétipo paterno – tanto no que diz respeito às regras e o respeito à hierarquia familiar, como ao acolhimento e aos afetos –, algo que poderia contribuir para a segurança das próprias crianças e adolescentes, beneficiando-as ao oferecer limites claros, conforme discutido pelos analistas junguianos LIMA (2002) e ZOJA (2005). Ambos os autores traçam a importância do resgate da presença paterna na cultura, agora com a integração dos afetos, para ajudar os filhos a se colocarem no mundo de modo mais seguro e sensível – diferentemente do que ocorreu ao longo da história ao se considerar esse arquétipo. Entretanto, as terapeutas concluem que, por não suportarem não serem amados pelos filhos, os pais falham em ambos os sentidos nessa construção interpessoal; e assim, observam que eles, inconscientemente, “*criam monstros imperadores que não suportam a frustração [...] que não suportam a falta e, desse jeito, não vão crescer nunca*”⁹¹. (Renata, 2.º encontro).

Por fim, e possivelmente em decorrência disso, as terapeutas relacionam a dificuldade desse público para lidar com frustrações devido aos efeitos do prazer proporcionado pelas

⁹¹ A questão da baixa resiliência observada nas gerações Y e Z já vem sendo problematizada na área da saúde mental, nas quais se identifica algumas particularidades: “especificamente sobre a geração Z, há estudos de que seriam mais susceptíveis aos efeitos do estresse, apresentando maiores taxas de ansiedade, depressão, automutilação e suicídio” (Boletim 33, vol. 52, 2021, p. 7). Entretanto, devemos mais uma vez ser cautelosos diante de tais conclusões, uma vez que uma leitura determinista pode individualizar as causas do sofrimento do jovem, ao ocultar, por exemplo, o funcionamento da universidade e focar na falta de resiliência para explicar os casos de suicídio.

facilidades das TICs que permitem acesso imediato a informações e estímulos a qualquer hora num “*touch*”. Entendem que isso diminui a possibilidade de viverem experiências que contribuiriam para a elaboração de significados educativos e emocionais relacionados ao modo como vivem o desejo, a falta e a responsabilidade para consigo mesmos e com os outros. O acesso e a recompensa imediata parecem incidir na dificuldade de lidar com processos em diversos aspectos da vida e tarefas cotidianas que requerem outra temporalidade para se alcançar resultados e satisfação, ou mesmo para reconhecer erros que constituem a experiência da aprendizagem, suportando frustrações que permitiriam reavaliar estratégias para novos ensaios.

Diante dos relatos se constitui um quadro em que não apenas as crianças se encontram em estado de compulsão, como – devido ao distanciamento dos pais –, sofrem de esvaziamento afetivo. Nesse sentido, aparece nas falas de alguns integrantes do grupo uma culpabilização maior da mãe, refletindo a reprodução de um discurso ainda muito entranhado em nossa sociedade de que o filho seria responsabilidade exclusiva desta. Também notam o crescimento da patologização da criança pela família, principalmente o TDAH, quando naturalizam algumas dificuldades dos filhos, comparando-as com a de outros familiares, como se fosse uma herança genética. Uma das terapeutas compartilha uma situação para ilustrar como se sente impelida a cumprir a função materna e paterna, realizando o controle do número de horas passadas por um paciente adolescente na internet e em jogos, a cada sessão.

No outro extremo, diante de comportamentos transgressores dos adolescentes flagrados pela escola ou em casa, os pais costumam adotar atitudes rígidas, oscilando de uma posição displicente para outra, mais radical, retirando temporariamente o celular e proibindo atividades de lazer. Num determinado caso, Sueli comenta a reação de uma paciente, comparando mais uma vez com a de um adicto:

Ela tá destruída [...] igual um adicto mesmo [...] o que tinha no celular dessa menina de doze anos era um monte de pornografia, fotos de pênis, penetração anal [...] que vinha desses grupos de *WhatsApp* da escola [...] aí o pai viu, ficou horrorizado. (Sueli, 2.º encontro).

Apesar de sabermos que a tecnologia guarda também aspectos positivos – ao permitir que a comunicação se dê por meio de textos, e-mails e redes sociais, aproximando, por exemplo, crianças e adolescentes que sofrem de fobias sociais e ansiedade, ou outras síndromes como síndrome de *Asperger* e autismo –, o fato é que muitos “estudos mostram que problemas psiquiátricos e dinâmicas familiares disfuncionais estão intimamente

associados ao desenvolvimento de dependência de tecnologia entre jovens” (Cf. YOUNG & ABREU, 2019, prefácio XI). Mais uma vez, é importante ler essas conclusões relativizando ideias de causalidade, até porque o mesmo fenômeno é observado em famílias supostamente funcionais; as referências científicas são importantes como um parâmetro para compor a análise multifatorial do suicídio, nunca para referendar explicações causais que simplificariam por demais o fenômeno e suas causas.

Desse modo, a discussão do grupo se encaminhou mais enfaticamente para uma análise do papel dos pais na mediação das crianças e adolescentes com o uso de seus aparelhos eletrônicos. Na avaliação dos terapeutas, os pais e mães evitam lidar com os desafios da educação dos filhos no complexo cenário atual por estarem eles próprios excessivamente imersos na interconectividade e inseridos numa sociedade que intensifica a luta pela sobrevivência, como veremos a seguir.

6.3.1 Desamparo nas relações interpessoais familiares

Como sabemos, a família, essa instituição que permaneceu por séculos sob rígidos códigos patriarcais, mostra sinais cada vez mais progressivos de renovação e fragilidade nos tempos fluídos em que vivemos (Cf. BAUMAN, 2001). Ainda assim, permanece sendo a célula fundamental da sociedade, nas mais diversas configurações na atualidade. Dependendo das condições socioeconômicas, apresenta possibilidades distintas em termos de atributos, responsabilidades e condições para lidar com elas. Se olharmos para as famílias de baixa renda e de renda média no Brasil, um traço que se destaca é a monoparentalidade, por exemplo, que leva à sobrecarga das mulheres em relação aos homens, na educação e principalmente no sustento dos filhos⁹².

No grupo, o atendimento em consultório era referido às famílias de classe média e média-baixa. Porém, as terapeutas Sandra, Renata, Carmen e Sueli tiveram experiências com famílias de baixa renda em diversas instituições sociais. Independente disso, a questão da ausência paterna foi identificada em famílias de todas as classes socioeconômicas, fosse em

⁹² O total de famílias que receberam o Auxílio Brasil em outubro/2022 alcançou 21,13 milhões de famílias. Desse total, 17,2 milhões de lares, ou 81,5%, são chefiados por mulheres. Em setembro, as responsáveis familiares femininas eram 16,85 milhões. Portanto, das mais de 480 mil residências que passaram a receber o mínimo de R\$ 600 do programa permanente de transferência de renda neste mês, 350 mil são lideradas por mulheres. *Mulheres são responsáveis familiares em 81,5% dos lares que recebem Auxílio Brasil*. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2022/10/mulheres-sao-responsaveis-familiares-em-81-5-dos-lares-que-recebem-auxilio-brasil>. Acesso em 2 jan. 2023. Ainda que mulheres de classes média e alta também lidem com a ausência ou negligência paterna no cuidado e suporte financeiro dos filhos, tendem a ter melhores condições de apoio financeiro e humano, com a possibilidade de contratação de profissionais para o cuidado da casa e dos filhos.

termos financeiros ou de presença e cuidado com os filhos. Diante desse cenário, Renata questionou: “*onde foram parar os pais, afinal?*”. Tanto Sueli como Renata “diagnosticam”, por assim dizer, uma atitude masculina que seria irresponsável, afirmando que “*os pais são Puers*”⁹³.

Todas as instituições se encontram dinamicamente orientadas pelo par arquetípico *Puer-Senex*, em termos de forças instituídas ou instituintes, podendo ou não ser renovadas, a depender de fatores que constituem a própria estrutura. No campo da personalidade, podemos verificar essa dinâmica em que se reveza o protagonismo e afina a interação nos processos estruturais de renovação psíquica. O mesmo raciocínio pode ser aplicado a dinâmicas interpessoais, como as conjugais, familiares e grupais. Quando na família falta um personagem responsável por encarnar a função *Senex* (adulta), ocorre uma sobrecarga compensatória em todos os membros, podendo, em certos casos, prejudicar o desenvolvimento da criança.

Renata identifica uma transferência de responsabilidade comum em muitas famílias monoparentais, principalmente as de baixa renda, cujo lugar é “[...] *tão atravessado por mudanças, que a vó não é mais vó, é mãe, enquanto o avô passa a ser pai*”. Menciona o conflito que pode surgir na criança, diante da falta de uma figura de autoridade: “*a quem me reporto? Quem dita o quê, nesta casa?*”. E conclui: “*hoje, criança de três anos tem que escolher o cardápio do jantar [...], mas tem condições de escolher?*”. Essa última questão foi estendida também às famílias de renda média e alta.

A discussão é endereçada de modo mais explícito à fragilidade da função paterna na estrutura familiar, que parece ser confundida pelas terapeutas com uma figura masculina. A esse respeito, em nenhum momento o modelo tradicional pai-homem, mãe-mulher foi questionado no grupo, a despeito das diversas configurações familiares observadas na atualidade.

Sueli rememora que nas gerações anteriores o pai era visto como uma figura de autoridade, que estabelecia as regras e limites. Relaciona isso a um aspecto do patriarcado que seria positivo, já que a lei permite a discriminação do que se encontra caótico,

⁹³ A dinâmica *Senex-Puer* constitui um arquétipo que abarca as polaridades ligadas a processos estruturados e estruturantes, discutida por Jung tanto no campo da personalidade, como no das instituições e da cultura em geral. Enquanto o primeiro representa, simbolicamente, o que se encontra já instituído e por vezes envelhecido ou cronificado em termos de valores e condutas – seja na vida individual ou coletiva –; o segundo – personificado muitas vezes em imagens de crianças divinas –, constitui um princípio de criatividade e impulsos renovadores para a vida psíquica. Ambos interagem dinamicamente entre si, mantendo vivo um processo de estabilidade e renovação, exceto se essa conexão for interrompida por motivo que pode tornar-se patológico. (VON FRANZ, 1992; HILLMAN, 1999).

concorrendo que a criança se aproprie de seu papel e aprenda a dimensionar as consequências de seus atos. Parece ressoar na fala geral certa nostalgia de uma lógica centrada no pai como estruturador e mantenedor da autoridade familiar: “*os pais [atualmente] são meio frouxos até demais (risos), porque diferentemente do passado, o pai atual não é mais diferenciado e se confunde como se fosse um amigo do filho, o que leva inevitavelmente a mãe a ser vista como a bruxa*”.

Na fala das terapeutas surge uma certa empatia que também pode indicar alguma identificação para com a figura materna que ainda não havia aparecido, elas leem o problema reconhecendo que na falta do pai, a mãe se sobrecarrega. Essa discussão se estende direcionando-se ao desamparo observado pelas terapeutas na relação entre pais, mães e filhos, especialmente das mães com os filhos, o que ocupou grande espaço nos encontros do grupo, especialmente no segundo. Foram vários os exemplos citados de crianças crescendo sem a atenção e o cuidado necessários dos adultos da família, inclusive em função da relação com eletrônicos, desta vez, dos adultos.

Carmen relatou uma situação vivida no metrô, quando viu um bebê de um ano e meio tentando chamar a atenção da mãe, presa ao celular, por mais de vinte minutos, sem sucesso. Usa esse exemplo para dizer que crianças de várias idades estão crescendo sem uma relação especular com o adulto de referência afetiva: “*não existe mais relação... não tem mais o olhar, né?*” Renata, Sueli e Fernanda, que participavam mais ativamente desse debate, pareciam identificadas com o suposto abandono da criança, e reagiram falando da própria impotência e angústia despertada pela cena descrita.

Fernanda relata uma cena habitual: um bebê de colo entretido por um *tablet*, no colo da mãe durante um jantar familiar. Sueli e Renata associam o equipamento a uma mamadeira, metaforicamente. Sueli arrisca dizer que esse tipo de situação pode levar a um transtorno alimentar no futuro, já que a criança não está sendo incentivada a se relacionar com a alimentação e o processo de reconhecer os alimentos. Mas tais avaliações surgem na reflexão do grupo sem aprofundamento, tendendo a estabelecer relações causais de modo intuitivo e genérico.

Aqui e ali surgem falas das terapeutas que conotam certo preconceito ou ressentimento contra a figura materna, sugerindo identificação inconsciente com o abandono das crianças que atendem ou observam em várias situações no dia a dia. Aparecem mais críticas e julgamentos, do que a tentativa de buscar uma visão global do fenômeno. A mãe que comentou que não viria mais ao atendimento para não ser prejudicada no trabalho, por exemplo, talvez se encontrasse também muito sobrecarregada. Provavelmente as terapeutas

percebem na atitude e na expressão geral das mães a indisponibilidade para se envolver com as demandas relacionadas aos cuidados com os filhos e até têm consciência de que essas mães são mulheres vivendo em situações vulneráveis, como falaram, mas no relato transparecia um julgamento dessas mulheres, infelizmente feito por outras mulheres.

Por fim, o único participante masculino, Walmir, que não atende crianças nem tem filhos, participa pouco dessa discussão, permanecendo alheio, conforme observado pelos assistentes de pesquisa. Na avaliação destes, o distanciamento do terapeuta poderia indicar certa tensão e insegurança em se manifestar, diante do monopólio do tema e dos julgamentos feitos pelas terapeutas do sexo feminino em relação aos homens/pais mencionados nos relatos. Essa indisposição de caráter afetivo aponta a importância da supervisão no trabalho terapêutico, não só individual, como institucional, para ajudar profissionais a perceberem aspectos sombrios constelados não só na relação com os pacientes, mas também com os familiares.

Voltemo-nos para a contra-transferência: a leitura feita pelas terapeutas não avançava em relação aos motivos possivelmente ligados a dificuldades concretas que impediam as mães de virem até as reuniões propostas, como se faltasse um olhar mais prospectivo e acolhedor. Pareciam fixadas numa posição de exigência, e nesse sentido reproduziam o mesmo abandono que tanto criticavam nas mães das crianças.

Podemos comparar essa situação com o que se passa em processos terapêuticos quando ocorrem faltas nas sessões, entendendo que possivelmente alguma defesa inconsciente foi acionada. Ao lidar com pacientes que estão se ausentando do processo, cabe ao terapeuta a tarefa de tentar entender o que pode estar produzindo sofrimento, e buscar estratégias para minimizar essa dificuldade, de modo a tornar a experiência mais suportável para o paciente. Uma das estratégias pode ser, inclusive, apontar o problema claramente, e tentar conhecer as angústias e dificuldades que o tem impedido de comparecer às sessões. O ponto que sabemos é que, quando começamos a “acusar” o paciente por aquilo que ele não está assumindo, em geral, estamos tomados por algum impulso contra-transferencial, possivelmente resultante da impotência que experimentamos numa situação que pode estar produzindo sentimentos de abandono e frustração no campo profissional. O mesmo poderia ser pensado a respeito das frustrações com familiares no atendimento de crianças e adolescentes.

Chegou-se ao consenso de que muitos casos de distanciamento parental se dão como uma resposta fatigada à sobrecarga de trabalho dos pais, considerando o contexto crítico atual, de empobrecimento econômico e afetivo das famílias, independente de classe social.

Chamou-se a essa modalidade de “abandono indireto”, porque ambivalente: por um lado, configura-se em seu caráter de negligência afetiva. Por outro, há tempo e esforço empregados na conquista do sustento material (moradia, alimento, educação, segurança, etc.) para propiciar o desenvolvimento dos filhos.

É fato relativamente conhecido que na psique da criança e do adolescente constelam-se complexos familiares anteriores à consciência. Com frequência, manifesta-se nos pais que levam os filhos para a terapia uma projeção das razões do sofrimento na própria criança, como se esta fosse um indivíduo pleno e apartado do contexto e da dinâmica familiar. Assim sendo, nos pusemos a pensar em quais poderiam ser os recursos de acolhimento a essas famílias, sobretudo no que diz respeito ao tratamento de crianças e adolescentes que apresentam ideação ou tentativas de suicídio. Do mesmo modo, como criar recursos para lidar com a resistência e possíveis ataques inconscientes da família ao tratamento, como veremos a seguir.

6.3.2 A importância de um olhar sistêmico na psicoterapia infanto-juvenil

A subjetividade de qualquer paciente é complexificada por afecções familiares e sociais que precisam encontrar lugar na terapia. Mas como articular seu sofrimento e possíveis conflitos e resoluções numa discussão social mais ampla para não reduzir o problema ao funcionamento familiar? A discussão sobre o paciente identificado (muitas vezes bode-expiatório de problemas familiares ou escolares) terá de ser considerada sempre no contexto da sombra desse sistema de projeções, por vezes maciças, que podem se estender até aos profissionais responsáveis por seu tratamento. Ciente disso, o terapeuta pode alcançar uma posição menos identificada e/ou reativa ante à agressividade ou boicote dos familiares, escolas, etc. Muitos terapeutas, no entanto, mantêm expectativas irreais de que toda família deve ter consciência desse mecanismo e estar disposta a participar do processo.

Um exemplo vivido por Renata ilustra essa situação, no atendimento a uma garota de 10 anos envolvida em comportamentos autodestrutivos, que alegava indiferença por parte da mãe se ela passasse a noite na rua. Para a menina, esse era um indicativo de falta de amor. Após insistir para realizar reuniões com a responsável e não ser atendida, Renata percebeu sofrer com a falta de engajamento da família no processo terapêutico da menina e cogitou “abandonar o caso ou dar alta”. Duas soluções que indicavam frustração e impotência, levando-a a admitir a própria impossibilidade de seguir com o tratamento, dando o caso como insolúvel. Pelo próprio caráter ambíguo e taxativo da decisão, depreende-se uma carga

relevante de conteúdo contra-transferencial da terapeuta, que por sua vez, evidencia a dificuldade de realizar o trabalho.

A maturidade exigida para lidar com situações dramáticas exige, pelo menos, que o terapeuta tenha condições de reconhecer a própria incapacidade de lidar com o tema e encaminhar para outro profissional prosseguir com o tratamento, em algumas situações nas quais se sente sobrecarregado. Entretanto, notamos que a indecisão da terapeuta paira entre o ideal do terapeuta-salvador – que não pode salvar – e o fantasma do terapeuta-fracassado – que não pode admitir derrotas. Na percepção dos assistentes, o tom de voz de Renata revelava certa irritação ao dizer que recaía sobre si uma responsabilidade terceirizada: *“ter me procurado e colocado a menina no processo terapêutico parece assim: ‘olha, não me peça mais nada, é o máximo que eu posso fazer’”*. No jogo de projeções e expectativas cruzadas, tanto a família quanto a terapeuta podem se sentir insatisfeitas e impotentes, mesmo inconscientes disso.

Fernanda também participa dessa discussão, rememora o caso de uma adolescente medicada por um psiquiatra amigo da família da paciente, após alguns episódios ligados a postagens feitas por ela em redes sociais que renderam, como punição do pai, a apreensão de seu celular. Explica que *“o pai acha que ela é muito desatenta, embora a garota tire algumas notas 10. Mesmo assim, achou melhor medicá-la, já que **ele** também tem diagnóstico de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)”*.

Mônica, Renata e Fernanda refletem sobre a dificuldade dos pais em lidar com filhos tendo problemas de rendimento escolar. No segundo encontro, por exemplo, quando Renata e Fernanda relataram situações de crianças de classe média e alta que praticavam automutilação e expressavam ideias suicidas, observaram que a preocupação dos pais recaía mais sobre o rendimento escolar do que sobre a integridade psíquica e física dos filhos. Ambas relacionaram essa preocupação ao cenário socioeconômico e cultural em que vivemos, de sobrevalorização da produtividade, em que nem mesmo as crianças e jovens podem escapar das cobranças exageradas. Mônica entende que a posição dos pais reflete uma falha narcísica difícil de ser suportada, como se o fato de ver um filho ter notas menores remetesse a algum tipo de fracasso próprio, afinal *“se meu filho aprende menos que os outros”*, é porque *“eu também falhei, como pai”*.

Na apresentação deste caso, vários fatores se destacam, como o fato de o psiquiatra que atendeu a jovem ser um amigo da família, além da preocupação do pai com o fato da filha ser *“desatenta, embora tire algumas notas 10”*. E, por fim, o fato de achar melhor medicá-la em função do fato dele próprio ter um diagnóstico psiquiátrico ligado ao déficit de

atenção. Todos esses aspectos seguramente merecem ampliação junto aos familiares, no devido tempo do relacionamento em que se vislumbre uma aliança terapêutica madura, embora não tenham aparecido nas reflexões de Fernanda. Ela discorreu sobre esses detalhes com certo incômodo no tom de voz (conforme anotações dos assistentes); sem perceber, parecia levada a aceitar as decisões do pai da paciente sem questioná-lo ou problematizar “detalhes” tão significativos. A resistência à decisão paterna partiu da própria adolescente, que pediu ajuda da terapeuta, negando a medicação. Diante desse apelo, Fernanda resolveu conversar com o psiquiatra, já que ela “*é uma menina super criativa, gosta de arte, gosta de cantar, gosta de dançar, então, acho que pode ter outros recursos para ajudá-la que não seja só o remédio*” (Fernanda, 2.º encontro).

Sugeri aos pais que estimulassem essa prática artística, mas resvalou uma vez mais na resistência do pai. Ele entendia que para cantar, a filha precisaria antes saber tocar, então, não aceitou a sugestão da terapeuta “*porque atrapalharia os estudos dela*”. Em resposta à negativa paterna, a própria paciente reagiu, dessa vez numa atuação que mais uma vez levou à retirada de seu celular. Diante da punição disse que não ia tomar remédio de jeito nenhum, apesar da briga com os pais: “*foi ruim, mas eu me senti mais dona de mim, porque até esses vinte dias aí que tava tomando remédio, parece que eu tava esquisita, não era eu. [...] prefiro ser eu, mesmo sabendo que dou trabalho*”.

Sueli reage ao relato de Fernanda apontando que muitos pais se mostram pouco criativos, assumindo atitudes radicais de punição, sem um cuidado pedagógico anterior:

O problema é que vem um vazio porque os pais não ficam [com os filhos], né? Não propõem algo para fazerem juntos, por exemplo: um jogo de tabuleiro, cinema [...] não criam esse outro campo para trocas, daí como vai conversar e entender os motivos dos filhos? (Sueli, 2.º encontro).

Novamente, vemos a reação de uma colega – que possivelmente fala de aspectos inconscientes de todos nós, terapeutas, na relação com familiares –, vislumbrando parte do problema projetado num terceiro – a figura paterna ou os pais – mas pouco se problematizou no grupo a naturalidade com que a terapeuta do caso em questão aceitava as decisões do pai da paciente sem questioná-lo ou propor outros caminhos de reflexão, inclusive sobre as reações dele diante das dificuldades da filha.

Interessante notar neste caso como parece ter ocorrido uma troca de papéis na situação terapêutica, quando a paciente assumiu uma posição de embate e resistência na relação com os pais, enquanto a terapeuta manteve-se passiva ou submissa diante das negativas do pai às suas sugestões. Por um lado, tratou-se de uma experiência rica por

mostrar a busca de autonomia da paciente diante de atitudes repressivas do pai; por outro, aponta mais uma vez a necessidade de os terapeutas se questionarem em termos contra-transferenciais sobre as reações ou falta delas no contato com os familiares dos pacientes atendidos, especialmente crianças, adolescentes e jovens. Pois é natural que esse contato evoque fantasias e reações inconscientes ligadas às vivências dos terapeutas com suas próprias figuras parentais, atualizando padrões de resposta infantilizados, regredidos ou idealizados no contato com os “adultos” com os quais se encontram envolvidos na relação profissional.

Ainda que não caiba em todo caso necessariamente uma terapia familiar, é possível realizar sessões pontuais em presença (ou não) dos pacientes menores de idade; mesmo conversas para ajustar a disponibilidade e as condições de maior participação de todos no processo. Procurar compreender a fonte da negligência e abrir um diálogo honesto torna-se fundamental para estabelecer uma relação de confiança e responsabilidade entre todos os envolvidos. Mais do que criticar a família, o terapeuta precisa ter consciência de que essa família talvez não tenha recursos suficientes (em diferentes sentidos) sequer para entender a necessidade de sua participação no processo e, ainda que isso se dê por meio de defesas, recusas neuróticas ou ataques sádicos – como sabidamente ocorre em qualquer sistema familiar quando a sombra vem à tona no paciente identificado –, caberia ao terapeuta trabalhar essa questão mais em termos simbólico-transferenciais do que críticos ou meramente pedagógicos, evitando imposições e cobranças idealizadas.

O acolhimento à família compreende não apenas a orientação direta, mas a abertura para a escuta e a intervenção empática que permita a conscientização sobre os padrões observados nos sintomas e na rede de relações. Deve-se considerar outros recursos e desdobramentos como a própria formalização da terapia familiar ou vincular (entre pais e filhos, entre irmãos, ou ainda com outros familiares com os quais a criança tenha relação afetiva importante). O mais importante é que os terapeutas que se propõem a atender casos que envolvem tendências autodestrutivas assumam a responsabilidade de ampliar seus estudos e avaliar suas condições subjetivas, tomando decisões atinentes ao exercício ético da profissão. Ele deve buscar a elaboração de sentimentos contra-transferenciais em sua própria análise, supervisão clínica, ou em discussão com um grupo interdisciplinar que trate sobre o cuidado de casos graves, de modo a sentir-se menos solitário e impotente. Essa discussão será aprofundada nas próximas seções dedicadas ao manejo do suicídio.

6.4 MANEJO DO SUICÍDIO: O PESO DE UM TABU

“Quando está falando de suicídio deliberado, o que assusta a gente é que a gente está falando de vida, [...] que se a gente não evitar o suicídio, sabe que estará indo contra um princípio religioso muito forte que a gente carrega”. (Sandra, 3.º encontro)

A interdição do suicídio em função de vinculações religiosas e julgamentos morais foi muito marcada no terceiro e no sexto encontro do grupo. Conforme avançávamos na discussão de o suicídio significar para algumas pessoas a realização da vida em sua plenitude potencial (individuação), surgiu a necessidade de debatermos as proibições religiosas ligadas a esse tabu.

O analista junguiano Rafael López-Pedraza, em “Ansiedade Cultural” (1997), reflete sobre a influência do oriente na história do homem ocidental, partindo de uma questão de transmissão intergeracional representada pela influência simbólica da bíblia. Uma história que carrega a potência e o peso de um mito da criação no qual o homem deve se reconhecer na imagem definitiva da semelhança com o Deus superior todo-poderoso. Assim, “Religiosamente falando, o homem ocidental é um crente: a sua é uma religião de fé. Deus criou o homem à sua própria imagem. Essa crença foi central na vida religiosa do homem ocidental, portanto, central também para conter sua psique e sua loucura”. (LÓPEZ-PEDRAZA, 1997, p.34). Submetidos, ainda segundo o autor, a uma visão culturalmente monoteísta, pautada no dogma do Deus único, integramos uma tradição que “impregnou extensamente o mundo em que vivemos, nossas crenças religiosas, nosso modo de vida, nossa política, ciências, e também os estudos de psicologia”. Esse paradigma norteia nossa relação cultural e social com o suicídio, condenado em diferentes religiões, sobretudo as monoteístas. Ainda: é dogma conhecido que o único a determinar a morte é o Criador, aquele a quem a vida pertence. A civilização judaico-cristã interdita moralmente o suicídio. O ato é prerrogativa daqueles que perderam a ligação com Deus⁹⁴.

Carmen associa o tabu a um controle social mais amplo, além de um sentido espiritual e moral; para ela, a interdição religiosa tem a função de exercer controle social, independente da religião, que é usada como instrumento de reafirmação dos interesses do Estado:

O efeito dessa regra é ter todas as pessoas sob controle. Então, banir a ideia do suicídio – é um pecado mortal pro católico, pro espírita, pra todo mundo – é um mal muito grande, é manter todo mundo no controle – assim como

⁹⁴ No terceiro encontro, Sueli ilustra esse tabu com o suicídio de Judas, após ter traído Jesus e sido possuído pelo demônio. Complementando, outros seis personagens bíblicos cometem suicídio, além o próprio Judas (Mateus 27:5): O escudeiro de Saul (1 Samuel 31:4-6), sobre quem pouco se sabe, e os outros demais, considerados grandes pecadores: o próprio Saul (1 Samuel 31:4), Abimeleque (Juizes 9:54), Aitofel (2 Samuel 17:23) e Zinri (1 Reis 16:18).

não fazer sexo antes do casamento é [uma forma de] controle social. (Carmen, 3.º encontro).

Depois, pensamos o tabu do suicídio a partir do binômio coragem-covardia. Carmen tenta escapar de um raciocínio polarizado que categorizaria o suicídio como um ato que se inscreve sob um ou outro adjetivo, e nos convida a pensá-lo como algo que escapa à lógica pendular:

Acho que tem alguma coisa aí no meio que a gente não consegue captar, justamente por já, desde o nosso nascimento, ouvir – seja na igreja ou com o papai e a mamãe – que isso é ruim; ou quando você escutou lá na infância que o seu priminho se suicidou e os pais te falam: “ah, foi horrível o que ele fez com os pais dele, olha a culpa que os pais estão sentindo agora! (Carmen, 3.º encontro).

A fala ilumina um ponto cego do problema. Reconhecemos que as razões do tabu do suicídio não podem ser explicadas de modo estritamente racional, o que relativizou tentativas individuais de esgotar o fenômeno em uma razão específica. O tabu parece servir mais para impedir que se fale a respeito da morte autoinfligida, do que impedir que ela seja constelada em fantasias ou efetivamente realizada.

Concluimos, na ocasião, que o tabu do suicídio existe como construção social não só para nos proteger da necessidade de lidar com o horror da morte autoprovocada, como também para nos ajudar a negar o horror de admitir inconscientemente nosso próprio desejo de morte. Nossa recusa social em falar sobre o tema certamente guarda algum medo relacionado a uma possível identificação inconsciente que poderíamos ter com aquele que idealiza e realiza em si o que parece desígnio da vida. Renata contribui: “*Entendo que o suicídio tá no mesmo lugar do medo: eu não quero olhar porque vou ter de pensar ‘e o que eu faço com o suicida em mim? Como é que eu fico quando eu começo a me deparar com esse tema? [...] como é que eu vivo isso se é proibido?’*”.

No sexto encontro, o tabu religioso reapareceu na fala de Carmen, a partir do relato de caso de uma paciente adolescente com ideias suicidas. A jovem disse, numa das entrevistas iniciais, que tinha vontade de se suicidar, e perguntou: “*eu posso falar disso aqui?*”. Carmen descobriu que seu sofrimento se ligava a um sentimento de culpa. Ela e uma amiga planejavam cometer suicídio juntas. Mas a amiga, a única pessoa com quem conversava sobre o assunto, havia se suicidado um mês antes. A adolescente perdeu o espaço para falar de seu sofrimento. Segundo ela, a terapeuta anterior desviava do tema, propondo a ela mudar de assunto, aconselhando-a a “não pensar nisso”, ou usando argumentos de que a

paciente era jovem demais “*para fazer aquilo*”, sem lhe dar abertura para expressar livremente suas próprias ideias a respeito do fato.

Renata questiona se temos condição de ouvir um paciente que traz o tema do suicídio sem acabar “escorregando” por conta de conflitos morais:

A gente precisa se olhar e se perguntar: será que eu consigo mesmo ter essa escuta tão limpa, tão livre de julgamento? Porque é a nossa vivência... quando eu tô ali, sou terapeuta, mas tá ali a minha história de vida e a pessoa que sou, a minha religião e todas as outras crenças, e isso vai perpassar o atendimento, com certeza. (Renata, 3.º encontro).

Carmen enfatiza o caráter objetivo do atendimento: há sempre a possibilidade de encaminhar o paciente para outro profissional, quando percebemos faltarem condições de acolher as ideias ou o sofrimento daquele que nos procura.

Retomando Hillman, a escuta psicológica tem algo que a diferencia da consulta com o psiquiatra, o médico, o padre, o pastor ou o mentor religioso, familiares e amigos. Todas essas pessoas reagem de um lugar próprio aos laços pessoais, sociais ou profissionais. Mas o que caracteriza especificamente um encontro no espaço terapêutico é o empenho do profissional na escuta qualificada, que exige resistir aos impulsos de poder. Evitar julgar, aconselhar, persuadir o paciente. Esse é o ponto central: suportamos sustentar uma escuta com todos os medos que isso traz na presença de fantasias, ideias, ideações suicidas? Não se trata de uma escuta inflada e onipotente como quem diz “eu aguento tudo, sustento tudo porque sou o máximo”. Mas sustentar a experiência do estranhamento, da insegurança e do medo sem reagir prontamente ou tentar dissuadir o paciente.

Diante desse desafio, Hillman nos deixa no fio da navalha. Em resposta a essa convocação ética, o movimento no grupo foi seguir em busca de uma diferenciação de suas crenças e imagens, já que concordamos que o julgamento moral aparece justamente quando somos atravessados por emoções, fantasias e ideias ligadas à nossa história pessoal, mesmo quando nos submetemos à análise e à supervisão clínica. Esse movimento nos levou diretamente para uma reflexão sobre as diferentes imagens irradiadas de nosso papel como terapeutas, como veremos a seguir.

6.4.1 O papel do terapeuta

Este foi o segundo tema que mais se destacou nas discussões do grupo, com relação ao manejo do suicídio na clínica; é um dos eixos centrais da psicoterapia junguiana e desta pesquisa pensar o conjunto de atribuições do profissional terapeuta na clínica. Outros

aspectos elencados nesta categoria foram o seu papel como salvador, “agente de vida” e “amigo”, em tensão com a questão de sua sombra e narcisismo. Nesta categoria se destacaram aspectos técnicos da psicoterapia, como a transferência e a contratransferência, por onde iniciamos nossa análise.

Transferência e contra-transferência são temas com os quais o terapeuta deve buscar intimidade na vida diária, pois configuram o principal desafio no estabelecimento de uma clínica que cumpra o seu papel ético. Há uma disposição do psiquismo para constelar emoções, ideias e reações de natureza inconsciente, com as quais o profissional tem de lidar e assumir a responsabilidade pela sua resolução, inclusive estar disposto a corrigir atitudes motivadas por emoções e ideias mal-empregadas anteriormente. O caminho encontrado pelos terapeutas para lidar com a contra-transferência no trabalho com o suicídio foi notadamente o da análise pessoal e supervisão clínica, a dobradinha clássica na vida de todo analista desde a graduação. Vejamos como algumas imagens ligadas a essas dificuldades se apresentaram nas discussões do grupo.

6.4.2 Luz e sombra: o conflito entre salvar e estar junto

Sentimento de impotência foi o principal aspecto destacado pelos terapeutas, contrapondo ideais de caráter salvador e onipotente, destacados nos desenhos e na narrativa ao longo dos encontros. Elementos de forte mobilização afetiva aparecem representados nos desenhos em lágrimas (desenho 1), coração (desenho 2 e 7), luz *versus* sombra (desenho 5), constelando a oposição morte/vida, sucesso/fracasso, impotência/salvação.

Na expressão verbal e gráfica de Fernanda (desenho 1), aparece a fantasia de que ela, como terapeuta, precisaria trazer luz, salvar a vida do paciente, mesmo sabendo racionalmente que, em termos estritos, isso não era possível.

Na fala e no desenho de Mariana também apareceram lágrimas e corações (desenho 2), mas desta vez, eram do próprio terapeuta, segundo ela. O sentimento de impotência guarda relação com a angústia experimentada diante de situações que ela não sabe ao certo se poderia suportar ou manejar adequadamente, principalmente em relação a encaminhar ou não o paciente para internações.

A mesma questão emergiu da expressão de Júlia (desenho 5), sobre a necessidade de lidar com a “sombriedade” reconhecendo a necessidade de encontrar estratégias para lidar com casos “difíceis”. Vemos no primeiro encontro o autoembate de Júlia sobre se deveria ou não orientar de modo objetivo e prescritivo o paciente em crise aguda. Conforme amadureceu

o conflito durante esse encontro, conseguiu diferenciar o que poderia ser uma conduta prescritiva de outra que funcionasse como um espelhamento, estratégia que remete mais coerentemente ao método clínico junguiano do confronto dialético entre os parceiros analíticos. Vemos na narrativa da mesma terapeuta a expressão curiosa para descrever seu desenho, uma “*dissociação ao contrário: vamos dissociar dessa sombriedade e trazer um pouco de luz*” (Júlia, 11 out. 2019). Ou seja, a substituição do sofrimento e das ameaças sombrias pelos valores encarnados na *luz* - metáfora empregada para se referir à consciência.

A mesma tensão entre *escuridão e claridade* aparece na expressão de Sandra (desenho 6), o eclipse como representação do sofrimento do paciente em crise, oscilando entre escuridão e claridade. De modo semelhante, o tema da integração luz e sombra apareceu no primeiro encontro, com Walmir (desenho 7), para quem nosso trabalho está a serviço dessa integração entre opostos, ainda que “*o bem possa estar dentro do mal, e o mal dentro do bem*” conforme suas palavras.

Refletindo sobre essa ideia, podemos dizer que “sombriedade” é um conceito depreendido de Jung em “O eu e o Inconsciente” (JUNG, vol. 7/2; 1934/2001), quando o autor explica o funcionamento dialético de *persona*-sombra, um par de opostos estruturante do desenvolvimento da personalidade infantil. Embora uma das funções ‘orgânicas’ da sombra seja abarcar conteúdos reprimidos pelo ego para manter a estabilidade da *persona* nas interações sociais, há também no mesmo texto de Jung, um sentido prospectivo: potenciais ocultos da personalidade, que se forem adequadamente desenvolvidos, podem compensar e/ou complementar a atitude dominante do ego, equalizando tensões na personalidade, o que ensejaria um fluxo natural ao processo de individuação.

O eclipse por sua vez é um fenômeno astronômico decorrente do alinhamento entre sol e lua da perspectiva de algum ponto da Terra. Constitui um momento de escuridão parcial ou total. Desde eras remotas, recaí sobre esse fenômeno toda sorte de crenças, remetendo normalmente ao perigo. Uma vez que a luz do sol é parcial ou totalmente elidida pela lua, podemos pensar metaforicamente que se trata do inconsciente eclipsando a consciência, quando desaparecem as faculdades do discernimento e as potências regressivas ganham força. Assim também ocorre com o suicídio naquele que se encontra acometido e identificado intensamente pela dor da alma, e também com os familiares e pessoas próximas enlutadas: os efeitos de “eclipsamento” na vida das pessoas próximas são duradouros, conforme Fukumitsu (2013) nos mostra. Como se a lua, após eclipsar o sol, o marcasse simbolicamente com sua escuridão.

Sandra tem uma visão mais esperançosa da imagem do eclipse associada à ideação suicida, embora reconheça o momento do predomínio da escuridão: ela prefere descrever o fenômeno como transitório, do mesmo modo que: “*ele [o eclipse] escurece, e ele vai, não permanece. Pode ficar mais forte, mais intenso, mas ele caminha [da escuridão para a claridade]*”. Sua fala remete à ideia de que a intensificação do sofrimento e sua relativização podem se dar de modo mais dinâmico, sem ter de ser administrado tão diretamente pelo terapeuta. Nesse sentido, difere da visão polarizada de Júlia (“sombra *versus* luz”), como no desenho de Fernanda em que há lágrimas à esquerda contrastando com um grande sol sorridente à direita.

Por que a ideia de trazer a luz surge como estratégia terapêutica substitutiva dos aspectos sombrios ou da ‘sombriedade’ da situação vivida pelo paciente? A ideia de integrar luz e sombra é recorrente na teoria junguiana, mas Jung enfatiza a importância de uma tolerância para com a tensão desses opostos evitando a substituição de uma coisa por outra, o que aliás, seria contra-terapêutico, já que o diálogo com a sombra é fundamental para o terapeuta trabalhar os pontos obscuros do adoecimento do paciente, a fim de auxiliá-lo a compreender sobre como vem vivendo. A justificativa para essa ideia advém do conceito de “enantiôdromia”, que Jung toma de Heráclito, para alertar sobre os perigos de se buscar uma reversão artificial ao oposto, sem passar pela etapa de maturação das tensões entre partes polarizadas.

Trazendo a luz – ideia que preponderou nas falas de outros integrantes do grupo no primeiro encontro⁹⁵ –, indica um ideal terapêutico que parece guardar semelhança com o papel do médico, do pedagogo e do sacerdote. O primeiro prescreve, o segundo ensina, o terceiro alivia culpas. São formas de agir sobre o sofrimento. Mas como poderia a ‘sombriedade’, por um simples gesto prescritivo, contribuir para a elaboração das dificuldades de pacientes com ideação ou tentativas de suicídio?

Ainda que se admita que essa estratégia possa funcionar a favor do paciente, sugere um sentido contra-transferencial à atitude do terapeuta. Ao assumir a tarefa de “dissociar dessa sombriedade”, o terapeuta se sente mais seguro da efetividade do seu papel em “tirar” o paciente da situação de risco, exercitando maior controle sobre resultados. Subentende-se nessa estratégia uma fantasia de poder que não necessariamente encontra embasamento no dia a dia da clínica.

⁹⁵ Houve mudança progressiva desta ideia ao longo dos encontros, como discutido na seção 7.

Muitos terapeutas do grupo fizeram menção positiva a “Suicídio e Alma”, o que não os impediu de recorrer à tentação prescritiva que Hillman critica. Se pudessemos seguir a proposição hillmaniana, tomaríamos a “sombriedade” como uma abertura ou convite para entrarmos nela, e não para substituí-la pela claridade. Um exemplo trivial dessa ideia é observar o que ocorre com nossa capacidade de ver no escuro quando adentramos uma sala de cinema, por exemplo. Metaforicamente, a proposta clínica de Hillman seria esta: adentrar na escuridão com o paciente, suportar o breu, servir de companhia, até conseguir, com a vista adaptada, testemunhar as imagens emergentes onde antes nada se via.

Ressalto a questão para apontar o desafio que significa integrar a teoria à prática, especialmente quando se trata do manejo de um tema tão radical como o suicídio. Ante a fragilidade e a possibilidade, sempre muito plausível, de “perder o paciente”, é compreensível o anseio de controle manifestado pelo terapeuta. De outro modo, o binômio sombra/luz aparece no discurso junguiano de modo ambíguo, sobretudo em algumas interpretações de textos onde se destaca o conceito de *Self*, resvalando por vezes num sentido metafísico (religioso, que se quer transcendente) de salvação, contaminando a psicoterapia – embora Jung tenha sido claro ao dizer que tomava a manifestação do *Self* no sentido simbólico de uma imago dei. Numa amplificação, comparo essa tendência que insinua a relação entre luz e sombra com o sentido religioso da oração de São Francisco de Assis: “Senhor, onde houver trevas, que eu leve a luz”⁹⁶.

Concluindo, é impossível evitar a fantasia do deus-salvador na transferência do paciente para com o terapeuta, mas este deve discriminar os significados dessa projeção no campo transferencial, de maneira a observar sinais afetivos ou ideias e gestos contratransferenciais que apontem possíveis atuações literais de sua parte na relação com o paciente, que evidenciam aspectos sombrios do terapeuta, como veremos a seguir.

6.4.3 A sombra do psicoterapeuta: impotência, raiva e narcisismo

“Até onde eu quero ser tão querida por todos, né? A minha carência humana, e sei lá, profissional. Eu quero que ela [a paciente] volte, eu quero que ela continue comigo”. (Fernanda, 5.º encontro)

Um tema que parecia buscar espaço em nossas discussões para contrapor o ideal salvacionista era a sombra do psicólogo. Embora o papel do terapeuta como um “agente de

⁹⁶ Disponível em: <https://formacao.cancaonova.com/igreja/santos/oracao-de-sao-francisco/>. Acesso em 10/12/2019.

vida” tenha sido bastante discutido, era possível perceber como os medos, raivas e culpas advindos dessa *persona* só apareciam de algum modo escamoteadas.

Se esse ideal onipotente aparecia com mais ênfase na fala de um colega, logo era compensado na de outro, e isso foi constituindo uma experiência dinâmica de acolhimento grupal. Mais de uma vez admitimos raiva logo após termos nomeado o esforço por oferecer acolhimento amoroso aos pacientes que flertavam com a morte e que poderiam nos expor a algum tipo de fracasso. Algumas vezes se falou no desejo de sermos admirados, respeitados e amados, tanto pelos pacientes e seus familiares, como prêmio pela boa atuação.

Em vários relatos de casos clínicos aparecia a expectativa de manter a morte afastada, além de uma intensa identificação com o discurso de manutenção da vida e a prevenção do suicídio, como se estes fossem os objetivos naturais a serem alcançados por uma psicoterapia. Mas esse ideal foi sendo desconstruído ao longo dos encontros, enquanto ganhava espaço a relação do suicídio com elementos imponderáveis, forçando-nos a lidar com nossa impotência, o que nos deu a possibilidade de refletirmos sobre nossa individuação em termos profissionais, para além dos pessoais. Nos sentimos progressivamente mais seguros para admitir uma preocupação narcísica com a preservação de nossa imagem, e como sofreremos por termos de lidar com um eventual fracasso na condução de algum caso clínico.

O analista junguiano R. R. Fernandes (2017) trata da importância do reconhecimento do narcisismo como elemento estrutural nos processos de transformação e desenvolvimento da personalidade: “os abismos narcísicos são, portanto, inevitáveis em todo processo de expansão da consciência” (FERNANDES, 2017, p. 14). Esse pesquisador discute a importância de considerar os aspectos criativos do narcisismo - tema tratado leigamente de modo caricato, por enfatizar aspectos negativos do sujeito visto como egocêntrico e/ou exibicionista.

O autor discute essa condição primeiro na perspectiva de alguns pacientes que procuram a análise, explicando que a maior parte dos motivos que os trazem à psicoterapia relacionam-se a impactos negativos no desenvolvimento narcísico da personalidade. Para trabalhar fragilidades narcísicas “o labor psicoterapêutico deve observar o investimento de libido que o indivíduo coloca sobre o objeto” (Ibid., p. 16), uma vez que isso permite compreender a “economia narcísica” do paciente e seus modos de relação não só com os objetos de sua vida, mas especialmente consigo mesmo.

Poderíamos tomar a mesma premissa para pensar a relação que um analista estabelece com seus pacientes, perguntando: qual a importância que estes adquirem em sua economia narcísica? De que modo afetam seu sono, sua mente, seu corpo, não só durante os

atendimentos, mas em sua ausência, e até após sua partida, quando abandonam ou encerram a análise? No quinto encontro, por exemplo, enquanto discutíamos questões transferenciais e contra-transferenciais de um caso clínico trazido por Walmir, Fernanda nos convidou a pensar sobre a necessidade que temos, às vezes, de sermos queridos pelos pacientes.

Vale pensar como o investimento que nós psicoterapeutas fazemos em pacientes mais “graves”, fala do Outro, mas, também, de nós mesmos, obrigando-nos a reconhecer alguma fantasia associada à ideia de ser importante, potente, e mesmo estritamente necessário para alguém. Tal fantasia configuraria um tipo de narcisismo do analista, uma vez que “o indivíduo considerado narcisista investe pouco em objetos externos a ele e concentra a maior parte de sua energia em si e em projetos que tem como objetivo intensificar sua grandeza e gerar admiração pelo Outro” (Fernandes (Ibid., p. 16).

No capítulo “O céu e o inferno de ser analista”, Fernandes sustenta a tese de que “o lugar do analista é o lugar da angústia, fundamentalmente pelo fato de que sua subjetividade é convocada recorrentemente no trabalho que realiza junto ao paciente/Outro”. Nesse palco dialético intersubjetivo, “suas representações, feridas narcísicas, história e memória afetiva” (Ibid., p.120) darão o tom, por assim dizer, para os desdobramentos da análise que ele tenta sustentar junto ao paciente. O autor explica como os sentimentos de culpa podem surgir quando o analista sente ter falhado ou agido defensivamente, evocando sentimentos negativos sobre si. Por mais que busque cuidar dessas feridas quando elas surgem associadas a complexos inconscientes, seja na própria análise, seja numa supervisão com outro profissional, “o analista sabe, porém, que nunca poderá livrar-se completamente de seus demônios”, e que “[...] seus complexos negativos, agora menos potentes, atuarão vez ou outra” (Ibid., p. 121).

Essas ideias são importantes para pensarmos nos embates vividos em casos que envolvem pacientes com questões ligadas ao suicídio. Se um relacionamento com um determinado paciente pode constelar afetos ligados aos complexos do terapeuta, quando nos deparamos com pacientes que trazem a sombra do suicídio, esses embates tendem a ganhar maior proporção pela própria radicalidade do tema.

Num caso clínico apresentado por Walmir no 5º. encontro, tratava-se de uma paciente que, segundo ele, “*me capturou de uma forma diferente talvez de outras pacientes*”, em função de algumas tentativas de suicídio ocorridas durante o processo analítico. Explica que isso talvez tenha ativado nele o sentido forte “*De um cuidador e de uma sensação de me sentir responsável. Talvez mais do que com outros pacientes.*”

Quando Renata perguntou se podia lhe fazer uma provocação, parece ter ido direto ao ponto sombrio da questão que vínhamos debatendo no grupo, e que certamente dizia respeito a todos nós: *“será que você pensa que ela tá desamparada ou tem alguma coisa por trás que diz pra você ‘eu estou falhando em algo?’”*.

A questão da falibilidade e o sentimento de impotência do terapeuta apareceu também em outro diálogo ocorrido no segundo encontro. Carmen se dirigiu à Mônica, então muito crítica de falhas profissionais: *“Acho que quando você traz essa angústia, ela fala de todos nós. Por mais que a gente não queira, que a gente estude, se prepare, [...] alguns casos [...] a gente vai ser capturado por essa culpa, por esta responsabilidade, por essa ideia de poder exagerado”*. E complementa, assinalando o caráter incompleto da prática profissional: *“A gente nunca vai ser assim, totalmente resolvida, totalmente madura, não existe esse lugar pra terapeuta, né?”*.

Casos clínicos que envolvem as temáticas do suicídio tocam em pontos sensíveis do narcisismo de qualquer terapeuta, pois podem tanto confirmar as representações positivas que estão sendo construídas em seu processo de formação – que nunca termina, mas se atualiza cotidianamente a partir das experiências vividas na clínica –; como também podem evocar inseguranças e representações negativas em relação à sua autoimagem e autoconfiança profissional, já que a possibilidade de falha radical está sempre se assomando à concretização do suicídio, afinal. Isso pode interferir diretamente no manejo oferecido aos pacientes e seus familiares, assim como na interlocução com os psiquiatras com quem trabalha conjuntamente.

Uma análise feita pelos pesquisadores Maltzberger e Buie (apud Botega, 2015, p. 204) a respeito do narcisismo dos profissionais da área da saúde aponta três armadilhas nas quais médicos e terapeutas frequentemente caem: “saber tudo, amar todos, curar todos”. Eu acrescentaria “salvar todos”.

Várias vezes ressurgiu no grupo menção ao livro de Guggenbühl-Craig (2004), “O abuso de poder na psicoterapia”, onde essa questão é tratada exaustivamente. Reconhecemos na posição inflacionada o escamoteamento de muitos medos: o da falta de conhecimento para lidar com o tema, o questionamento de familiares, de outros profissionais, e sobretudo o de fracassar em dado caso e o paciente efetivar o suicídio. A resposta inconsciente a esse medo não elaborado é a projeção de uma atitude mágica, que atinge os fins sem deixar muito claro por quais meios. Em situações mais graves, essa identificação pode, como alertou Guggenbühl-Craig, alimentar atitudes indiscriminadas ou até mesmo vigaristas.

Botega (2015) refere-se ao “amor missionário” como uma das armadilhas que captura terapeutas inexperientes, ansiosos por corresponder às demandas dos pacientes/familiares, por um lado, tentando se livrar de possíveis repreensões ou ataques; e, por outro, para afirmar sua autoestima. O terapeuta pode estar tão identificado com a fantasia de ser amado que espera ser correspondido em retribuição ao amor dedicado em sua prática. Trata-se de uma necessidade que precisa ser trabalhada em análise e supervisão, uma vez que impede o terapeuta de lidar realisticamente com as frustrações e defender-se de ataques. A superproteção do paciente e a síndrome de impostor mascarada por uma atitude acrítica são marcas características dessa configuração.

Nesse sentido, resgato a fala de Renata, que voltou a falar da importância de “*sair do lugar da prepotência também, porque a gente tem uma coisa do salvador*”. Essa fala apareceu no contexto da discussão sobre os limites do atendimento *online*, em casos de pacientes com rede de apoio frágil, que vivem fora do país ou da localidade do terapeuta – questão que será problematizada adiante onde falamos dos conflitos na interdisciplinaridade, mencionando um suposto complexo de superioridade dos médicos, visto de modo crítico ao longo dos encontros, sem percebermos também uma inflação de nossa parte nessas situações-limite da prática clínica⁹⁷. Afinal, falamos dos médicos “que se acham deuses”, mas assumimos atender alguém que vive em outro país, por vezes em situação de extrema vulnerabilidade e com riscos de suicídio, sem problematizar os limites não só do paciente e seu contexto, como dessa nova modalidade de atendimento (*online*), naturalizando-a de modo pouco crítico num primeiro momento da pandemia.

Quíron é uma imagem que contrapõe essa questão sombria, uma vez que nos permite admitir fragilidades e sentimentos de inferioridade para relativizar a inflação de nossas projeções. A força dessa imagem arquetípica reside num conflito paradoxal daquele que é obrigado a conviver com as próprias dores, ainda que conheça recursos para curar as dos outros. Porém, a sombra desse talento pode constelar justamente certa negação em admitir onde se sente ferido ou carente de recursos e de ajuda. Podemos pensar que essa negação talvez revele certa identificação com o sofrimento do paciente, até porque era o modo

⁹⁷ No terceiro encontro avançamos nessa discussão alcançando uma reflexão mais aprofundada a respeito das nossas projeções que pairavam sobre os psiquiatras. Afinal, nós os criticávamos por se colocarem unilateralmente acima de questionamentos, porém, assumíamos com frequência uma postura inconsciente, sem dimensão de riscos, até mesmo arrogante diante de situações que claramente impunham limites e requeriam um manejo mais complexificado, menos atomizado e mais realista.

possível de manter a prática da psicoterapia e acolher tantas pessoas que se encontravam necessitadas de ajuda na pandemia, como veremos na próxima seção⁹⁸.

6.4.4 Pandemia: desafios e possibilidades do atendimento *online*

*“Eu já atendia pacientes que vivem fora do país.
Eles eram meus pacientes aqui e se mudaram [...].
Alguns [pacientes novos] me procuraram agora na pandemia porque não se adaptaram mesmo.
[...] tem pessoas que não tem espaço seguro em casa,
além de outras dificuldades que impedem a formação
do vínculo quando a pessoa se encontra mais frágil.”*
(Sueli, 6.º encontro)

A experiência da pandemia no contexto clínico foi um assunto que se desdobrou longamente no sexto encontro do grupo, dada a coincidência temporal desse evento com a segunda etapa da pesquisa. Nossa principal discussão esteve relacionada aos desafios, impasses e possibilidades no cenário traumático, tanto na vida pessoal como profissional, principalmente em relação ao atendimento psicoterapêutico *online*. A prática da psicoterapia a distância (via videoconferência), regulamentada em moldes mais restritos em 2018 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), foi definitivamente incorporada ao campo da prática psicoterápica⁹⁹. A realização dos atendimentos *online* facilitou sobremaneira o acesso ao cuidado da população num momento tão grave de crise social, que produziu impactos brutais na saúde mental de todos, como costuma ocorrer em emergências e desastres coletivos.

Se, num primeiro momento, a expansão da terapia *online* estava ligada à necessidade de garantir maior segurança sanitária frente à disseminação do coronavírus, a mesma distância ajudou a consolidar a prática mesmo após passada a crise, dadas as vantagens em relação à comodidade e a dispensa de deslocamento. Muitos pacientes preferiram manter a terapia *online* em função da necessidade de readequar compromissos e tarefas da vida familiar nesse novo cenário de vida.

⁹⁸ Uma questão pontual, mas relevante sobretudo após o advento da pandemia, discutida na seção 6.4.4, sobre desafios e possibilidades do atendimento online.

⁹⁹ A Resolução CFP 11/2018 (2018) ampliou a prática do atendimento psicológico na modalidade *online* em situações de desastres e emergências, porém o atendimento para as populações em situação de violação de direitos e violência continuavam restritos ao atendimento presencial. No entanto, diante da pandemia da COVID-19 e da necessidade da prestação de atendimento psicológico num contexto de isolamento social, o Conselho Federal de Psicologia autorizou, por meio da Resolução 04/2020, a prestação de serviços psicológicos mediados pelo uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC). Neste período, foram suspensos os Artigos 3º, 4º, 6º, 7º, e 8º da Resolução CFP 11/2018. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=04/2020> Acesso em 15 ago. 2022.

De maneira geral, em nosso encontro, os terapeutas discorreram sobre os aspectos positivos e também preocupantes ou até mesmo impeditivos para o atendimento *online*, sobretudo quando se referiam aos casos que envolviam fragilidade emocional, crise, ideação e tentativa de suicídio. O desafio mais básico se tratava da precariedade no acesso tecnológico à internet, equipamentos desatualizados para videoconferências, que frequentemente ocasionam interrupção das sessões e interferiam diretamente na qualidade do contato afetivo estabelecido, o que por sua vez interferia negativamente no acolhimento oferecido.

Um assunto que surgiu logo nas primeiras reflexões do grupo foi a comparação do atendimento presencial *versus online*, considerando os processos que vinham ocorrendo na modalidade presencial e precisavam migrar forçosamente para o *online*. Também houve menção às situações experimentadas com pacientes que iniciaram o processo de análise já durante o isolamento social e não se adaptaram. Sem um único encontro presencial com o terapeuta, a constituição da aliança terapêutica ficou prejudicada, algo que precisa ocorrer no início do relacionamento entre ambos, conforme afirmaram Sueli e outros colegas.

O segundo desafio para a sustentação do processo de análise é de caráter material: aboliu-se o espaço físico protegido do consultório, onde o paciente podia se sentir seguro para compartilhar seus segredos, medos e inseguranças longe dos ambientes habituais, separado das pessoas de seu convívio. Nesse contexto, os pacientes relataram falta de privacidade para a videoconferência: como tratar questões relacionadas a crises conjugais e questões de violência doméstica se, muitas vezes, o cônjuge ou abusador estavam presentes no mesmo ambiente? Alguns pacientes optaram por realizar as sessões em carros estacionados na garagem da própria residência, em praças, metrô, táxi, dirigindo, caminhando pela rua, ou mesmo em *shopping centers*, entre outros, invertendo completamente a lógica de ambiente público e ambiente privado. Adaptações quase sempre insuficientes para se dar o encontro em condições minimamente necessárias ao acolhimento e principalmente ao sigilo.

Se, por um lado, essas situações de esforço incomum poderiam indicar a premência da terapia, por outro, incorriam necessariamente em uma banalização das condições mínimas para a análise. Quando surgiam como tema eventos traumáticos ou o suicídio, instalava-se grande sensação de impotência. Na avaliação dos terapeutas, a urgência dos casos demandava, pelo menos, encontros híbridos. Hoje há certo consenso de que, nas situações de pacientes em condições mais regredidas de personalidade, se expondo ou impondo riscos a si mesmo, o espaço físico do consultório deve ser resgatado o mais rápido possível, conforme as condições de acesso do paciente ao terapeuta. Contudo, muitas pessoas começaram ou

passaram a fazer terapia com profissionais instalados em lugares distantes da sua região. Por isso, o grupo chegou ao consenso de evitar o máximo possível o atendimento *online* nas condições comentadas, encaminhando o paciente a outro profissional ou equipamento de saúde próximo ao seu local de residência. Para isso, o terapeuta deveria ter condições de avaliar as condições egoicas do paciente para tomar essa decisão. De todo modo, após o relato individual de alguns terapeutas com estratégias para lidar com as novas condições do cenário profissional, concordou-se que a adesão massiva de pessoas à terapia sinalizava sua importância social num momento coletivo traumático e desafiador.

Naquela ocasião, como praticamente todas as categorias profissionais que dependem da presença física, os terapeutas se mostravam ansiosos pela falta de previsão sobre quando seria possível retornar ao espaço físico do consultório. Lembremos que se seguiram muitas mortes em categorias de trabalho precarizadas e entre profissionais da saúde clínica, intensivista ou ambulatorial, que pela própria relevância da atividade para o contexto, ficaram ainda mais expostos que a média da população. Hoje, bem pouco tempo após cessada a catástrofe, assume-se com mais tranquilidade as condições para o atendimento integralmente *online* ou híbrido, pois a pandemia forçou adaptações, mas a referida avaliação de riscos e possibilidades deve ser considerada em casos de pacientes que apresentam sinais de maior fragilidade egóica e/ou que contam com uma rede de apoio precária.

A seguir, veremos alguns exemplos de situações trazidas pelos terapeutas que ilustram os desafios do atendimento *online* a pacientes com ideação suicida.

6.4.5 Atendimento *online*: onde vai parar o corpo e a materialidade do encontro?

Sueli reforça o prejuízo que o atendimento *online* representa para uma prática clínica convencional. Sem acesso a recursos materiais do consultório, sobretudo a caixa de areia e os instrumentos de desenho e pintura, lamenta ainda a falta da linguagem corporal: para onde foram os gestos significativos, o toque? Reafirma sua preferência absoluta pela modalidade presencial, referindo-se a noções de ritmo, movimento, relação com a espacialidade, silêncios “respirados juntos”; enfim, toda uma gama de irradiações performativas do eu e do nós foi substituída por um enquadramento de busto e cabeça, tendo tato e olfato suprimidos, numa sobrecarga da visão por simulações da pessoa em duas dimensões, sendo a audição convertida em bits, amplamente sujeita a interferências e mau funcionamento de equipamentos e conexões tecnológicas. Ela se pergunta como modular a intervenção terapêutica baseada em dados tão pobres de expressividade.

De fato, houve uma mudança no t3nus da comunica33o, agora mediada pela m3quina. No *setting online*, a comunica33o se d3 diretamente, ou seja, fala-se de um para outro. A cabe3a est3 fixada num eixo que precisa estar compreendido nos quatro cantos da tela. No contexto presencial da cl3nica, a liberdade de movimento e a aus4ncia de enquadramento fixo abrem a possibilidade de associa33es livres, falas soltas, pausas maiores, sil4ncios de introvers3o necess3rios ao processo de reflex3o e conex3o afetiva.

M3nica falou de uma paciente que mesmo 3 dist3ncia procurou se ajustar deitando-se em um sof3, do mesmo modo que costumava fazer no consult3rio, na tentativa de simular a experi4ncia anterior. Como o div3 3 um dispositivo t3pico da cl3nica psicanal3tica, diferente da cl3nica junguiana, que preza pelo encontro face-a-face, Sueli se surpreende com o relato da colega. Ela volta a fundamentar sua prefer4ncia pelo atendimento presencial, agora recorrendo aos estudos da tipologia junguiana e 3 import3ncia da conviv4ncia social como medida de sa3de mental nesse momento da pandemia. Para ilustrar, compartilha a situa33o de uma paciente que est3 vivendo uma esp4cie de luto pela perda de acesso ao local f3sico de trabalho. Segundo ela, a paciente sofre tamb4m pela separa33o dos colegas de trabalho, uma vez que vive somente com a m3e em sua casa. Sente falta das presen3as e do espa3o f3sico que cumpriam uma fun33o importante na promo33o da sua sa3de ps3quica.

Aproveitando esse relato, tento dirigir a aten33o dos terapeutas para a especificidade do atendimento *online* quando o paciente apresenta idea33o ou tentativas de suic3dio, considerando os casos que estavam atendendo naquele momento. Tinha em mente investigar o impacto da pandemia nos procedimentos cl3nicos em tais situa33es. Percebi um tempo mais prolongado de sil4ncio diante do convite, o que me pareceu configurar um inc3modo de falarem sobre o suic3dio no modo *online*, ao contr3rio de como havia acontecido em nossas reuni3es presenciais, onde a fala aparecia e circulava de modo mais fluente no grupo. Passado algum tempo do encontro, conseguimos retomar parcialmente o ritmo e a intimidade que hav3amos alcan3ado na primeira etapa da pesquisa.

Fernanda foi a primeira a relatar sua experi4ncia com um adolescente de 15 anos trazido pelos pais por apresentar sinais de depress3o na quarentena. Mostrava preocupa33o com o atendimento *online*, temendo n3o conseguir perceber adequadamente os conte3dos comunicados pelo paciente devido 3 dist3ncia f3sica: "*A gente acha que a pandemia t3 encobrindo muita coisa. O online tamb4m encobre muita coisa e acho que eu n3o t3 vendo o que realmente t3 por tr3s de tudo isso. [...] O menino 3 de uma apatia [...] eu nunca vi em toda a minha vida [...]*". Fernanda explica que prop3s o atendimento h3brido, uma vez que, nas sess3es *online*, o adolescente tendia a se mostrar distante, inclusive se escondendo em

bonés e casacos ou mesmo deixando a câmera desligada, o que tornava o contato ainda mais difícil e distante. A terapeuta mencionou uma dificuldade de aproximação e conexão com o paciente, algo que para ela poderia ser resolvido num atendimento presencial.

Talvez esse possa ser entendido como mais um aspecto insuficiente a ser considerado no atendimento *online*, sobretudo com adolescentes ou pacientes que apresentam sinais de depressão. Pois um dos elementos estruturantes no atendimento, nesses casos de pacientes deprimidos ou excessivamente retraídos, é justamente o contato pessoal, que pode contribuir para a criação e o fortalecimento do vínculo terapêutico e das trocas no campo transferencial, inclusive com o apoio dos recursos expressivos, facilitadores da comunicação extra-verbal.

No relato de Fernanda, também surge um elemento que pode nos esclarecer algo sobre as motivações que podem levar um terapeuta a encaminhar jovens para o tratamento com psiquiatra. Ela menciona uma situação narrada pela mãe do paciente, ocorrida cerca de 20 dias após o atendimento presencial, quando o filho chorou muito e admitiu que não estava conseguindo melhorar, continuava sentindo o mesmo vazio e uma tristeza muito grande. Diante da piora relatada, Fernanda entende que sozinha não daria conta e decide ampliar a rede de apoio, indicando um psiquiatra de sua confiança. Este, por sua vez, encaminha a família do paciente para um trabalho de orientação. Cria-se uma rede em torno do paciente e da família que a deixa mais segura para fazer sua parte e seguir com o atendimento em modo híbrido.

Mesmo assim, o paciente prefere manter o vídeo desligado durante as sessões. Para Fernanda, embora a máquina diga que o paciente está *online*, ele encontra-se afetivamente desligado da terapia e seu esforço é vão, ela tem a impressão de estar sendo “ludibriada”. Carmen entra na conversa para desconstruir essa fantasia persecutória de Fernanda, fornecendo um exemplo de atendimento seu, realizado apenas por áudio devido a problemas de privacidade do local onde um paciente se encontrava. Conclui que o fato de o paciente optar por manter a câmera fechada pode não estar relacionado exatamente a alguma intenção de enganar a terapeuta. Compara ao contexto escolar onde crianças e adolescentes eram obrigados a ligar a câmera para provar estarem presentes na aula e também se mostravam resistentes: “[...] eles estão irritados com essa obrigatoriedade de ter que ligar o vídeo, de estar na aula. E da presença só ser computada se o vídeo estiver ligado, mesmo que ele esteja ali falando”.

Carmen considera que a decisão de o adolescente fechar o vídeo pode estar associada a um gesto de autonomia, quando decide a quem e quando mostrar a própria imagem. Pois, ao decidir se abre ou não a câmera, o adolescente pode manter o limite sobre o que deseja

fazer na relação com os adultos, seja na escola, seja numa sessão de terapia. Ela associa isso ao momento da pandemia e da quarentena, como uma rebeldia diante de uma situação em que todos nos tornamos impotentes e reféns. Mônica concorda com essa análise, pois compreende que ainda que desligando a câmera, a questão a ser observada é como o adolescente participa da sessão.

Fernanda amplia sua declaração inicial, dizendo que não tem medo de o paciente a ludibriar, mas de ela mesma se ludibriar, uma vez que sem acesso visual ao paciente, pode não perceber algum sinal importante na sua condição física e psíquica. Sua preocupação é de fato muito pertinente, uma vez que, em se tratando de pacientes com questões de depressão e ideação suicida, a observação dos sinais de humor e disposição física para a interação torna-se um dos aspectos centrais do manejo terapêutico.

Carmen pondera sobre os riscos de o terapeuta se ludibriar também no atendimento presencial. E aponta para a importância de outros sentidos que podemos usar para apreender informações e prosseguir com a terapia, ainda que sem acesso visual à imagem corporal. Assim, as analistas ampliam suas concepções do manejo clínico, relativizando a importância da visão como sentido dominante para a realização do trabalho analítico junguiano. Agora aparece nas falas a expressão "independente da imagem". O corpo continua referido como presença que comunica sentidos e estabelece as condições da relação, mas a importância dada à visão cede espaço a outras formas de conceber a experiência analítica, que não precisariam ser vividos exclusivamente num enquadre face-a-face. Se isso ocorre na experiência com pacientes cegos, por que não poderia ocorrer em outros contextos¹⁰⁰?

Convido os colegas a pensarmos sobre o que possivelmente se passa com a transferência nessas situações em que não se tem acesso à imagem no atendimento *online*, uma vez que ao cancelarmos o acesso visual, surgem novos desdobramentos nesse campo de projeções e fantasias do qual participam terapeuta e paciente. De que maneira essa mudança,

¹⁰⁰ É relevante que não tenha surgido nessa discussão sobre o silêncio no encontro analítico nenhuma associação com o Centro de Valorização da Vida (CVV), que também trabalha oferecendo acolhimento por meio de áudio, onde os atendentes são treinados a ouvir inclusive o silêncio sem expectativas de que se empreenda uma conversa com aquele que procura ajuda, mas tão somente acolhimento. Como o CVV é um dos serviços mais importantes em situações de crise, inclusive para o atendimento a pessoas com ideação suicida e tentativas de suicídio, essa ausência reflete possivelmente o pouco conhecimento dos terapeutas sobre a metodologia dos serviços oferecidos pelo CVV. De outro modo, talvez eles não associassem o silêncio e o tempo de duração de um atendimento terapêutico com tanta exclusividade ao método psicanalítico. Mas talvez o façam também pelo fato de a psicanálise ser mais associada ao campo da análise e da psicoterapia, ao passo que o CVV se encontra mais associado ao manejo de emergências. De todo modo, é importante ressaltar as contribuições da metodologia do CVV para atendimento em situações de crise também no consultório, especialmente na prevenção ao suicídio.

que altera o *setting* no atendimento *online*, pode incidir sobre as condições de realização da análise a partir dos pressupostos epistemológicos do método clínico junguiano?

O que acontece com a transferência quando a gente perde de vista a imagem do paciente? Já abrimos a conversa um pouco antes com a questão do divã trazida pela Mônica. Será que nós junguianos estamos, por força das circunstâncias, tendo que lidar com esse recurso que para os psicanalistas faz parte do método e do *setting* deles? A ideia de que você não precisa ver e nem ser visto, onde o trabalho se dá mais pelas imagens e fantasias que aparecem pela voz e não pelo corpo no campo visual, certamente interfere nos modos de atender um paciente. Como podemos pensar nisso já que estamos impedidos de estar na presença física do paciente nesse momento? (Santina, 1.º encontro).

Desde os primeiros encontros, houve associações com aspectos teóricos ou metodológicos da psicanálise, como foi discutido anteriormente. O tema da ausência da imagem do paciente e o conseqüente trabalho exclusivo da voz na comunicação remota surge numa fala da terapeuta Fernanda sobre o *setting* lacaniano, embora a referência seja mais a respeito do do tempo lógico da sessão:

[...] é difícil aceitar que meu paciente não tem assunto, ele só quer ficar ali um minuto, dois, três, quatro; sei lá, dez e tchau. Isso pra mim é complicado porque a gente não é lacaniano [...]. A gente sempre procura... não sei se é pela própria cobrança do paciente, que sempre são cinquenta minutos. A gente tá sendo pago praquelas cinquenta minutos e a mãe espera que sejam cinquenta minutos. (Fernanda, 3.º encontro).

Mais uma vez um aspecto técnico do enquadre junguiano é retomado, dessa vez quanto ao tempo de 50m previsto para a duração de uma sessão, como uma obrigação do terapeuta em cumpri-lo em termos estritamente objetivos. No entanto, não há em nenhum texto junguiano referência que proponha ou afirme tal critério. Muito provavelmente, esse critério temporal tenha sido assimilado por Jung a partir do parâmetro usado inicialmente por S. Freud, quando ainda aplicava o método psicanalítico com os pacientes que atendia enquanto era psiquiatra no Hospital psiquiátrico Burghölzli¹⁰¹.

Afinal, estaríamos sendo também literais demais ao tentar transpor os parâmetros relativos ao *setting* constituído no atendimento presencial para a modalidade *online*? Sabemos que o tempo da sessão pode ser conduzido a partir de seu próprio ritmo *kairótico*, e não apenas cronológico. Desse modo, o tempo simbólico da experiência é o parâmetro que norteia e até pode ultrapassar regras por demais objetivas, que não se aplicam ao material

¹⁰¹ No filme “Um método perigoso” (*A Dangerous Method*, 2011), dirigido por David Cronenberg, vemos a aplicação da técnica da associação livre por Jung. Na cena, ele se encontra sentado em uma cadeira atrás de Sabine Spielrein, sua paciente à época, que permanecia sentada numa cadeira à sua frente e de costas para o psiquiatra. Note-se que embora ela estivesse muito ansiosa durante o atendimento, ele insistia para que ela não se virasse para vê-lo enquanto conversavam. Disponível em: <https://www.imdb.com/title/tt1571222/> Acesso em: 20 ago. 2022.

sensível e subjetivo que compõe o encontro analítico, sob pena de impor parâmetros externos ao campo transferencial. Assim, podemos considerar que o tempo previsto de 50 minutos funciona como uma base que pode apontar para durações variadas do encontro, conforme cada caso e situação exija, podendo mesmo ser excedido, nos casos emergenciais como o suicídio.

Sueli compartilha a situação vivida com uma paciente adolescente que se mantinha em silêncio nas sessões. Entende que foi muito importante suportar o silêncio, mobilizando a paciente a se expressar pela escrita. Em sua escuta, considerou o aspecto simbólico do silêncio como parte da dinâmica do encontro. Esse relato permite-nos refletir que o silêncio pode ser incorporado organicamente também à sessão *online*, sem necessidade de preocupação ou pressão do terapeuta, pois o que está em jogo não é uma conversa leiga, mas a vivência de um encontro humano e sensível, onde outros elementos também podem falar e compor a cena analítica além da expressão verbal, como a expressão facial, o choro, o recolhimento pelo tempo que for necessário à elaboração simbólica. Importante lembrarmos que muito do que é considerado uma vivência ritualística requer silêncio em algum estágio ou medida; se a psicoterapia guarda conexão com o sagrado, não haveria razão para nos preocuparmos em manter uma conduta orientada na ocupação excessiva do silêncio. Pois, se em termos arquetípicos, os deuses estão sempre presentes, invocados ou não, como lembrou Jung a inscrição em Delfos, pode significar também um modo ritual de “ouvir” uma divindade e com ela se conectar para além do modo habitual que orienta a percepção e a lógica discursiva do ego.

Sueli explica que se angustiava com o silêncio da paciente, mas afinal assumiu que se tratava de um elemento pertinente e necessário ao encontro e ao processo de elaboração do caso. Ela a convidou a escrever e ofereceu-se como companhia, uma presença silenciosa, porém continente à confissão que a paciente elaboraria: a carta trouxe a notícia de uma intenção suicida estruturada.

Pensei, meu Deus, eu vou ficar aqui cinquenta minutos de novo em silêncio. E assim foi, ela veio e continuou a carta em silêncio, mais cinquenta minutos. Até que ela pediu pra eu ler a carta, mas não em voz alta, e era uma carta suicida, onde ela falava tudo. E aquilo foi tão potente... ela conseguiu elaborar o sentimento que ela não conseguia ver de onde vinha. (Sueli, 3.º encontro).

Temos aqui um exemplo emblemático de uma característica importante da abordagem junguiana, a busca por outras formas de expressão e elaboração do conteúdo psíquico. Terapeutas junguianos são conhecidos por recorrer a diversos recursos expressivos, sendo

amplamente associados ao uso da caixa de areia (*sandplay*), calatonia, arteterapia, assim como outras técnicas expressivas desenvolvidas pelo próprio Jung, como a imaginação ativa.

Só uma escuta perspicaz e tolerante conseguirá diferenciar quando o silêncio é criativo ou representa um sinal de resistência à própria análise¹⁰²: se apresenta-se como o modo mais sincero de uma disposição em colaborar ou diz respeito a fantasias persecutórias do paciente e/ou ainda a possíveis sentimentos de frustração, constelados na forma de recusa a falar com o analista. Há um padrão observado em mitos da criação: a condição amorfa, sonolenta ou silenciosa da matéria prepondera antes do Princípio. Se esse estado antecede tudo que existe, e se encontra presente tanto no início como no fim da criação, assim como no começo da vida e no instante da morte, como poderia estar ausente na criação de sentidos e novos devires da alma na análise¹⁰³?

Chegou a vez de Sandra compartilhar uma experiência vivida com uma paciente adolescente, a quem começou a atender *online* na pandemia. Relata que a adolescente buscou a terapia após tê-la visto numa palestra na escola, após uma tentativa de suicídio. Explica que no primeiro atendimento mal conseguia ouvi-la, devido à voz muito fraca, de pouca fala, embargada pelo choro. Ela também pediu para desligar a câmera.

Entretanto, algum tempo depois a paciente abriu o vídeo, mas pediu para ficar afastada da câmera. Sandra observava dois quadros na parede enquanto a ouvia falar de si e dos pais, aos prantos. Até que chegou o momento de um silêncio, depois de algum tempo, a terapeuta pediu para que a menina trouxesse os quadros para diante da câmera. A paciente concordou, explicando que ela mesma os havia pintado. Num deles, se via a imagem de um barco no mar, uma árvore ao longe. Virou a câmera para o próprio rosto, enxugou as lágrimas

¹⁰² “Não há uma única forma de silêncio. Há múltiplas. Há o silêncio que é mera ausência de som, mas pode encerrar uma inflexão amarga, de ódio contido, de desprezo, de preconceituosa arrogância. Este silêncio não apenas fala, ele grita. Assim como a alma sensível é tocada pelo silêncio súplice, silêncio do desafortunado, do olhar que clama por socorro, da velha mendiga que, à porta da igreja, estende a mão desde a sua mais remota pobreza à espera da caridade alheia. Há ainda o silêncio altissonante da vítima que não cede às exigências de seu algoz, bem como o silêncio do monge recolhido em meditação. São silêncios expressivos, densos, por vezes soberanos. Deles emanam muitos dizeres, embora não se ouçam falares” (BETTO, 2013, p. 139).

¹⁰³ Há vários registros de divindades relacionadas ao silêncio em diferentes mitologias. Harpócrates, na mitologia grega, é o deus do silêncio, do segredo e da confidencialidade. Filho de Ísis e Osíris, foi adaptado pelos antigos gregos a partir da representação infantil do deus egípcio Hórus. Para os antigos egípcios, Hórus representava o Sol recém-nascido, surgindo todo dia ao amanhecer. A imagem de Harpócrates é a de uma criança com o dedo indicador sobre a boca, ante os lábios, o que simbolicamente o transformou na divindade da discrição e do silêncio. (Cf. RIVERA, 2019, p.166). Na mitologia tupi guarani, vemos uma associação da divindade Yamandu com o silêncio que tudo ilumina. Na narrativa, ele é o ancestral de todos os ancestrais, mais que qualquer sol (CASOY, 2009). Na mitologia romana, temos a deusa Tácia, também conhecida como Lara ou Muta, associada ao silêncio, à morte e à virtude, que protege contra intrigas e maledicências. Disponível em: <https://www.historiaantiga.com/deusas-romanas-antigas/> Acesso em 18 ago. 2022. Entretanto, para o que nos cabe em relação aos sentidos próprios do silêncio prospectivo na psicoterapia, Héstia é referência suficiente para entendermos o silêncio como força arquetípica que se encontra presente ardendo em si, aquecendo a intimidade do encontro, por sua conexão com o fogo da lareira que captura e convida ao silêncio reverencial.

e continuou falando sobre o quadro. Sandra explica que houve uma mudança na paciente: “*Ela deu uma risadinha, se ajeitou, continuava meio escuro, mas eu já conseguia ver um pouquinho seu semblante [...] ela ficou ali comigo, o quadro permitiu uma aproximação que estava muito difícil*”.

Sandra volta a falar do incômodo com o atendimento *online* por estar acostumada ao presencial. Entende que é um grande desafio, e tem em vista recorrer ao trabalho com imagens e recursos expressivos para lidar com as dificuldades nesse momento. Neste caso, se aproveitou de uma pintura que era uma produção da paciente e que já estava pronta, ou seja, não foi elaborada durante a sessão, mas foi “*um gancho que ajudou muito nesse processo*”.

Sandra esclarece que o processo está em andamento, e que a paciente tem apresentado outros trabalhos artísticos. Explica que não consegue produzir as peças na hora da sessão pela falta de espaço adequado onde a paciente vive, mas quando não tem materiais para pintar, a paciente escreve e traz os escritos para lerem juntas na sessão. Sandra explica que em função do estado de fragilidade da paciente, propôs duas sessões na semana, pois costuma manejar a regularidade dos encontros conforme as condições emocionais do paciente. Entende que no caso relatado atender apenas uma vez por semana na modalidade *online* era insuficiente: “*na relação online eu acho que perde muito*”.

Discorrendo sobre as diferenças de conduta no atendimento *online* em relação ao presencial, menciona que restringiu o uso do *WhatsApp* com pacientes apenas para emergências; a exceção é para aqueles que se encontram em estado de maior fragilidade, pois entende que esse contato facilita o pedido de ajuda. A paciente mencionada, por exemplo, encaminha a ela sonhos ou letras de música. Sandra flexibiliza o acesso porque entende que esse contato é importante, por se tratar de um caso muito delicado, já que a jovem de 18 anos já cometeu duas tentativas de suicídio. Explica que atualmente a paciente consegue falar sobre o assunto, e estão trabalhando no sentido de viabilizar outras possibilidades dela se expressar na vida. A ideação suicida não é mais o único modo de lidar com o sofrimento e a angústia.

Quanto ao número de sessões, em “A prática da psicoterapia” (JUNG, vol.16), Jung aponta uma possível monotonia decorrente do excesso de encontros, que poderia paralisar o processo. Mas se for necessário realizar várias sessões numa mesma semana, orienta o analista a deixar o método redutivo de lado e recorrer ao método sintético-prospectivo; este, permite amplificar os símbolos com vistas a tecer paralelos com temáticas mitológicas que carregam sentidos arquetípicos. Assim, é possível ao analista propor analogias para os temas

constelados na vida psíquica do paciente, estimulando sua imaginação a produzir novas fantasias para se relacionar com seus problemas e conflitos:

(...) Quanto a mim, contento-me, no máximo, com três ou quatro sessões semanais. Ao iniciar-se o tratamento sintético, convém espaçar mais as consultas. Reduzo-as, em geral, a uma ou duas por semana, pois o paciente tem que aprender a caminhar sozinho. O primeiro passo seria que o próprio paciente procurasse entender os seus sonhos, de modo a incorporar progressivamente os conteúdos do inconsciente ao consciente, visto que a causa da neurose é a discrepância entre a atitude consciente e a tendência inconsciente. Essa dissociação é superada através da assimilação dos conteúdos do inconsciente. O tempo entre as consultas não fica, portanto, inaproveitado. Desta maneira poupa-se muito tempo ao doente e ao próprio médico. Para o paciente, isto também significa uma economia equivalente em dinheiro. Além disso, ele vai treinando sua independência e deixa de viver agarrado ao médico. (JUNG, 1935/1988, vol. 8/2: princípios básicos da prática da psicoterapia, §25-26, p. 17).

Ao recomendar um número menor de sessões quando se utiliza o método sintético, Jung enfatiza que isso poderia estimular o paciente a se tornar mais independente da transferência mantida com o terapeuta, além de torná-lo mais responsável pelo próprio processo. Porém, sabemos que a questão da regularidade das sessões dependerá da avaliação do terapeuta em relação às condições emocionais de cada paciente em diferentes momentos da análise, além da disponibilidade de sua rede de apoio. O próprio Jung explicou que nunca deixou de usar um método em detrimento do outro. Em se tratando do manejo da ideação e/ou tentativa de suicídio, sabemos que essa questão ganha ainda mais relevância dependendo das condições do ego do paciente para lidar com sentimentos depressivos, ideias obsessivas e sentimentos desesperadores, principalmente em momentos de crise, como veremos a seguir.

6.4.6 Cuidado emergencial: contratransferência e limites do terapeuta

No manejo de crises suicidas, a contratransferência torna-se um fator crucial para a condução da situação. Os sentimentos, ideias, sonhos, associações ou sintomas psicossomáticos do psicoterapeuta (dores de cabeça, sintomas de ansiedade, entre outros sinais agressivos ou inesperados) são considerados não apenas normais, mas também valiosos instrumentos simbólicos para possíveis ajustes no tratamento ou encaminhamento do paciente, nos casos em que o profissional não se sente seguro para manter o processo sob seus cuidados.

No livro dedicado à avaliação e ao manejo da crise suicida, o psiquiatra e pesquisador Neury Botega aborda a difícil relação contra-transferencial constelada em tais situações:

Cuidar de um paciente com intenções suicidas é uma tarefa desafiadora e estressante. É preciso suportar a angústia e circular pelo inferno pessoal do paciente, conhecê-lo. Ainda que o caráter potencialmente letal da crise suicida exija ação – providências para manter o paciente a salvo –, em muitos momentos deve-se simplesmente ouvir, mantendo o silêncio atento digno de um companheiro de jornada. Ao mesmo tempo, em uma atitude de introspecção, vamos examinando os sentimentos que aquela situação desperta em nós. (BOTEGA, 2015, p. 191).

No terceiro encontro, temos relatos de vários terapeutas a respeito da impotência e das cobranças que caracterizam a posição do terapeuta em situações dramáticas que envolvem crises suicidas.

Não é confortável, não é bom. Às vezes a gente comete os mesmos... não sei se são erros, mas os mesmos comportamentos anteriores e assume coisas que não vai dar conta, por exemplo: ‘ah, vou atender a todos os telefonemas, porque a pessoa está numa fase difícil’. **Mas eu não sou pronto-socorro!** Tenho os meus limites enquanto profissional, enquanto pessoa. Então, eu também tenho família, também tenho o meu horário de lazer e meus problemas pessoais, e não quero ficar sendo acessada, invadida 24 horas do dia” (Carmen, 3.º encontro).

Transparece irritabilidade na fala de Carmen, complementada por uma associação defensiva de Fernanda: “*senão, o que acontece é aquilo de viver a vida dos pacientes*”. Mônica resgata a dificuldade de lidar com essa demanda apontando o grau de maturidade ou experiência clínica do terapeuta para suportar o risco: “*mas aí, isso que você tá falando, Carmen, tem que ter mais amadurecimento. É difícil não estar à disposição do paciente 24 horas, e correr esse risco*”. Nessa discussão redimensionamos nossa falibilidade de terapeutas, a impotência muitas vezes experimentada e os próprios limites estabelecidos para a prática do cuidado, o que é fundamental para a desconstrução da imagem de salvador que paira no imaginário de terapeutas, pacientes e familiares.

A convergência de ideias das terapeutas serve também para estabelecermos estágios e condutas distintas no atendimento aos pacientes, separando aqueles que se encontram em crise dos que estão estabilizados. Considerando que os casos de sofrimento agudo podem produzir instabilidade e impulsividade, o contato com o terapeuta se torna, muitas vezes, um canal de comunicação basilar para que o paciente se sinta amparado em dificuldades, até atingir maior estabilidade e organização psíquica. Nos casos potencialmente mais graves, como os que envolvem ideação suicida estruturada ou anúncio de uma tentativa de suicídio, viajar ou ficar indisponível para o contato do paciente, exige que o terapeuta ofereça, como alternativa, o contato de outros colegas, a título de salvaguarda em caso de urgência. Botega esclarece:

O investimento em proteção e em potência não deve chegar a um grau de cisão, em uma espécie de couraça, que leve à frieza ou à onipotência. Na situação em que se lida com risco de suicídio, por exemplo, deve ficar claro para o terapeuta o limite de sua responsabilidade, de forma a tomar todas as iniciativas e a procurar todos os recursos que resultem em ações de proteção à vida, incluindo a ajuda do outro. (BOTEGA, 2015, p. 196).

Considerando que se trata de uma prática clínica ligada a pessoas com fragilidades e necessidades de apoio em situações de urgência, não é possível tratarmos esses pacientes do mesmo modo que tratamos outros que se encontram em condições egoicas mais estruturadas. Contudo, essa reflexão não surgiu entre os terapeutas naquele momento. O diálogo entre elas, incluindo a fala de Fernanda, denota uma atitude defensiva, como se o paciente estivesse sendo intrusivo, e o pedido de ajuda não pudesse ser lido de modo mais simbólico, no campo transferencial. Cabe ao terapeuta se perguntar sobre sua abertura e amplitude emocional para acolher e encaminhar do melhor modo possível a demanda feita por um paciente que porventura contacte o terapeuta em momento inapropriado, sobretudo no trato daqueles com fragilidades egoicas evidentes ou em situação de vulnerabilidade, no caso de uma rede de apoio precária. E se o terapeuta opta por não encaminhar esses pacientes ao psiquiatra de imediato, está assumindo uma responsabilidade maior em relação ao caso; precisa, portanto, pensar em alternativas para quando esteja indisponível.

Botega (2015) propõe refletirmos sobre a relação estabelecida pelo psiquiatra e/ou psicoterapeuta com o risco de suicídio, tomando por base um gráfico que mostra duas polaridades num *continuum* que permite mapear diferentes níveis de abertura do profissional para lidar com riscos também diferenciados. Em sua análise, cada profissional deve avaliar como lida com ansiedade, ambiguidade e angústia em tais situações, tendo consciência de como se posiciona nesse *continuum* que vai do máximo ao mínimo controle, o que pode proporcionar graus de autonomia diversos na relação com o paciente (Ibid., p. 199).



Figura 9.1 Representação do dilema controle versus autonomia e as implicações contidas nele.
Fonte: Baseada em Maltzberg e Buie.⁶³

Figura 10: Riscos de suicídio - dilema x autonomia.

A análise de Botega encampa as problemáticas do campo transferencial, convidando-nos a considerar diferentes formas de manejo a partir do nível de consciência e

autopercepção profissional, para avaliar em primeiro lugar nossa capacidade no exercício da função de cuidador, sob as demandas de uma crise suicida. Sua análise abrange os seguintes aspectos da tarefa: **empatia, espontaneidade, calma confiante, limites**. O autor também nos convida a relativizar o medo em situações-limite:

Muitas vezes, o medo de o paciente vir a se matar bloqueia nossa capacidade de lidar com esse perigo. Pode ser difícil para um profissional da saúde perceber isso e, dessa forma, acalmar-se com a sutil, mas importante, diferença que existe entre ser responsável pelo tratamento de um paciente suicida e ser responsável pela vida, e mesmo pelo suicídio, de um paciente. (BOTEGA, 2015, p. 197).

A questão da polaridade onipotência-impotência volta a aparecer num relato de caso feito por Mônica, no segundo encontro: ela estava atendendo *online* um paciente que vivia na Inglaterra há 17 anos. Explicou que o paciente era HIV positivo e apresentava uma ideação suicida “forte”, alegando não ter mais motivos para viver: estava desempregado e se sentia injustiçado, além de ser um “superdependente” químico. Mônica deu relevância a diversos elementos que indicavam desamparo e vulnerabilidade, além da ausência de uma rede apoio profissional, pois o paciente não estava conseguindo atendimento no país em que vivia. Ela sentia-se angustiada com a situação, e insistia em pensar em formas de ajudá-lo, cogitando a inclusão de um psiquiatra brasileiro ao processo. Entretanto, as limitações eram evidentes, uma vez que uma receita médica expedida no Brasil precisaria ser validada por um médico estrangeiro para que as medicações pudessem ser adquiridas pelo paciente, tornando inócuo esse recurso.

Na conversa do grupo, fomos convidando Mônica a refletir sobre uma possível relação de sua ansiedade com uma atitude inflacionária diante de um caso que envolvia muitos elementos de desamparo e adoecimento psíquico. Ela percebeu que foi levada a atender o paciente sem avaliar muito bem as dificuldades acentuadas do manejo. Sua maior inquietação dizia respeito a uma fantasia de que o paciente poderia consumir o suicídio; não sabia como se desvencilhar da situação, pois ficou enredada justamente pelo nível de desamparo patente dele. Nas reflexões da terapeuta, não aparece nenhuma associação entre o temor de que o paciente efetivasse o suicídio com a experiência pessoal vivida por ela na ocasião do suicídio de seu pai; no entanto, a partir da discussão no grupo, ela pareceu sentir-se autorizada a conversar com o paciente no atendimento seguinte para propor um encaminhamento no país onde ele vivia.

Nessa mesma linha de situações-limite, a terapeuta Carmen chamou nossa atenção para que “às vezes, sustentar é você também saber dizer não”. Ela desenvolve esse raciocínio

compartilhando uma situação difícil vivida com uma paciente que apresentava grave ideação suicida, ao mesmo tempo em que ela mesma tinha o pai internado na UTI, já em processo de morte. Ao ser requisitada pela paciente por telefone ameaçando se matar, a terapeuta se sentiu muito dividida entre oferecer ajuda para a paciente ou permanecer junto do pai. Isso a levou a estabelecer alguns parâmetros em atendimentos de emergência, admitindo que em determinadas situações de maior risco, encaminharia os pacientes a outro profissional, a fim de preservar sua vida pessoal.

[...] nesse momento eu reconfigurei todas as relações meio doentias que eu tinha com os pacientes; porque eu não acho que isso era saudável pra mim, então eu refiz todos os meus contratos de atendimento depois desse episódio: TODOS! O meu contato telefônico é somente para agendamento de consulta, eu não converso com cliente por telefone. (Carmen, 3.º encontro).

Fernanda confessa não ter tanta segurança para agir desse modo, e acaba se cobrando por atender os chamados telefônicos dos pacientes graves em qualquer situação. Parecendo tentar se justificar, Carmen dá mais detalhes do caso: a paciente já a havia requisitado em outras circunstâncias, o que produzia nela o efeito de um rapto: *“acabou com o meu réveillon porque aí eu passei o feriado todinho pensando ‘meu deus, será que ela se matou?’”* (Carmen, 3.º encontro). Completou seu relato dizendo novamente que não era um pronto-socorro, mas admite que ainda assim atendeu ao chamado da paciente, com quem manteve conversa por quase uma hora.

Diante desse relato, algumas questões podem ser levantadas: haveria outros meios para ajudar a paciente? Seria possível encaminhá-la para um pronto-socorro ou contatar alguém próximo para ajudá-la? É uma situação exemplar sobre como podemos nos tornar reféns do medo e da culpa, comprometendo não apenas a qualidade do tratamento, mas nossa própria vida psíquica:

De fato, nenhuma pessoa, incluindo o psiquiatra ou o psicoterapeuta, pode carregar o ônus da total responsabilidade pela vida de uma pessoa potencialmente suicida. Temos uma limitada capacidade para prever, tratar e prevenir o suicídio. É a mensagem que o terapeuta deve repetir. É também a mensagem que deve ser passada ao paciente e a seus familiares, ao mesmo tempo em que transmitimos nossa preocupação e desejo de ajudar na superação da crise. (BOTEGA, 2015, p. 197).

Essa discussão abrange vários aspectos contra-transferenciais – que vão de um polo a outro, estando a raiva e a aversão num deles, e o amor narcisista no outro –, constelados na relação com um paciente que se encontra tomado por ideação suicida intensa. Botega discute numa perspectiva psicanalítica, problematizando as projeções de ódio do paciente

normalmente destinadas aos cuidadores – especialmente aqueles diagnosticados como *borderline* ou em estado psicótico –. Ocupa-se de mapear como essas projeções podem atingir o narcisismo do terapeuta, levando-o a identificar-se com os conteúdos raivosos do paciente e a atacá-lo por meio de gestos de retaliação mais declarada ou disfarçada. Segundo ele:

Sentimentos de desprezo e aversão podem, ainda, mobilizar o profissional, que, de forma inadequada, desafia o paciente a empreender o ato suicida, na esperança de demovê-lo dessa ideia. Em contrapartida, certa inclinação do terapeuta a ver-se como um salvador pode levar à perpetuação do comportamento suicida. Um terapeuta colocado em posição de escravidão forçada, não importa quão bem-intencionado esteja, não conseguirá ajudar o paciente. (BOTEGA, 2015, p. 198).

Pensando nos termos da Psicologia Analítica, a *persona* do terapeuta, instada a se defender contra a invasão inoportuna do paciente, projeta-se de uma posição sombria, que hiperdimensiona seu potencial de resolução do conflito, investindo-se de emoções com alta carga energética, como o autoritarismo, a vingança e até o oposto do que se esperaria de um salvador: o abandono.

Renata comenta que nunca teve pacientes ligando para pedir ajuda, mas dá o exemplo de uma paciente que costuma ligar para sua colega/terapeuta avisando que vai se jogar na linha do metrô. Comenta que a amiga fica muito mal com isso. Sueli interpreta o exemplo dado como uma forma de manipulação da paciente, o que de fato pode ser um dos aspectos transferenciais, mas como tudo na transferência, esse gesto precisa ser compreendido conforme os conteúdos que permeiam a relação terapêutica em cada caso, e as condições do ego de cada paciente. Botega nos alerta para que uma ameaça suicida pode ser usada consciente ou inconscientemente por determinados pacientes que se encontram mais regredidos, para receber a atenção de seus médicos ou terapeutas. Considerando essa possibilidade, a resposta do terapeuta a esse tipo de manipulação será extremamente importante, pois a recusa em atender o paciente pode ser interpretada como sinal de uma possível indiferença (o abandono), alimentando o sentimento de vingança e retaliação, como modo de resgatar o controle da situação e o amor na relação terapêutica.

Renata entende que a paciente da ameaça no metrô provocava que sua terapeuta assumisse a posição de salvadora. Walmir concorda: “*sem dúvida a paciente quer ser salva*”. Concluímos que se trata de um apelo transferencial que reflete a medida afetiva do vínculo terapêutico, já que o caráter de toda transferência parte de anseios e expectativas; em situações e ligações como a relatada, parece haver um apelo de salvação implícito nas ameaças: “*se você não me salvar, não se importa comigo*”, “*se você não me salvar, vai sentir*

culpa para sempre”, etc. Mas muito provavelmente se há um paciente dizendo “*tô aqui no parapeito da janela... vou pular*”, é de extrema importância considerar a veracidade emergente do momento. Em outras palavras, mesmo que haja uma tentativa de manipular sadicamente o terapeuta, isso já configura como uma tentativa de socorro, pois também é possível ouvir: “*Estou querendo falar com você, porque falando com você, eu não vou me matar*”; ou ainda: “*Você existe, estou conectado com você, e ao invés de me matar, eu tô te ligando*”.

Sandra, ex-voluntária do CVV, comenta que esse tipo de situação lá é corriqueira: “*muitas vezes, as pessoas com ideação suicida, quando ligam, estão de fato na iminência de fazer alguma coisa grave, [...] esperando alguma coisa de quem tá do outro lado, também*”.

Carmen entende que é necessário avaliar “caso a caso”. Pergunta se lidar com esse tipo de situação é “lugar da clínica”, se não seriam questões para a família ou outros serviços (como a psiquiatria). Renata fala das **armadilhas** que podem surgir nesta relação, mas pondera que caindo na armadilha, muitas vezes o analista pode adentrar espaços psíquicos do paciente que antes não haviam se configurado para ambos, e é justamente nesses momentos que pode ocorrer maior aprofundamento nas questões ligadas ao sofrimento. Afinal, há uma parte do paciente que diz “vou me matar”, ao mesmo tempo em que é possível perceber que há um pedido junto da ameaça, querendo dizer “me ajuda a viver”. A dificuldade é que ambas estão normalmente consteladas juntas, e demandam do terapeuta uma sensibilidade na escuta e na transferência.

Considerando os vários relatos de casos, apresento sistematizada uma lista de questões a serem consideradas no manejo com pacientes que apresentam ideação e/ou tentativas de suicídio:

- É possível atender na modalidade *online* pacientes que apresentam ideação e/ou tentativas de suicídio sem apoio familiar ou de terceiros, especialmente quando vivem em outro país?
- É possível atender em psicoterapia um paciente no contexto de uma crise suicida que não dispõe de rede de apoio composta de um psiquiatra ou outros tipos de apoio institucional, seja ele do campo religioso, social ou médico?
- Como podemos estabelecer limites e estratégias de apoio e/ou encaminhamento para lidar com essas e outras situações-limite, a depender da faixa etária do paciente, suas condições egóicas e de sua rede de apoio?

Diante desses questionamentos, o grupo referiu primeiramente à necessidade de diferenciar casos que apresentam maior risco de suicídio, recorrendo a uma rede de apoio.

Uma das condutas usadas pelos terapeutas em tais situações, sobretudo com adolescentes, era “incluir uma cláusula no contrato terapêutico” que permitiria quebrar o sigilo em caso de risco de morte, avisando a família, conforme sugestão de Sueli no terceiro encontro.

Carmen, Renata e Mônica concordam prontamente, ainda que não tivéssemos discutido com qual propósito redigir tal contrato com esta cláusula, ou para proteger a quem? Problematizei sobre a inclusão de regras antecipadamente no contrato terapêutico, se isso poderia ser uma imposição prejudicial ao estabelecimento da aliança terapêutica, despertando possíveis riscos defensivos no campo transferencial. Poderíamos entender a ideia de incluir essa cláusula e o contrato como tentativas de se proteger de alguma ansiedade persecutória dos terapeutas?

O primeiro movimento do grupo diante dessa pergunta foi sintomaticamente uma mudança de assunto, mas que parecia ter conexão inconsciente com o tema problematizado, na medida em que tocava na questão dos riscos e dos medos dos terapeutas, porém, referindo-se ao contato com novos pacientes nas entrevistas iniciais, principalmente quando se atende em local diferente de um prédio comercial.

Renata e outras terapeutas comentaram sobre situações com pacientes do sexo masculino que deram sinal de uma abordagem sexual já nas primeiras entrevistas. Walmir também mencionou preocupação com sua integridade física em algumas situações, embora se sentisse mais seguro justamente por atender num conjunto comercial dividido com outro terapeuta. Entretanto, há que se fazer uma diferenciação relacionada ao gênero, uma vez que em comparação com o relato das terapeutas, Walmir estava relativamente protegido, em primeiro lugar por ser homem - o que naturalmente inibe abordagens sexuais em nossa cultura, e, também, por compartilhar o consultório com outra pessoa; ao passo que os medos das terapeutas diziam respeito ao fato de estarem sozinhas no espaço profissional e de estarem mais suscetíveis a abordagens sexuais, se comparadas aos homens. O assunto despertou interesse e envolveu a todos, indicando possivelmente alguma associação sombria relacionada ao medo no encontro terapêutico. Isso se confirmou quando o grupo falou dos receios no atendimento de pacientes com ideação e tentativas de suicídio, mormente sobre possíveis atos de violência, por exemplo, no caso de o paciente tentar cometer suicídio nas dependências do consultório, ou mesmo agredir o terapeuta em caso de descontrole.

Essa discussão esclareceu para todos o caráter defensivo que tentativas de inclusão de cláusulas antecipadas no contrato terapêutico podem ter, como supostas medidas de segurança frente ao medo de suicídios dos pacientes. Na próxima seção trataremos de outro aspecto ligado ao manejo de crises suicidas: o encaminhamento para avaliação psiquiátrica.

6.5 MEDICAR OU NÃO MEDICAR? EIS A QUESTÃO!

Ao discutirmos sobre o atendimento emergencial nos casos que envolvem riscos de suicídio, é inevitável nos defrontamos com as questões relativas à medicalização, sua pertinência e os possíveis abusos. Nas pesquisas psiquiátricas atuais, há uma forte associação do suicídio com a depressão ou outras doenças mentais, os transtornos de personalidade borderline e bipolar, além da esquizofrenia. Todas essas condições são vistas como passíveis de medicação.

Em nossos encontros, os participantes encamparam mais diretamente uma reflexão crítica sobre a medicalização, e os desafios para o terapeuta neste cenário, uma vez que a maioria dos pacientes que já passaram por uma tentativa de suicídio, chegam ao consultório do terapeuta com prescrições alopáticas. O mesmo ocorre em relação aos pacientes deprimidos ou diagnosticados com outros sofrimentos de caráter patológico.

Fernanda relata ter procurado uma psicanalista quando de uma crise depressiva motivada pelo luto, e recebeu a orientação de que não deveria se alarmar, pois não precisava de alopatia. A partir disso, os outros terapeutas passaram a julgar sobre quais seriam os critérios para encaminhar um paciente ao psiquiatra, e possivelmente, à medicalização. O principal deles é o nível de sofrimento, para o qual, tanto Mônica como Sueli disseram haver graus de tolerância diferentes em cada indivíduo. Fernanda concorda e avalia que, dependendo da condição emocional, não encaminhar um paciente ao psiquiatra significa expô-lo a um risco desnecessário.

Renata conta sobre uma amiga que estivera pensando em cometer suicídio e lhe pediu ajuda, tendo melhorado depois do encaminhamento a um psiquiatra e a um psicoterapeuta. Ela questiona se a pessoa que está em sofrimento intenso tem condições plenas de decidir o que fazer, defendendo que, em casos de transtorno mental como a depressão, acompanhada de ideação suicida estruturada, *“o terapeuta tem de decidir as coisas. Pelo menos eu não guardaria isso comigo, não”* (Renata, 4º. encontro).

Em contraposição, Sueli retomou o caso da paciente adolescente que escreveu uma carta de despedida na sessão. Relembrou como foi importante NÃO avisar a mãe e trabalhar aquele conteúdo nas sessões, e os efeitos positivos que isso produziu no processo terapêutico. Entendeu que *“ficar com a angústia e com a dor junto com a paciente”* também foi potente para uma transformação, sem necessariamente encaminhar para um médico ou chamar a família para conversar.

Curiosamente, nessa discussão, a decisão de encaminhar ou não o paciente ao psiquiatra parece ser tratada como incumbência exclusiva do psicoterapeuta, apontando uma identificação com a figura do médico, uma vez que é esse quem toma a decisão de medicar ou não no modelo médico-centrado.

Questionados sobre a nova regulamentação do Ministério da Saúde para o encaminhamento compulsório em casos de crianças e adolescentes que apresentam comportamento de automutilação, vários terapeutas confirmam terem realizado o procedimento dessa forma quando o contexto era o mesmo. Três dos oito terapeutas disseram que, mesmo que o paciente não concorde, em geral, decidem romper o sigilo e comunicar aos pais ou outros familiares sobre comportamentos de risco.

Na clínica junguiana, propõe-se uma perspectiva mais dialógica na relação terapêutica. Desse modo, o paciente deveria ser incluído o máximo possível em qualquer decisão que diga respeito ao seu tratamento, já que ele é diretamente afetado tanto nas possíveis consequências, benefícios e efeitos colaterais daquilo que toma, no caso de remédios; como nas complicações ocorridas nas relações com os que dele cuidam, no caso da quebra do sigilo.

Essa discussão levou o grupo a estabelecer que o manejo do suicídio pode ser pensado em termos de uma escala de risco, do menor para o maior, conforme representado no gráfico citado por Botega na seção anterior dedicada ao cuidado emergencial. A partir dessa avaliação, o terapeuta poderia pensar em um possível encaminhamento ao psiquiatra, reuniões com a família, ou quaisquer outras intervenções, como a inclusão de um AT ou outras práticas artísticas e esportivas, por exemplo. Além disso, devido à complexidade do tema, independentemente de o paciente ser adolescente ou adulto, o critério que norteia o manejo deve considerar a história, condições subjetivas e objetivas do paciente, além da rede de apoio de que dispõe no momento.

Do ponto de vista cultural, quando se discute o suicídio do adolescente, o tabu se intensifica, constituindo desafios específicos, em termos éticos, jurídicos e morais. Concordamos ser menos tenso atendermos alguém na faixa dos 70, 80 anos que fala do desejo de morrer ou da intenção de tirar a própria vida, do que quando estamos diante de um jovem de 17 anos, já que: “pacientes suicidas mais jovens despertam em seus terapeutas fantasias de resgate” segundo a análise de Botega (2015, p. 205), diferentemente do que se passa com idosos, sobretudo se estiverem gravemente enfermos com doenças físicas crônicas.

Quanto à medicação ou risco de medicalização dos pacientes, Mônica reafirma que **o nível de angústia e tolerância do paciente ao sofrimento é o critério principal** para avaliar

o encaminhamento ao médico. Além disso, outros elementos podem ser avaliados para a tomada dessa decisão, como o tipo de recurso emocional e capacidade egoica para suportar o sofrimento, assim como o nível de amparo familiar e social.

No quarto encontro, essa terapeuta trouxe o exemplo de um paciente de 17 anos, que, após algumas sessões, relatou ideação suicida. Mônica convidou o pai a vir ao consultório, mediou uma conversa entre ele e o filho e entregou uma carta de encaminhamento ao psiquiatra. Mas o paciente não aceitou o acompanhamento de outro especialista e ainda assim “a situação se resolveu bem”. Ela entendeu que a ideação suicida tinha o sentido de convocar a presença do pai no processo, pois após a sua presença no consultório, “aquilo” se diluiu. Segundo a terapeuta, *“passou a ter um vínculo entre eles, um vínculo que era totalmente inexistente. Depois desse encontro, começou a criar um pouco mais de intimidade entre eles”*.

O exemplo é bom para rastreamos possíveis sentidos indiretos e pessoais para a tendência ao suicídio. Neste caso, havia forte implicação psicodinâmica nas relações familiares. Ao interpretar o sentido possível de uma ideação ou tentativa de suicídio no contexto meramente pessoal, para logo pensar em medicação ou contenção, vale à pena buscar compreender os possíveis significados do potencial suicida em relação às pessoas do entorno familiar, escolar e profissional do paciente.

Uma alternativa ao encaminhamento em alguns casos poderia ser o aumento no número de sessões durante a semana, conforme a sugestão de Mônica. Porém, nos casos em que “o mundo primitivo do paciente é mais escasso”, surge uma orientação crítica diferente na decisão da terapeuta, que pende para o recurso da medicação:

Tenho uma paciente, ela tem 40 anos e fala assim: “eu vou morrer”, aí agendamos uma sessão extra. Mesmo assim, ela não aguenta. Como não dar remédio pra essa pessoa? Porque ela tem uma família muito árida, um marido que arregaça ela e ela não consegue sair daquilo. Então, ela vem pra terapia. Mas alguns questionamentos na análise levantam muita ‘fervura’ nela, e como vou aumentar a angústia de uma pessoa, se ela não aguenta sentir a angústia? Então, por que ela não pode tomar remédio? (Mônica, 3.º encontro).

A questão de o aprofundamento na psicoterapia estar possivelmente associado a um aumento das tensões, ansiedades e angústias no paciente surge como mais um dos critérios a ser considerado para avaliar se é possível mantê-lo livre de medicação quando se mostra frágil e carente de uma rede de suporte no enfrentamento do processo.

Mais presentes na discussão, Mônica, Sueli e Fernanda defendem que em casos de maior fragilidade pessoal, familiar e/ou institucional, o aprofundamento do processo não seria

possível sem uma medicação para ajudar o paciente a suportar a angústia e a ansiedade que podem surgir, ou já estarem instaladas desde o início do tratamento. Sueli diz que em alguns casos “*sou muito taxativa. Nem atendo [o paciente] sem remédio, porque não vai aguentar a análise*”.

Fernanda concorda. Conta que passou por uma situação de extremo estresse e terror uma vez que seu marido foi sequestrado; precisou de medicação por ficar muito traumatizada. Diz da psicanalista que foi atendê-la em casa:

Naquele dia, ela foi com os remédios na mão. Não sei onde ela arranjou... ela era psicanalista e psiquiatra. Falou: ‘você vai tomar isso e isso. É pra tomar’, isso aconteceu na sala da minha casa. Se você não tem uma medicalização nesse momento... tem casos como o meu que tem que dar, porque senão a pessoa não vai conseguir entrar na dor, no trabalho [terapêutico]. (Fernanda, 3.º encontro).

Ilustrando outro cenário, de atendimentos por convênio, Sandra observa uma hiper-diagnose e uma excessiva prescrição medicamentosa. Muitas vezes o paciente não acha que deve tomar os medicamentos, mas os psiquiatras são taxativos. Para ela, a medicalização apressada “*mata muita coisa*”, referindo-se à ideia de que certa pujança sintomática expressa no comportamento do paciente seria necessária para que o terapeuta acessasse o problema de maneira natural, sem mascaramentos químicos. Em outras palavras, a medicalização apressada destrói – ou pelo menos empobrece – a rede de sentidos formada por expressões emocionais, gestos, movimentos, escolhas anteriores ao discurso estruturado pela fala (que pode falsear ou distrair), indicativas do estado anímico e do *status* egoico, que faz o paciente assumir posições libidinais erráticas, não domesticadas, mobilizando-o no contexto da crise – desde uma *influência* até uma *possessão* –. Esses modos servem ao olhar atento do terapeuta como pistas de um caminho a seguir: para o diagnóstico, o estabelecimento do vínculo e a melhoria das chances de êxito para o tratamento.

Sua constatação resgata um ponto central para o *ethos* da clínica: a banalização medicamentosa, ou anestesiação, e ainda o distanciamento afetivo que dificulta o acesso do próprio paciente às suas questões, a interrogação sobre o que o levou àquele estado. Em contraponto, Sandra admite haver situações, como o atendimento de pacientes esquizofrênicos, que “*não tem como você ter acesso. Aí é uma situação para medicação. Mas quando a gente vê esses casos, por exemplo, que vêm com esse diagnóstico de depressão, nem sempre é necessário medicar imediatamente*”. A terapeuta entende que em algumas situações de depressão ou ansiedade, medicar prematuramente pode induzir o paciente a um estado de distanciamento do sofrimento que atrapalha o aprofundamento na análise.

É muito fácil você dar um remédio, aumentar o nível da sua serotonina, na sua química, mas e aí? Ele vai achar que tá bem. E a questão que levou ele a esse estado, vai ficar onde? Tem que ter um ponto onde você consegue entrar, onde, de fato, ele tá naquele nível de sofrimento para ter uma abertura. (Sandra, 3.º encontro).

Fernanda volta a insistir, possivelmente pela própria experiência pessoal, que quando a dor é tão intensa “*que ele não consegue dimensionar as coisas que tem que fazer, as coisas que tem que dar conta, aí eu acho que cabe a nós percebermos que ele não tá dando conta mesmo*”. Em suma, o mapeamento das condições egoicas do paciente, sua capacidade de pensar criticamente, sua capacidade de manter compromissos e tarefas parece ser o critério de encaminhamento médico.

A tensão gerada nessa discussão ocupou todo o grupo, levando os terapeutas a aprofundarem e diversificarem seus argumentos, apontando diretrizes para o encaminhamento do paciente a um psiquiatra. Prevaleceu o critério de avaliação de cada caso em particular como o critério geral definidor. Falou-se também no momento mais adequado para esse encaminhamento, consentindo-se que, estando o paciente fora de uma crise, o ideal seria evitar o encaminhamento logo no início do processo, pelas razões já apontadas.

6.5.1 Medicalização: impasses éticos

Tendo estabelecido alguns critérios para a questão do encaminhamento, surgiu um debate importante ainda no terceiro encontro, desta vez sobre as possíveis consequências da medicalização dos pacientes. Renata fez uma provocação: “*se tem casos que não se medica, por que nunca se sai do psiquiatra sem um remédio? Alguém sai sem nenhuma medicação de um psiquiatra?*”. Sueli diz que isso é raro. Renata conclui: “*Quase nunca que sai*”. Fernanda complementa: “*Vocês já ouviram tantas pessoas que tomam remédio e continuam sentindo as mesmas dores emocionais?*”. Sueli, Mônica e Walmir vão pelo mesmo caminho.

Fernanda usa sua situação pessoal como exemplo, está recorrendo a outros tipos de medicação e tratamentos, como a homeopatia, a acupuntura, o ayurveda; assume que nos casos menos críticos, tratamentos como esses podem contribuir para que o paciente não fique dependente demais da alopatia, já que os remédios, aliviando sintomas, não atuam necessariamente nas causas. Explica que está se referindo a casos de pessoas que conhece e de pacientes que atende, há anos dependentes de alopatia e da relação com um médico.

Relevante observar na dinâmica do grupo que os movimentos de contra-argumentação iam compondo um processo dialético em relação à elaboração de ideias, de maneira que

quando surgia um questionamento mais provocativo, outro fazia o contraponto. Júlia, por exemplo, respondeu ao debate acima criticando o posicionamento enrijecido de alguns terapeutas, assumindo que, em determinadas situações, não faz sentido deixar o paciente ficar sofrendo. Entende que, por um lado, se trata do cuidado ético e responsável, e, por outro lado, diferencia situações conforme o seu nível de gravidade, quando o medicamento pode participar pontualmente do processo. Volta a falar positivamente da interdisciplinaridade, dizendo que se sente melhor sabendo que, dependendo do psiquiatra que acompanha o caso, essa decisão sobre a medicação será compartilhada.

Lógico, tem psiquiatras e psiquiatras – mas psiquiatras que levam em conta, que são acessíveis. Então, as decisões não são tomadas sozinhas e nem da minha parte – eu acho que é importante essa rede também. Então, eu acho que não dá pra ser absolutista e eu acho que o medicamento, às vezes, pra quem tá num sofrimento absurdo, ou tá numa hétero ou autoagressão, uma dosagem pode ser importante, sim. (Júlia, 3.º encontro).

Tentando reunir mais objetivamente os argumentos que haviam aparecido até aquele momento na discussão, perguntei: “*O que norteia vocês a decidirem: ‘vou encaminhar para um psiquiatra’, ou ‘vou esperar mais um tempo’*”. As respostas foram as seguintes:

- Fernanda: “[...] quando não vejo mais pulsão nenhuma, que a pessoa já não está comendo, já não está tomando banho, eu pergunto: “você tomou banho? Como tá?”; se ela responde “faz três dias que não tomo banho”, pra mim está mostrando que está precisando de medicação também”.
- Renata: “Risco de auto ou de heteroagressão, quando a rotina das atividades diárias tá comprometida, por conta do emocional. É isso.”
- Mônica: “Para mim, também risco à rotina; mas eu não espero tudo isso. Acho que penso um pouco mais, que ela pode se beneficiar do remédio por um tempo e depois tirar o remédio e saber que ela pode tirar.”
- Júlia: “Acho que o risco da heteroagressão com a família, e também a questão da idade. Então, se você recebe adolescentes, ou mesmo jovens, eu acho que você precisa tomar muito cuidado – não estou falando de uma coisa específica, que vem muito gritante – mas acho que quanto mais jovem, mais precisa se tomar cuidado, pela fase que está passando e tudo mais. E eu acho que, na juventude, não sei se cabe o medicamento – tudo bem, cada caso é um caso, mas é um critério para mim: a idade.”

Uma exceção feita por esta participante e outros membros no grupo é o encaminhamento de pacientes com diagnóstico *borderline* em situações mais graves, pela

necessidade de prevenir momentos de crises que envolvem agressividade e impulsividade, que podem pôr em risco a vida do paciente.

Sueli acrescenta uma perspectiva necessária: o encaminhamento em ambiente institucional, onde sente ser difícil evitar por muito tempo que o paciente vá ter com o psiquiatra. Há protocolos (hebiátricos, no seu caso): *“tem que chamar os pais para se responsabilizar e encaminhar ao psiquiatra”* (Sueli, 3.º encontro).

Carmen fala sobre os critérios de encaminhamento e explica que tenta esperar o máximo possível. Avalia caso a caso e tenta recorrer mais vezes à supervisão quando o caso está mais tenso, ao invés de encaminhar o paciente prontamente:

A maioria dos casos que eu acompanho [...] já chegam no consultório tendo passado pelo psiquiatra – e, 100% dos casos que eu atendo, com medicação – mesmo que, depois, a conduta vai sendo avaliada em conjunto com esse profissional, e talvez aquela não fosse a melhor conduta médica. Mas eu demoro bastante pra encaminhar. (Carmen, 3.º encontro).

Ela também diferencia a prática clínica realizada em consultório daquela realizada numa ONG, regida por protocolos submetidos ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os quais rezam que todos os casos implicando risco para adolescentes devem ser reportados aos pais ou ao Conselho Tutelar imediatamente.

Carmen foi a única a comentar que mesmo os adolescentes atendidos em seu consultório são consultados (e naturalmente, seus pais) sobre o encaminhamento. Relata ter vivido situações de decisão pelo não-encaminhamento, tendo todos assumido juntos a responsabilidade pela situação – guardadas as devidas proporções, é uma posição semelhante ao que se passa no modelo de saúde pública da Finlândia para o tratamento da esquizofrenia, chamado de “diálogo aberto”, conforme discutido adiante na seção 6.5.3.

Mantendo seu posicionamento, Sandra mais uma vez enfatizou que evita o encaminhamento ao psiquiatra, a não ser em casos muito graves e que tornem o paciente inacessível à intervenção terapêutica, como na esquizofrenia ou em depressões graves, bem como nas tentativas mais evidenciadas de suicídio:

Lá no convênio, a gente não atende casos de uma patologia mais grave, como esquizofrenia – que eu acredito que seja a doença mental que necessita mesmo, pelo menos pra você conseguir colocar uma estabilidade. Mas, fora isso, assim, nossa, não saberia responder, porque eu venho tentando de todas as maneiras trabalhar com a criatividade e a arteterapia antes de encaminhar. (Sandra, 3.º encontro).

De formação em arteterapia junguiana, Sandra se sente mais segura em tentar manter o processo em andamento recorrendo a outros meios não medicamentosos, como os de natureza artística e criativa, mostrando grande afinidade com o trabalho de Nise da Silveira

(2015), que assumiu uma atitude anti-psiquiátrica na abordagem das psicoses num momento histórico de predominância do biopoder nas instituições médicas brasileiras. Buscando resguardar os pacientes dos preconceitos normativos e de práticas cruéis de “tratamento” – vindos da medicina, da psicologia ou de outras instituições que, sabemos, visam controlar não só a loucura como o suicídio, Nise adotou uma ética que se destacava pelo enfrentamento do saber-poder médico em defesa de um cuidado humanizado aos esquizofrênicos que se encontravam internados sob seus cuidados. Ela incluiu a arte e a convivência com animais no setor de terapia ocupacional, buscando criar um contexto afetivo onde os terapeutas se relacionavam com os pacientes do modo mais horizontal possível, oferecendo sua presença e escuta solidárias, e não apenas técnica. Além disso, levou as obras dos pacientes para fora do hospital, buscando desconstruir a separação entre loucos e não-loucos, lutando por sua reinserção social.

Walmir concorda parcialmente com Sandra, mas faz uma ressalva moderada que se aproxima mais da posição de Júlia, a respeito dos riscos pelos quais o terapeuta se torna responsável:

[...] em parte, eu concordo com isso que a Sandra falou, que tem casos que dá pra gente fazer sem o psiquiatra; tem casos que não dá. Também concordo com essa questão da análise de risco, também parto desse princípio. E tem uma coisa que assim, num desses slides que você mostrou, Santana, uma fala do James Hillman, que o suicídio, para o analista, representa a síntese da responsabilidade que ele carrega. E acho que isso, putz, eu concordo totalmente, porque eu acho que, muitas vezes, a gente precisar encaminhar, a gente está dividindo responsabilidades, tem vezes que não dá pra gente assumir a responsabilidade sozinho. (Walmir, 3.º encontro).

Júlia e Sueli entendem que a medicação, em alguns casos, é justamente o que possibilita a continuidade do tratamento psicológico. Essa posição parece estar baseada tanto nas experiências profissionais como no *locus* de trabalho (cf. descrito na seção 6 – apresentação dos participantes). Júlia, por exemplo, lida frequentemente com pacientes mais “crônicos” ou graves na prática de AT. O fato de apresentarem comprometimentos devidos a surtos e outras disfunções que os impedem de ter autonomia, compõe um cenário onde a medicação faz parte do tratamento, os pacientes já se encontram acompanhados de um psiquiatra. Sueli se refere à sua experiência junto à equipe do setor de Hebiatria, que tem regras já estabelecidas sobre a questão do acompanhamento psiquiátrico e medicação dos pacientes (seção 6). Entende que, se bem empregada, a medicação modula ansiedades e impulsos, e isso pode ser fundamental para o bem-estar do paciente em estado de sofrimento,

permitindo estabelecer certa tranquilidade para os afazeres do dia a dia. Em sua avaliação, é especialmente eficaz no suporte para os avanços da psicoterapia em alguns casos.

Na discussão ocorrida no terceiro encontro, Júlia trabalha uma ideia ligada à etimologia da palavra clínica¹⁰⁴ para relativizar posicionamentos extremos, dizendo que somente se nos inclinarmos sobre o que o paciente traz, saberemos o que será importante para ajudá-lo e, nesse sentido, medicar demais faz tão mal quanto medicar de menos. Em sua análise, a polarização é um mal a ser evitado na prática clínica. Não se deve apelar à medicação para qualquer circunstância, mas também não se deve impor ao paciente uma regra que o impeça de ter acesso a esse instrumento de alívio, afinal, ninguém tem que viver a qualquer custo.

6.5.2 Medicalização e sofrimento: riscos de iatrogenia

A discussão sobre os possíveis critérios que orientam o encaminhamento a um psiquiatra, e os riscos da medicalização nos rumos da psicoterapia, reverberam principalmente em dois encontros do grupo (3º e 4º). Vários terapeutas se mostraram reticentes diante de qualquer posicionamento muito dogmático a respeito da não-medicalização em toda e qualquer situação clínica. Entendiam que a radicalidade podia ser um modo de provocar reflexões, mas que seria muito difícil sustentar esse posicionamento unilateral na prática com pacientes que se encontram em situação de risco, por contrariar um princípio muito básico que é justamente o da avaliação caso-a-caso, já discutido anteriormente.

Todos concordaram ser muito difícil um terapeuta se colocar na posição de cuidador a partir de uma regra única, pois isso se sobrepõe à especificidade da condição de cada paciente, dos recursos que ele dispõe e também da responsabilidade que pode assumir frente aos casos que envolvem mais riscos, principalmente quando não se conta com uma rede de apoio. Essa discussão resumiu os principais pontos discutidos no terceiro encontro, quando a maioria do grupo chegou à conclusão de que alguns pacientes podem precisar de ajuda medicamentosa, inclusive para suportarem lidar com questões conflitivas ou traumáticas no processo terapêutico, e que essa decisão não pode ser tomada exclusivamente pelo terapeuta, pois isso não condiz com o método dialético junguiano, que pressupõe um confronto de averiguações mútuas. Foi um percurso de muitas indagações a partir de exemplos vindos da

¹⁰⁴ Do grego, *kliné* (klinikē): aquele que se inclina sobre o leito para observar o doente ou paciente. Latim: *Clinicus*.

prática individual, onde se destacava ora a preocupação em trabalhar conforme os preceitos éticos da profissão para o bem-estar e a segurança do paciente, ora um anseio de uma parceria para compor a rede de apoio na condução do caso, que não serviria apenas ao paciente e sua família, mas também ao próprio terapeuta.

Entretanto, também houve consenso do grupo sobre a necessidade de termos um posicionamento crítico e atento em relação à cultura da medicalização e à influência da indústria farmacêutica, da tendência à ampliação de diagnósticos pela psiquiatria contemporânea, muito orientada por uma busca de marcadores biológicos ou neuropsicológicos em detrimento de fatores socioeconômico-culturais e subjetivos daquele que sofre. A tendência a um processo de medicalização excessiva em nossa cultura atual também foi alvo de críticas dos terapeutas, principalmente no quarto encontro. A discussão abarcou nuances mais complexas do suicídio, da prática clínica interdisciplinar, do manejo terapêutico e das condições sociais contemporâneas ligadas à produção do sofrimento.

Um ponto que retornava ao grupo era a questão da medicalização excessiva, observada nos pacientes que chegam ao consultório particular tomando várias medicações simultaneamente, às vezes prescritas por um mesmo médico por anos em consultas rápidas de convênios ou particulares, realizadas a cada seis meses¹⁰⁵. Renata, com vivência nos dois contextos – clínica particular e saúde pública – problematizou a medicalização da vida, resgatando o sentido etimológico da palavra “clínica”, trazido por Júlia no encontro anterior, o *debruçar-se* como metáfora que norteia o trabalho psicológico. Ressaltou as contradições de nossa cultura, em especial na relação com as dificuldades apresentadas pelos adolescentes, pois observa uma tendência conservadora de rotular os jovens quando se mostram críticos, instáveis ou inadaptados socialmente. Algo que ocorre até mesmo nos espaços públicos destinados ao cuidado da saúde mental, como nos CAPS, onde apontou ocorrer com alguma frequência a depreciação e a falta de validação da fala e do desejo do paciente. Ilustrou isso com um exemplo de uma paciente submetida às decisões da família e da equipe numa reunião em que se sentiu extremamente angustiada e impotente:

¹⁰⁵ Confirmando essa observação empírica, “A comercialização de antidepressivos e estabilizadores de humor cresce a cada ano no Brasil. Conforme dados do Conselho Federal de Farmácia, a venda desses medicamentos cresceu cerca de 58% entre os anos de 2017 e 2021. A população brasileira recorre de forma progressiva aos fármacos em situações relacionadas à saúde mental. De acordo com um levantamento divulgado em 2017 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é um dos países mais depressivos e ansiosos do mundo. Cerca de 5,8% da população sofre com a depressão e 9,3% possuem problemas com ansiedade. Esses dados podem explicar o “sucesso” de ansiolíticos, antidepressivos e sedativos nos últimos anos.” (13/jan/2023). *Busca por medicamentos para a saúde mental cresce a cada ano no Brasil. In: JORNAL DA USP. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/busca-por-medicamentos-para-a-saude-mental-cresce-a-cada-ano-no-brasil/>. Acesso em: 23 jan. 2023.*

Era de uma dor ouvir o que aquela paciente disse na reunião: ‘não tem mais jeito, a partir do momento que todos vocês já falaram que eu sou doente, quem vai acreditar que eu estou falando que eu estou bem? Que eu quero trabalhar, que não quero ficar aqui?’ (Renata, 4.º encontro).

Exemplo que nos força a avaliar em que medida a posição subjetiva do paciente é considerada ou não pela família e demais profissionais da área da saúde. A decisão de medicar ou não compete aos médicos, mas como psicólogos podemos fazer uma contribuição importante para balizar a decisão da família e do psiquiatra, no sentido de apontar para a necessidade da escuta do paciente em tais decisões que impactarão no seu corpo, sua mente e seu estado emocional. Daí a importância de assegurar cotidianamente a autonomia de nossa prática psicoterapêutica, especialmente na parceria interdisciplinar, apesar das dificuldades encontradas para isso. Autonomia que se sustenta a partir da busca por informações que podem ser usadas nas discussões interdisciplinares. Nesse sentido, cabe apontar a necessidade de os psicoterapeutas se informarem mais e melhor a respeito dos efeitos positivos e colaterais das medicações isoladas ou usadas de modo combinado com outras, não só para compreender o ponto-de-vista do médico, mas também para se sentir seguro em seus argumentos nessa discussão que pode ganhar um tom mais racional e menos reativo ou defensivo de ambas as partes.

6.5.3 Patologização: o avanço biomédico sobre o cuidado psicológico

Na sequência da discussão anterior, temos vários relatos feitos por Renata – ainda no quarto encontro – sobre sua prática no CAPS, onde via pacientes que permaneciam “dopados por sete ou nove medicações”¹⁰⁶, completamente destituídos de autonomia, “até mesmo para se manifestarem sobre como se sentiam”. Ela insiste numa crítica à indústria farmacêutica e à adesão dos psicólogos e outros profissionais da sua equipe ao modelo biomédico. Queixa-se da falta de escuta da equipe a profissionais cujas competências se vinculam a outras abordagens, e principalmente da falta de acolhimento dos interesses dos pacientes.

Compartilha ainda a dificuldade de ser a única junguiana numa equipe de cinco psicólogos alinhados a outras teorias, que muitas vezes não aceitam propostas que poderiam ser alternativas à medicação, pelo menos parcialmente. Explica que, por se sentir muito inspirada no trabalho de Nise da Silveira, costuma propor em alguns casos a consideração dos interesses artísticos dos pacientes, quando há possibilidade de diminuir a carga medicamentosa e abrir outras vias para o tratamento; com frequência ouve a resposta dada em

¹⁰⁶ Conforme discutido na seção 1.6, dedicada à patologização e medicalização do suicídio, nesta tese.

tom protocolar de que as nove medicações do paciente são necessárias. Em sua avaliação, mesmo no CAPS, o foco ainda é anestesiá-lo. Além disso, aponta uma diferença sensível entre o que é administrado e as medicações mais modernas, que não chegam ao serviço público, assim o paciente é tratado a vários passos atrás dos avanços científicos que poderiam beneficiá-lo. Em sua avaliação, mais uma vez, o que determina o rótulo do medicamento (e a quantidade de efeitos adversos a que estará submetido) é o fato de a pessoa ser pobre, de modo que se paga com saúde a busca por ajuda. Sente falta do enfoque em atividades alternativas como a meditação, a espiritualidade, as artes, cujos efeitos benéficos estão largamente documentados.

O relato de Renata surpreende quando dimensiona a precarização dos serviços oferecidos no CAPS em que trabalha. Pesquisando essa questão, é possível identificar outros países que apostam em modelos descentralizados da prática medicamentosa, como o sistema de saúde finlandês, onde vemos uma proposta de atendimento e cuidado com o sofrimento psicológico centrado na reinserção social, em conjunto com o uso o mais reduzido possível de drogas psiquiátricas, usadas sempre a curto prazo. Segundo Freitas e Amarante (2017, p. 13), os resultados obtidos na Finlândia para o tratamento da esquizofrenia são os melhores registrados em todo o mundo ocidental, e se encontram estruturados no que foi chamado “diálogo aberto”¹⁰⁷, em que:

O tratamento que orienta essa abordagem é justamente a ênfase num diálogo horizontalizado entre os profissionais, os pacientes, suas redes sociais, explorando todos os recursos psicossociais disponíveis em seu território. A maioria das pessoas, inclusive, é tratada em sua própria casa, reduzindo-se ao máximo a necessidade de espaços físicos especializados em cuidados em saúde mental. (IDEM, 2017, p. 13)

Ouvindo o depoimento de Renata, Júlia relembra uma fala do Coringa à assistente social no filme: “Se estou tomando tantos remédios, por que me sinto tão mal quando o que queria era só me libertar daquela dor?” Se a medicação não consegue fazer cessar a dor, então, serve para quê? “Para se anestesiá-lo e se arrastar na vida”, Júlia conclui (4.º encontro).

¹⁰⁷ Tradução livre para a expressão “*open dialogue*” que nomeia a abordagem desenvolvida na Finlândia na década de 1980 pelo psicólogo clínico Jaakko Seikkula, como um conjunto de práticas e princípios que modificou o modelo de atenção aos problemas de saúde mental de uma das principais regiões do país conhecida como Lapônia ocidental, no rol do Projeto Nacional Finlandês de Esquizofrenia, que tinha como um de seus objetivos principais encontrar novos estudos e abordagens capazes de aprimorar os tratamentos até então desenvolvidos para crises psicóticas. Trata-se de um modelo que envolve sistemas de apoio através de unidades de tratamento formadas por equipes móveis, centrado na família, no indivíduo e em suas redes de apoio. Essa abordagem reduziu o número de internações em hospitais psiquiátricos e o tempo de tratamento da doença; incorporou o uso seletivo de neurolépticos e promoveu taxas de recuperação de 84% dos pacientes. (Cf. FLORENCE, 2018). Ver também o documentário de mesmo título: *Open dialogue*, dirigido por Daniel Macker. Disponível em: <https://youtu.be/k4m2YPjhTiY>. Acesso em 5 out. 2020.

Carmen, que também tem experiência no trabalho em equipamentos de saúde e medidas socioeducativas, segue nessa discussão trazendo um olhar para as condições de trabalho precárias dos profissionais nesses espaços. Identifica-se com a assistente social do filme que atende Arthur Fleck (o Coringa), num almoxarifado. Diz que se sentia um robô trabalhando na instituição de menores e via a equipe como um “*bando de robôs batendo cartão, atendendo pessoas, mas assim, sem alma nenhuma, não tinha inclinação nenhuma, não tinha nenhuma condição de trabalho*” (Carmen, 4º. Encontro). Ela critica as condições oferecidas pelo Estado nos equipamentos de saúde, o baixo investimento, o sentido perverso de oferecer um serviço precário à população, para meramente declarar que a assistência existe, escamoteando o fato de que ela se dá de modo precário¹⁰⁸.

Sobre o icônico riso do Coringa, Walmir o associa ao imperativo social contemporâneo da felicidade, que seria uma caricatura sobre a mentira de que as coisas estão bem para as pessoas. Relembra a cena do protagonista forçando riso diante do espelho, logo no início do filme, enquanto no seu rosto escorre uma lágrima. Todos concordamos com ele: a busca incessante pela felicidade é um sintoma de nossa cultura atual; tanto que a *tristeza*¹⁰⁹, seu contrário, já se encontra na SEÇÃO R45: Sintomas e sinais relativos ao estado emocional, da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sob código R452.

Aproveitando o tema, resgato duas perguntas deixadas por Renata no final do 3.º encontro: “*o suicídio seria uma escolha sempre decorrente de um estado de tristeza ou de melancolia ou de sofrimento?*”. E a segunda, decorrente da anterior:

A pessoa que está em um estado de tristeza ou de confusão mental tem condições para decidir fazer essa escolha? Como fica a questão da crítica em uma pessoa que está desanimada, decepcionada com a vida, frustrada, falando que a vida não faz mais sentido, que ela não está querendo mais viver por não ver sentido no trabalho ou em suas relações. Será que isto a

¹⁰⁸ No Brasil, a saúde mental recebe menos de 2% do orçamento do Ministério da Saúde, muito abaixo dos 6% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos 2 a 3% aplicados na média mundial. No ano de 2021, foi aplicado apenas 1% do valor previsto, “valor irrisório para tratar de um país que perde mais gente para o suicídio do que para acidentes de motocicleta ou HIV. O total de mortes autoprovocadas dobrou nas últimas duas décadas, escancarando uma multidão de deprimidos e ansiosos impulsionada pela pandemia” (Cf. BARBON, J. *Governo Lula quer retomar reforma psiquiátrica e fechar ‘últimos hospícios’*. (Série “Brasil no Divã”, Folha de São Paulo). Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/01/governo-lula-quer-retomar-reforma-psiquiatica-e-fechar-ultimos-hospicios.shtml?pwgt=ke0urexacia6t42afd5veicma01wokv3lwazath44dkavapu&utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwagift. Acesso em 7 jan. 2023.

¹⁰⁹ Os demais estados emocionais desta seção não deixam de constituir um alerta para a patologização da vida que vem ocorrendo intensamente desde a década de 1990, especialmente com a inclusão ambiciosa dos vários estados psíquicos comuns aos indivíduos, num processo de banalização e ampliação de diagnósticos cada vez mais questionáveis nos manuais internacionais de doenças psiquiátricas (CID-10 e edições mais recentes do DSM): R450 Nervosismo; R451 Agitação e inquietação; R452 Tristeza; R453 Apatia e desinteresse; R454 Irritabilidade e mau-humor; R455 Hostilidade; R456 Violência física; R457 Estado de choque emocional e tensão, não especificado; R458 Outros sintomas e sinais relativos ao estado emocional. Disponível em: <https://pebmed.com.br/cid10/r45-sintomas-e-sinais-relativos-ao-estado-emocional/> Acesso em 8 nov. 2021.

impede de avaliar e decidir sobre os rumos de sua vida? (Renata, 3.º encontro).

Ela mesma começa a discorrer sobre uma possível resposta, dizendo que, estando bem realizada na vida, dificilmente uma pessoa ficaria deprimida ou pensaria em suicídio. Todos concordamos que uma pessoa nessas condições pode ficar com a capacidade crítica prejudicada quanto à decisão sobre o suicídio; mas não necessariamente invalida que mesmo alguém aparentemente bem realizado pode se sentir existencialmente esvaziado, e por isso considerar o suicídio, conscientemente.

Mônica e Carmen complementam a ideia de que há pessoas aparentemente bem adaptadas socialmente, e até realizadas financeiramente, mas isso não garante que estejam blindadas do sentimento de vazio, podendo até mesmo chegar ao suicídio. Pelo contrário, o excesso de ocupações sociais pode camuflar a pobreza de relações interiores e sufocar a satisfação emocional. Carmen exemplifica dizendo que um idoso pode se sentir bem com a trajetória de vida já realizada, e até mesmo “pleno” naquilo que já viveu e realizou e, justamente por isso, pode se despedir da vida, pelo sentido de fechamento de um longo ciclo, ou pelo cansaço, mesmo que não esteja doente.

Renata parece flexibilizar seu ponto de vista e encaminha a discussão para os cuidados não-medicamentosos que tenta inserir em sua prática no CAPS. Relata a tentativa de abordar a espiritualidade com os pacientes, e observa resultados positivos, algo que os próprios colegas no CAPS questionavam: *“mas você é psicóloga, você fala de religião com eles?”*. Ela explica que diferencia espiritualidade de religião, e diz que pesquisa com os pacientes o sistema de crenças deles, com perguntas como: *“você acredita em algo? Já frequentou algum lugar destinado ao cuidado com a espiritualidade? Como é a tua história com um ser maior, como você vê isso?”*.

Pergunto se a melhora que ela percebe nos pacientes mais ligados à espiritualidade seria decorrente deles acreditarem em alguma força metafísica superior (“um ser maior”), ou é porque o interesse espiritual permite ter uma relação com um grupo religioso que oferece um sentido de pertencimento social, onde experimenta algum amparo, e vive trocas no sentido coletivo, justamente o que se perdeu na hipermodernidade. Renata avalia que vê as duas coisas muito ligadas na experiência desses pacientes: *“Para eles, tem tanto a importância de uma conexão com o sagrado, como o pertencimento a um grupo social”*.

Apesar de avaliar como positiva a abordagem da espiritualidade junto aos pacientes, Renata explica haver questões muito complexas na equipe de saúde, mesmo quando a lei assegura o tratamento, como aqueles de caráter sociocultural e sobretudo religioso. Esses

condicionantes podem chegar a impedir que profissionais teoricamente capacitados para tal deliberem adequadamente sobre o tema. E não apenas este, mas as questões relacionadas ao abuso sexual de menores, gravidez precoce, abuso de drogas, questões que refletem dificuldades socioeconômicas dos usuários dos equipamentos de saúde pública, etc., tocam em preconceitos dos profissionais e atrapalham o manejo terapêutico.

Causou estranhamento no grupo esse relato, uma vez que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) estão incorporadas no SUS desde 2006¹¹⁰. Do mesmo modo, a associação da espiritualidade e da religiosidade com o tratamento médico é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 2011¹¹¹, o que levou algumas universidades a incluírem o tema na graduação dos alunos, assumindo que “no exercício da profissão médica não há que existir incompatibilidades entre a fé e a razão, entre a crença e o conhecimento científico, desde que respeitados os princípios básicos irrefutáveis da boa prática médica” (CFM, 2023). Ainda que a religião seja comparada a um placebo “cujo único componente é fazer o paciente crer que está sendo tratado com a substância própria para combater a enfermidade criada na sua mente”, o CFM reconhece que, em muitos casos, o efeito placebo reduz e até mesmo elimina os sintomas. O texto admite que para muitas pessoas espiritualidade e religiosidade “constituem uma fonte de conforto com suas práticas de oração e meditação que podem trazer serenidade e equilíbrio físico-mental, ajudando numa recuperação mais rápida”. A decisão do CFM atende às diretrizes da OMS de 1988, que ampliou o conceito de saúde mental numa perspectiva bio-psico-sócio-espiritual do ser humano, no conceito multidimensional de saúde, diferenciando a espiritualidade de qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. Desse modo, o CFM propõe integrar a espiritualidade aos tratamentos para favorecer a saúde psíquica, social e biológica e o bem-estar do indivíduo. Informa também que existem evidências científicas – ainda que modestas – para essa validação, e apresenta uma nova linha de pesquisa relacionada ao tema: a neuroteologia, ou neurociência espiritual, ou bioteologia¹¹².

¹¹⁰ Conforme [portaria GM/MS no. 971, de 3 de maio de 2006](#): Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC). São oferecidos à população tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão e hipertensão. Em alguns casos, também podem ser usadas como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de PICS à população. Evidências científicas mostram os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares. O Brasil é referência mundial na área de práticas integrativas e complementares na atenção básica. (Cf. Práticas Integrativas e Complementares. (Ministério da Saúde, 2023). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics> Acesso em 7 jan. 2022.

¹¹¹ Conforme processo-consulta CFM nº 4.043/10 – Parecer nº 2/11 de 12 de janeiro de 2011.

¹¹² Entre as instituições destinadas a realizar pesquisas e estudos científicos sobre os efeitos biológicos da fé e dar apoio a iniciativas de cunho espiritualista aos pacientes que desejarem, o Instituto de Psiquiatria do Hospital

Tema de grande relevância para a psicologia analítica, a espiritualidade e os rituais religiosos cumprem uma função psicológica fundamental para o equilíbrio psíquico, segundo Jung, pois a vivência ligada à espiritualidade constela símbolos arquetípicos carregados de energia e significados que sustentam valores éticos e morais, servindo ao equilíbrio do indivíduo e da cultura como um todo. Dado que as representações primordiais coletivas estão na base das diversas formas de religião e que sua experiência pessoal e profissional identificava a grande importância de tais representações para a alma humana, Jung considerava, a partir da observação empírica em sua prática clínica e observação da cultura, sua importância em termos de uma possibilidade de conexão fundamental do indivíduo com a transcendência (Cf. JUNG, vol 11/1, §2, p. 7-8, 1939/2012)

O autor não se prende ao termo religião no sentido confessional, mas conforme o significado dado por Rudolf Otto – estudioso da história das religiões – que cunhou o termo “numinoso”. Em termos conceituais, Jung associa a numinosidade ao conceito Self, que seria a representação simbólica de uma totalidade psíquica capaz de compensar os desconfortos e limitações do ego – que apresenta tendência de se relacionar de modo parcial e unilateral com os fenômenos e situações¹¹³.

Religião é – como diz o vocábulo latino *religere* – uma *acurada e conscienciosa observação* do numinoso, isto é, uma existência ou um efeito dinâmico não causados por um ato arbitrário. Pelo contrário, o efeito se apodera e domina o sujeito humano, mais sua vítima do que seu criador. Qualquer que seja sua causa, o numinoso constitui uma condição do sujeito, e é independente de sua vontade. De qualquer modo a doutrina religiosa mostra-nos invariavelmente e em toda a parte que esta condição deve estar ligada a uma causa externa ao indivíduo. O numinoso pode ser a propriedade de um objeto visível, ou o influxo de uma presença invisível, que produzem uma modificação especial na consciência. (Ibid., §6, p. 9).

Diante da dificuldade compartilhada por Renata, Carmen comenta que nos falta como terapeutas um olhar mais social e antropológico para pensar o sofrimento mental e o suicídio na clínica. Reitera que nossa visão ainda está muito contaminada pela biomedicina, que turva o olhar do psicólogo, segundo ela, com a predominância da ideia de saúde, de cura, de tratamento como remoção de sintomas. Ela entende que essa adesão da psicologia à biomedicina está associada à necessidade de controle, que reflete tanto a lógica

das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP) criou o Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos (Neper), o Hospital Israelita Albert Einstein e o Núcleo de Estudos sobre Religiosidade e Espiritualidade em Saúde (Neres). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) instituiu o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (Gemca) para entender como aquelas particularidades podem repercutir na saúde cardiovascular. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/saude-espiritualidade-e-religiao/> Acesso em 8 jan. 2023.

¹¹³ Ver psicologia e religião, volume das obras completas que congrega três conferências proferidas por Jung nas *Terry Lectures* a convite da Universidade de Yale (USA), em 1937. (vol. 11/1, 1939/2012).

médico-disciplinar, quanto um pano de fundo religioso da cultura judaico-cristã em que estamos inseridos, como discutimos anteriormente. E que essas influências aparecem na prática clínica, subliminarmente, e interferem nas decisões cotidianas do terapeuta, sobre chamar ou não chamar pai e mãe, quando o terapeuta pode se autorizar a se arriscar, sem ficar tão preocupado com punições externas, embora deva ter consciência dos aspectos éticos de sua profissão.

Surge uma discussão sobre a influência do discurso médico no modo como socialmente lidamos com o suicídio pelo viés neuroquímico, associando o sofrimento cada vez mais com psicopatologias. Por outro lado, essa prática médica também se encontra inserida num sistema mais amplo de valores e condutas, de caráter político, econômico e social. Mas, ao definir as causas do suicídio de modo cada vez mais individual e patologizado, a medicina contribui para desresponsabilizar o Estado como se essa instituição não tivesse que garantir direitos sociais dos cidadãos e políticas públicas adequadas ao bem-estar da população. Afinal, se a questão é colocada exclusivamente em termos biológicos, como se todo potencial suicida fosse decorrência de um transtorno mental, concluiríamos que “seria só medicar todo mundo e fica tudo resolvido”, como Mônica comentou. Mas admitindo que o suicídio é um fenômeno multifatorial, que também envolve aspectos socioeconômicos, não é possível tratá-lo apenas encaixando as pessoas em categorias diagnósticas e receitando remédios – na maioria das vezes bastante caros e nem sempre disponíveis na farmácia popular ou do SUS –, até porque, em geral, a prescrição recomenda pelo menos 2 medicações distintas, sobrecarregando financeiramente o paciente, como lembrou Renata. Concluimos que, quanto mais o discurso biomédico assimila os fenômenos sociais e psicológicos, mais vemos um redutivismo biológico na abordagem ao problema; isso inverte a situação, liberando o Estado de suas responsabilidades, ao passo que contribui para a patologização e a sobrecarga financeira, social e emocional das pessoas que precisam de cuidados em saúde mental.

Participo dessa discussão comentando que, embora a maioria dos textos sobre suicídio inicie falando que “é um fenômeno multifatorial”, conforme se desenvolve a discussão dos autores da psicologia, predomina um olhar da biomedicina na análise do problema. Há estudos que investigam a conexão com o uso de drogas – que guarda conexão direta com outras questões sociais –, mas a explicação sempre acaba sendo encaminhada para uma abordagem terapêutica biomédica e individual, como se a responsabilidade recaísse mais especificamente no campo da saúde, e como se os atores principais fossem exclusivamente o psiquiatra e o psicólogo.

Aproveito para tornar mais complexa a discussão, e pergunto se a biomedicina seria a grande vilã? Ou a biomedicina estaria atendendo uma demanda? Ela também cria essa demanda, é verdade, mas em que medida há também na subjetividade contemporânea uma demanda constituída em termos de busca de alívio, de solução rápida, por não estarmos conseguindo lidar com os desafios da vida cotidiana e nos sentirmos desamparados, em termos macrossociais, como vimos no artigo citado a respeito do aumento do consumo de medicação?

Renata concorda, e diz que essas ideias:

[...] também servem para ir para o individual, já que a pessoa também pode ficar satisfeita, acreditando que seu problema é apenas uma questão médica, então é só tomar um remédio; desse modo o indivíduo também encontra um alibi para se isentar das responsabilidades pelo modo como vive sua vida, uma reflexão mais ética sobre seu sintoma e sofrimento. (Renata, 4.º encontro).

Proponho pensarmos na subjetividade contemporânea, em como a demanda pelo remédio reflete a relação dos indivíduos (principalmente mais jovens) com o tempo, influenciados pelas tecnologias digitais que reconfiguraram o que entendíamos por prazos, constituindo uma pressão por resolvermos tudo de modo emergencial, para atender o paradigma da produtividade. Estaríamos, na atualidade, mais premidos por Hermes – e seu fulgor mercurial que varre tudo na velocidade da luz – do que por Cronos – que até os anos 1990 ainda organizava nossa consciência em termos processuais – ou do que por Kairós, o tempo que cria oportunidades para “as coisas da alma”? Será que a biomedicina não está ganhando toda essa predominância porque justamente tem uma demanda que diz “quero resolver isso aí bem rápido!”, conforme ponderado por Fernanda? Ela relaciona esse movimento à baixa tolerância à dor observada nas pessoas e pacientes – seja física ou emocional – especialmente ao se tratar de adolescentes, como vimos na seção 6.3. Em sua avaliação, perdeu-se a noção de processo na vida atual, com consequências mais expressivas sobretudo nas gerações posteriores aos anos 2000.

Entendemos juntos que esses aspectos macrossociais se retroalimentam a partir da lógica capitalista instaurada cada vez mais violentamente no cenário contemporâneo. Essas questões repercutiram e foram amplificadas por todos nós no final desse encontro. Concordamos que o binômio patologização-medicalização da vida – tão discutido –, está dominando o cenário terapêutico, por assim dizer, numa tentativa de assimilar todos os fenômenos do mal-estar social, como se eles pudessem ser controlados pela via do medicamento. Ou seja, embora a literatura científica assuma que o suicídio é um problema

multifatorial, a reflexão e o encaminhamento do problema são reduzidos predominantemente ao manejo biomédico, pelo menos nas políticas de saúde pública, mas não apenas, pois também em consultas particulares apressadas com psiquiatras de convênio, a maioria das pessoas sai com uma medicação antidepressiva ou ansiolítica ou indutora do sono já na primeira consulta, conforme discutimos na seção 1.6. Então, há uma contradição do ponto-de-vista da compreensão do problema e das intervenções para lidar com ele, como se o suicídio – que desde sempre foi pensado numa perspectiva filosófica e existencial –, pudesse ser reduzido a uma questão de ordem médica e sanitária.

Tendo refletido sobre os percalços da medicalização do suicídio, seguiremos refletindo sobre os aspectos criativos e sombrios da interdisciplinaridade, na próxima seção.

6.5.4 Interdisciplinaridade: convivência de saberes em rede

“Eu ficaria mais confortável se eu visse essa menina sendo cuidada de um modo multidisciplinar, não é tanto pela medicação, talvez, mas seria pra ela poder ter mais um profissional olhando ela. Porque tendo mais olhares sobre ela e esse sistema familiar, eu me sentiria mais segura, também” (Renata, 2.º encontro)

Na fala de Renata vemos surgir um anseio por uma rede de apoio, a princípio, dirigida à paciente (mencionada na seção anterior), mas que redundava também em proveito próprio. Ela recupera sua experiência em uma unidade do CAPS que funcionava em abordagem multidisciplinar.

Na maior parte das menções feitas pelos terapeutas ao sugerirem a revisão do modelo de atendimento, os especialistas sugeridos estão circunscritos à área da saúde: psiquiatra, hebiatra e nutricionista foram os mais mencionados. Neste caso, estamos mais no terreno da multidisciplinaridade – que congrega saberes diferentes pertencentes à mesma área de conhecimento (saúde), a serviço da pesquisa de um fenômeno ou da resolução de um problema em comum – do que da interdisciplinaridade.

Japiassu (2006, p. 25) problematiza essas tensões em “O sonho transdisciplinar”, e aponta a necessidade de ultrapassarmos o paradigma disciplinar que produz superespecializações, a fim de congregar diversas racionalidades e saberes práticos na perspectiva da complexidade, defendida por Edgar Morin. Caracterizada por se realizar nas fronteiras e pontos de contato entre diversas ciências (por exemplo, entre psicanálise e sociologia, entre psiquiatria e psicologia), a pesquisa interdisciplinar busca mais que “convergência e complementaridade de várias disciplinas para atingir um objetivo comum”, marca da multidisciplinaridade. Permite, ainda, “utilizar essa colocação em presença para

tentar obter uma síntese entre os métodos utilizados, as leis formuladas e as aplicações propostas” (JAPIASSU, 2006, p. 39), ou seja, a interdisciplinaridade convoca os profissionais a se envolverem de modo dialético e criativo em prol de soluções que ultrapassem a mera junção de práticas especializadas¹¹⁴. Tais ideias se aplicam com muita propriedade à compreensão e ao manejo de fenômenos multifatoriais, como o suicídio.

Retomando a experiência do grupo, apesar de mencionarem em diferentes encontros a possibilidade de integrar recursos como arteterapia, dança, canto, poesia nos processos terapêuticos, os profissionais com os quais mais se relacionavam – por vezes de modo subordinado – eram da área médica. Alguns terapeutas relataram que a resistência à inclusão de outros recursos nos cuidados do paciente também vinha dos familiares: inseguros, tendem a aderir à medicação e às decisões médicas. Na maior parte dos casos, os terapeutas tinham dificuldade de inaugurar uma interlocução que avançasse para além das cobranças ou repressões recebidas, como se nem mesmo concebessem essa possibilidade. Pareciam reféns de uma posição contra-transferencial que os mantinha identificados com sentimento de frustração, fracasso, impotência e, concomitantemente, raiva dos médicos e dos familiares. Por trás dessa atitude, ressoa certa identificação com a parte frágil do sistema, o paciente, para quem se posicionavam como salvadores, inclusive em relação às projeções da própria família. Enquanto permaneciam presos nessa dinâmica, pouco podiam fazer no sentido de ultrapassar as tensões, projeções e impedimentos a uma compreensão e abordagem sistêmica. Esse mesmo padrão contra-transferencial contaminava a parceria mais comum entre profissionais que lidam com o suicídio na prática clínica, o psicólogo e o psiquiatra. Abordamos o tema a seguir.

6.5.5 Parceria interdisciplinar: uma guerra de complexos

“Tem aquela piada: qual a diferença entre médico e Deus? É que Deus sabe que não é médico...”
(Renata, 2.º encontro).

¹¹⁴ A pesquisa transdisciplinar, por sua vez, diz respeito a um atravessamento de várias disciplinas de vários campos do saber, permitindo não só a coexistência, mas também o diálogo entre filósofos e cientistas, por exemplo, em que “os esquemas nocionais devem circular da filosofia às ciências naturais e humanas, sem que haja nenhuma hierarquia entre esses diversos modos de problematização e experimentação”. Japiassu exalta a capacidade da pesquisa transdisciplinar “promover uma reconciliação entre o sujeito e objeto, entre o homem exterior e o interior, e de uma tentativa de recomposição dos diferentes fragmentos do conhecimento” (Ibid., 39-40). A psicologia analítica com frequência é chamada de transdisciplinar, uma vez que Jung recorreu a diversos saberes, incluindo filosofia, mitologia, religiões, física, biologia, psiquiatria, psicanálise, psicologia, arte, etc., para abordar o fenômeno psicológico em suas várias nuances e complexidades. Essa exigência enciclopédica é inclusive um dos aspectos que à primeira vista tornam a teoria e a prática junguiana apaixonante ou apavorante aos novos interessados em estudá-la.

*“Os psiquiatras, eles jamais vão ligar pra gente.
É a gente que tem que ir atrás deles”.*
(Fernanda, 2.º encontro)

As duas falas acima dão o tom dos afetos constelados no campo de relações profissionais entre a maioria dos psicólogos do grupo e os psiquiatras, nas recorrentes tentativas de atendimento interdisciplinar dos pacientes. Entre acusações de um suposto complexo de superioridade daqueles, e os sentimentos de inferioridade constelado nos terapeutas – que se sentem frequentemente rejeitados ou invisibilizados –, temos uma ideia das relações de poder presentes nessa convivência e do quanto ainda é necessário amadurecer a relação entre esses saberes e práticas para de fato alcançarmos melhores condições de trabalho em qualquer contexto que os inclua (desde a produção científica até o “chão” da clínica).

Um fator negativo ao desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, alertado por Japiassu em “A crise das ciências humanas” (2012, p. 19), é a possível rivalidade entre especialistas que “persistem em ignorâncias recíprocas e sistemáticas” acerca do conhecimento e prática do outro. Além disso, o autor enfatiza que as ciências humanas e sociais precisam se desembaraçar de um “complexo de inferioridade epistemológica relativamente às ciências ancestrais, da natureza”. Essa dificuldade refletiria uma cisão observada na história das ciências, que estabeleceu os mesmos padrões de exigência de produção do conhecimento das “ciências duras” para as “ciências leves”. Em decorrência, surge comumente uma rivalidade entre os pesquisadores de ciências da natureza e de ciências humanas e sociais, com objetos e formas distintas de pesquisa, submetidos então a críticas desqualificadoras em face a uma suposta superioridade dos padrões valorativos das ciências duras. Porém,

[...] pouco importa que as ciências humanas não sejam tão científicas quanto as [ciências] naturais. O importante é que, por oposição ao resto da natureza, tratem do que propriamente caracteriza o homem: seu comportamento psíquico, suas obras, sua linguagem, sua história e seu ser social. O vital é que não se afastem daquilo que, de uma forma ou de outra, constitui seu objeto mais autêntico e inegociável: a reflexão sobre os objetivos e o sentido da ação humana e a construção de saberes “positivos” sobre o homem e a sociedade. (JAPIASSU, 2012, p. 20).

Nas discussões do grupo, a maioria dos terapeutas concordou que não se sentia numa relação de equidade com psiquiatras ao acompanharem pacientes que demandam uma ação mais sinérgica; com exceção de Júlia, como veremos mais adiante.

Mônica, por exemplo, disse no segundo encontro: *“eu tenho uma paciente que ‘fazia horrores’ e a psiquiatra precisava alinhar algumas coisas, porque ela não tava entendendo a dinâmica do caso, mas ela só falou comigo por causa de uma pressão da família”*. Carmen, no mesmo encontro, concorda sobre a dificuldade em relação à comunicação e à tentativa de trabalho conjunto: *“alguns psiquiatras depois até me acessavam, quando achavam que tinham que conversar sobre alguma coisa [...] somente um ou outro, mas na maior parte das vezes eu tinha que fazer o primeiro contato e até insistir para ser atendida por eles. Houve casos que nunca tive retorno”*.

Os terapeutas interpretam que a grande maioria dos médicos sofre de um complexo de superioridade, e só se abrem a trocar com o psicólogo quando se trata de um caso que envolve risco à vida do paciente, algumas vezes após muita insistência por parte do terapeuta ou familiares. Renata fala sobre uma “autoridade autoritária” subentendida em todo ato médico, de modo que o mais “natural” no imaginário do campo da saúde é que os demais profissionais devem recorrer ao médico – e não o contrário –, como se ele ocupasse o topo de uma cadeia de perícia: o que evidencia esse problema em seu aspecto institucional e não somente epistemológico: *“Nós estamos no modelo médico-centrado [...], a própria psicologia nasce desse lugar e sofre de uma certa – é feio falar assim – mas nasce de uma submissão à medicina. Então, é como se eles fossem maiores.”*

Sandra, que também trabalha num CAPS, complementa: *“aquele cerimonial pra falar com ele [o médico], é muito constrangedor. Eu penso igual a vocês, também. A experiência que eu tenho, participando de uma equipe multidisciplinar, é que o todo-poderoso é o médico”*. Em sua avaliação, apesar das equipes contarem com diversos profissionais como terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e psiquiatras, a interação e a troca esbarram na barreira do complexo de superioridade dos médicos. Ao mesmo tempo em que são incentivados a usar os vários recursos de suas práticas, em várias situações a equipe fica muito dependente do médico para tomar qualquer decisão.

Essas críticas podem nos servir para indagarmos se acabamos sendo capturados pela narrativa institucional que coloca o médico no topo da cadeia do serviço oferecido no Brasil – que existe e possivelmente designa a outras especialidades lugares subalternos em relação ao ato médico. Mas falaríamos também de uma possível identificação dos psicólogos com essa posição subalterna? Afinal, nossa dificuldade está relacionada a essa posição institucional, ocupada pela medicina, ou a uma fantasia que temos da posição dela, de superioridade – o que necessariamente constela na psicologia um complexo de inferioridade? De que meios dispomos para afirmar a posição da psicologia em suas características fundamentais e

competências nessa parceria, de maneira a não nos acomodarmos nessa dependência que possivelmente se constitui na cena interdisciplinar?

Exemplificando esse conflito, ambas as terapeutas de CAPS presentes questionam sobre possíveis exageros na medicação dos pacientes, comentando que dificilmente ocorre uma redução: “*é sempre uma carga de medicação, gente, assustadora! Principalmente para casos de depressão*” (Renata, 2.º encontro). Sandra explica que muitas vezes esse procedimento reflete cobranças da família para que o remédio seja mantido, mesmo que o paciente esteja melhor. Segundo ela, diante da pressão da família, inexistente abertura do médico para pensar em equipe, no que poderia ser melhor para o paciente.

Walmir também contribui: “*Os médicos, na grande maioria, não vão se envolver da mesma forma que um psicólogo se envolve*”, a não ser em casos de ameaças de morte ao corpo físico. Carmen comenta que, possivelmente, junto da preocupação do médico em salvar a vida do paciente, sua atitude encobre algum medo de fracassar, mas podemos refletir que isso não é privilégio do médico como já foi discutido na seção 6. Walmir concorda e compartilha um caso no consultório, de uma paciente que precisou de atendimento psiquiátrico, em que não conseguiu falar com nenhum desses profissionais. Um deles era de uma UBS; tentou contato várias vezes, nunca estava na unidade. Mesmo diante da gravidade do caso, que envolvia tentativas de suicídio, nunca foi procurado por médicos, precisava sempre ir atrás deles.

Carmen concorda com uma ideia levantada por Walmir: de que o médico faz um trabalho diferente do psicólogo, que o leva a se envolver menos com a situação emocional do paciente, preso ao *ethos* da “*tarefa de preservar a vida [...], a vida biológica*”. Seja medicando, internando, contrariando o paciente, o objetivo do médico seria sustentar essa vida usando o artifício da medicalização.

Carmen conclui que nunca experimentou um trabalho propriamente interdisciplinar atendendo pacientes em seu consultório, já que:

Eu nunca sou ouvida nessa troca, o psiquiatra fala e traz toda a exposição do caso... aí ele quer saber alguma coisa também da psicoterapia. Mas, por exemplo, quando eu questiono sobre de repente a gente experimentar diminuir um pouco a medicação em alguns momentos para o paciente experimentar outras coisas que também podem ser terapêuticas, o que implica tentar mudar um pouco a conduta médica, eu nunca fui considerada. Então, acho que não existe trabalho multiprofissional se nós não estamos ali trocando de igual pra igual. Mas eu já ouvi psiquiatra propor coisas na minha atuação clínica, dizendo ‘ah, então cê tá tentando tal coisa?’. Então, se eu falo ‘e o senhor, já pensou em diminuir essa medicação? Porque eu acho que essa medicação tá interferindo na escola. Eu acho que naquele momento de surto, durante, sei lá, um ano, foi interessante. Mas você não

acha que ela tá progredindo nisso, naquilo, naquilo e naquilo outro?' Aí, não tem acordo, né? (Carmen, 2.º encontro).

Essa constatação parece despertar na terapeuta certo desânimo. Outros terapeutas concordam, entre risos resignados. Sueli menciona a raridade de trocas com psiquiatras. Admite uma prevalência do ato médico no ambulatório de hebiatria, em contexto institucional. Carmen reitera sua impressão: *“nunca consegui, eu nunca tive essa experiência. E aí, pra mim, me dá a sensação que fica assim, um trabalho esquizofrênico”*. Complementa com uma reflexão bastante importante:

Às vezes uma pessoa que tá acompanhada há muito tempo, sei lá, ou que teve mesmo uma ideação suicida. Só que, gente, isso não é eterno. Talvez a ideação que esteve relacionada àquele momento da vida ou a alguma dificuldade já tenha melhorado, só que se ela permanece medicada durante três anos, cinco anos, como que eu vou saber que essa pessoa pode andar sozinha, se ela não pode ficar sem remédio, mesmo quando se encontra estável? (Carmen, 2.º encontro).

Seu relato demonstra o caráter sensível da situação e a necessária mudança de paradigma para uma visão mais global, que considere a congregação dos saberes de diversas especialidades em favor da condição do paciente e do andamento de seu tratamento, no mínimo em termos médicos e terapêuticos. Renata faz uma provocação, também em tom irônico, diante do relato de Carmen: *“O que que aconteceria com os psiquiatras e com os médicos de um modo geral, já pensou? Todo mundo fazendo yoga, todo mundo meditando; todo mundo praticando esportes, vivendo melhor, e vindo à terapia. Você já imaginou? Que doideira, né, que seria esse mundo?”* (Renata, 2.º encontro – grifo meu).

Na avaliação do grupo, o paciente deve ser reconduzido à sua autonomia, e não mantido refém da química ou de uma relação de poder com o psiquiatra. Daí, aparecem as práticas destinadas aos cuidados globais nas propostas dos terapeutas, que compõem inclusive um imaginário transdisciplinar de sua prática, ainda que longe de ser vivida integralmente. Entretanto, precisamos destacar que a terapia foi incluída por Renata junto de outras práticas que não demandavam um especialista, como o médico ou o psicólogo, quando ela diz *“Todo mundo fazendo ioga, todo mundo meditando; todo mundo praticando esportes, vivendo melhor, e vindo à terapia”*. Estaríamos repetindo, inconscientemente, o que criticamos da sombra médica, a saber, uma ideologia que reafirma o poder especializado, dizendo que o paciente não poderia ficar sem psicoterapia – a despeito de contar com outras práticas de lazer que o levariam a ter uma vida melhor –, tanto quanto não poderia ficar sem remédios na visão do psiquiatra?

Por outro lado, é preciso pensar sobre quando a psicologia insiste em tratamentos unilaterais voltados à subjetividade ou ao comportamento, que deveriam dar lugar à medicação, ou no mínimo buscar uma integração de saberes e estratégias numa prática interdisciplinar. De todo modo, o ajuste dessas disposições e tratamentos ao seu nível ideal, isto é, dar ao médico o que é da medicina, e ao psicólogo o que é da psicologia, só pode ocorrer com o alinhamento interdisciplinar que respeite as competências mútuas e trabalhe para a finalidade que têm em comum, que é a recuperação do bem-estar, desde que em favor das necessidades anímicas do paciente.

Único exemplo positivo de vivência interdisciplinar que ilustra essa possibilidade veio de Júlia. Ela enfatizou mais do que todos no grupo a importância da troca profissional com psiquiatras – ao falar disso no primeiro e nos demais encontros, quando o tema vinha à tona. Talvez por trabalhar com pacientes que já chegam a ela em condições crônicas, como nomeou a condição de seus pacientes: “*o AT me ensinou muito isso, na prática, de trabalhar na interdisciplinarmente, que eu acho fundamental. A gente não faz nada sozinho MESMO*” (Júlia, 1.º encontro).

Para exemplificar, relatou um caso clínico em que percebeu que a tentativa de suicídio tinha para a paciente o sentido de um gesto autoral, o que também tornou seu relato importante, por ilustrar o tema do suicídio vinculado ao processo de individuação. Em sua fala, Júlia mostra novamente uma ênfase positiva na interdisciplinaridade mantida com a psiquiatra que acompanhava o caso. É um exemplo muito potente dessa parceria, mostrando como o trabalho realizado conjuntamente entre esses profissionais pode render uma compreensão mais ampliada do que está se passando em termos de demandas e atuações da paciente. Também é interessante por mostrar horizontalidade. Podemos supor que o insight que surgiu na conversa de ambas, a partir da intuição original da psicóloga – indicando um sentido particular para a ideação suicida da paciente –, enriqueceu sua visão na condução do processo, o que trouxe benefícios para todos, especialmente para a paciente.

Por fim, Júlia apontou a importância dessa parceria na mediação de conflitos com familiares dos pacientes, já que a dinâmica familiar aparece como “*um desafio inescapável pra nós, terapeutas*”. (Júlia, 1.º encontro). Exemplificou com um relato de caso que mostrava a diferença do “peso da palavra do psiquiatra” em relação à do psicólogo, uma vez que somente após a tentativa de suicídio do filho e do encaminhamento do psiquiatra, os pais retomaram o atendimento psicoterapêutico do jovem, que havia sido interrompido meses antes, sem a sua concordância. Mas Júlia parece buscar o aspecto positivo desse “poder da palavra do médico”, na medida em que contribuiu para seu objetivo de ultrapassar as

resistências dos pais e manter o paciente em atendimento, indicando que consegue ampliar o olhar para o melhor andamento do caso como um todo, sem se sentir tão afetada por possíveis rejeições de alguns profissionais. O exemplo dado mostra como no relacionamento com familiares – onde é importante preservar o sigilo do que se passa nas sessões com o paciente, incluindo adolescentes e jovens –, vemos que ela consegue separar funções que podem contribuir para preservar o espaço terapêutico de demandas dos pais. Nesse sentido, o psiquiatra pode centralizar mais a comunicação com os familiares, o que permite distensionar a relação destes com o terapeuta.

Seus relatos ilustram ricamente a importância das parcerias para o terapeuta encarregado de casos com tentativas de suicídio, uma vez que, em geral, ele tem apenas o espaço de supervisão para discutir sua conduta em relação a tais casos, além da própria análise. Porém, são parcerias com psiquiatras particulares que, diferentemente dos demais citados pelos outros terapeutas do grupo, mostram maior disponibilidade para o diálogo e trocas, inclusive disponibilizando celular e tempo para discussões sobre o andamento dos processos.

Importante não generalizar totalmente as experiências negativas dos psicoterapeutas na parceria interdisciplinar, mas tomá-las como exemplos das várias situações que compõem esse campo, de modo que pensemos em meios de melhorar nossa autonomia nesse diálogo, e nossa participação nos cuidados e rumos do processo, sentindo-nos mais respeitados e incluídos pelos demais profissionais.

6.5.6 Diferenças entre a experiência clínica e institucional

“Estou nesses dois lugares, da clínica e do CAPS, e vejo muitas diferenças nos cuidados oferecidos, mas sempre orientados pela decisão médica, e a psicologia não pode ficar neste lugar, submetida a isso sem questionar.” (Renata, 2.º encontro).

Em diversos momentos do segundo encontro, a diferença entre o trabalho do psicólogo realizado no consultório e em instituições ocupou espaço nas discussões do grupo, remetendo mais uma vez à impotência experimentada pelo terapeuta, não só em relação ao ato médico como às instâncias mais amplas da administração da saúde pública.

Renata, por exemplo, comparou o atendimento oferecido à população de baixa renda com aquele recebido pela população das classes média e alta em São Paulo. Na avaliação dela, ainda que um paciente seja atendido no SUS, o fato é que ao retornar algum tempo depois não terá continuidade com o mesmo psiquiatra, e mesmo se continuasse sendo

atendido por ele, não teria direito a manter contato direto com esse profissional através do celular ou e-mail, por exemplo, fato que interfere não só na aderência ao tratamento como nas respostas do paciente à medicação, que muitas vezes precisa ser ajustada rapidamente, principalmente no início. Em sua avaliação, isso tem relação com o sentido dado à vida da população: “*Você acha que alguém tem o contato desse médico? Você acha que a vida vale tanto assim no SUS? Oh! Pobre ingenuidade!*” (Renata, 2.º encontro). Outros terapeutas concordam com o diagnóstico institucional dela.

Carmen busca outra posição, questionando Renata em relação a um relato anterior, quando considerou diminuir o número de sessões no atendimento a uma adolescente, caso a família buscasse também um psiquiatra para ela:

Percebe? Até você também tá sob essa ideia de que você precisa do médico, seja ele a figura do médico, a figura de Deus, o fato é que isso te traria um conforto, uma segurança maior pra atender a menina de 15 em 15 dias. Então, todos nós estamos nessa situação de dependência do médico. E a gente tem que se segurar muito com supervisão e muita análise pra quando alguma coisa mais difícil aparecer no consultório não mandar pro psiquiatra automaticamente. (Carmen, 2.º encontro).

Renata visa ampliar a discussão, lembrando a pressão recebida de outros atores, como a família e a indústria farmacêutica (nomeada pela primeira vez), para alcançar resultados objetivos mais rapidamente. Em sua avaliação, a família quer que o paciente melhore imediatamente, o médico tem uma panaceia que, em tese, resolveria uma crise, pelo menos de modo paliativo. Complementa que não é contrária ao trabalho interdisciplinar, especialmente necessária no caso citado por Carmen, mas sente que nos equipamentos de saúde pública o paciente fica tão desamparado quanto os profissionais.

Eu vou pro SUS e vejo casos gravíssimos em que a pessoa chega na minha frente e diz assim: ‘*Renata, eu tava tratando do meu irmão com esquizofrenia grave, residual. Ele tava sendo visto a cada três meses, mas aí isso mudou, hoje é de seis em seis meses*’; quer dizer, ele vai ser visto duas vezes ao ano, gente! (Renata, 2.º encontro).

A questão problematizada por Renata enfatiza aspectos de gestão em saúde pública contra a autonomia relativa do poder aquisitivo para a determinação da periodicidade de consultas aos pacientes. Há também lobby da indústria farmacêutica no campo médico que orienta a drogadição sem previsão de alta:

Na rede particular eu tenho uma paciente que já teve depressão grave, de não sair do quarto, de não fazer atividades diárias. Mas hoje ela tá bem e o médico veio reduzindo a medicação progressivamente, de dois comprimidos pra um, de um pra meio, de meio pra um quarto, mas nunca dá alta pra ela, que já me falou: ‘*Ai, Renata, queria tanto parar com a medicação*’, mas ela nunca tem alta e é vista todos os meses pelo médico. (Renata, 2.º encontro).

A reflexão crítica de Renata é importante por apontar uma displicência quanto às questões do “povo pobre”, mantido sob atenção deficiente, enquanto aqueles que podem pagar são de algum modo reféns de uma lógica de hiperatenção, aguardando um laudo ou alta que muitas vezes não vem.

Sandra reitera a mesma lógica do super cuidado no tratamento de dependência química, que conta com um terceiro ainda maior em autoridade: o juiz. Por esse motivo, para não perder a ingerência sobre o caso, “*a gente tem que se segurar muito quando aparece um caso grave pra não mandar imediatamente para o psiquiatra*” (Carmen, 2.º encontro).

No modelo médico-centrado, geralmente o psicoterapeuta não ocupa o primeiro lugar na busca por ajuda. Isso impossibilita manter qualquer tratamento sem ser questionado sobre a periodicidade pretensamente necessária das consultas psiquiátricas. Reconhecendo a necessidade de intervenções imediatas em casos urgentes, aponto que, de outro modo, há um caráter compulsório por psiquiatria, ao qual a nossa cultura e modelo de gestão de saúde está submetido.

Contrariamente ao que se passa com o psicoterapeuta em consultório particular, que indica ao paciente em caso grave a necessidade de um psiquiatra, Renata explica que no CAPS esse profissional pode ser o último a tomar contato com o paciente, após este ter passado por uma triagem que compreende diversos profissionais. Faz uma longa descrição de como funciona o processo de acolhimento: primeiro, um técnico de referência o recebe, um enfermeiro, assistente social, psicólogo, educador físico... Esse profissional estrutura um projeto terapêutico que compreende um conjunto de atividades como um grupo de artes, música, atividade física, dança, etc. Em seguida, o paciente passa pelo médico, que fará uma avaliação global. Só então ele passa ao psiquiatra:

[...] Muitas vezes [...] ele fala assim: ‘eu não tô vendo nem por que esse paciente está aqui’, porque teve uma melhora, depois de vinte e dois dias... trinta dias com essas outras atividades [...], ele não está mais tão grave como no primeiro momento quando ele chegou; e aí vai dando essa potência pra gente mostrar que outras categorias também são importantes de compor, de estudar; do quanto a medicação é só uma fatia desse cuidado, não pode tomar esse espaço todo que às vezes a gente dá, né? (Renata, 2.º encontro).

Pigarreia ao mencionar que na instituição há o psiquiatra e os colegas de trabalho. Em outros encontros, Renata irá falar um pouco mais do convívio com tais colegas e do sentimento de solidão por ser a única psicóloga junguiana da equipe. Possivelmente, esse pigarrear fale inconscientemente das dificuldades que foram relatadas por ela, relacionadas a um sentimento ambivalente, pois, por um lado, essa parceria a tranquiliza, facultando recorrer

a outros profissionais a fim de diluir as responsabilidades e decisões a serem tomadas, e até o luto vivido em casos de perda dos pacientes que cometem suicídio; por outro, parece falar também de um sentimento de isolamento e pouca troca na relação com os colegas, já que integra uma linha teórica minoritária no equipamento institucional de saúde. Apesar disso, tem consciência de que fazer parte de uma equipe multidisciplinar ajuda a lidar com a solidão e o desamparo, ao contrário do que sente ao conduzir casos em sua prática clínica realizada em consultório particular, pois ali “*é você e o caso, sozinho*” (Renata, 11 out. 2019).

Carmen menciona: no contexto da clínica particular, o terapeuta precisa, antes de encaminhar o paciente, sustentar a escuta e o acolhimento, até entender melhor o que está se passando. Retoma a importância da análise pessoal e da supervisão profissional para suportar a solidão da clínica, especialmente em crises psicóticas ou ideação suicida estruturada, que demandam um envolvimento psíquico enorme.

Renata pergunta: “*Você acha que é possível não ter esse fantasma do medo do suicídio do paciente?*” Carmen responde que sim, embora reconheça que ele continue rondando. Nesse diálogo, as duas terapeutas vão elaborando um modo de pensar as urgências na clínica particular, e a possibilidade de suportar as angústias inerentes a tais situações, abrindo espaço para o compartilhamento de situações vividas com o suicídio de pacientes, como veremos a seguir.

6.6 SUICÍDIOS: O CONFRONTO DA FANTASIA DE SUCESSO TERAPÊUTICO

“Você acha que é possível não ter esse fantasma do medo do suicídio do paciente?”
(Renata, 1.º encontro)

O medo da morte de um paciente por suicídio acompanha todos os profissionais que se deparam com casos dessa ordem, principalmente na clínica particular.

Nas trocas entre os terapeutas que perderam pacientes por suicídio surgia uma constatação: o “fantasma do medo do suicídio” está sempre presente e ligado à necessidade premente de o analista buscar cuidados e apoio para lidar com inseguranças e cobranças, sentimentos que podem atrapalhar o atendimento oferecido a alguém que já se encontra fragilizado. Um primeiro passo pode ser o confronto da fantasia de sucesso terapêutico, conforme orienta Jung:

O psicoterapeuta pouco ou nada aprende com os sucessos, principalmente porque o fortalecem nos seus enganos. Os fracassos, ao invés, são experiências preciosíssimas, não só porque através deles se faz a abertura

para uma verdade maior, mas também porque nos obrigam a repensar nossas concepções e métodos. (1929/1988a, §73, p.36).

Morte e fracasso, duas personagens que sem dúvida se encontram interditas culturalmente, especialmente nos tempos atuais. Junto da loucura, formam um trio rejeitado e recalcado em todos os níveis de consciência coletiva e individual, pois ameaçam os ideais inflados de nosso sistema político-econômico e cultural, como vimos no capítulo 1 desta tese. Mas como podemos abordar o fracasso em nossa prática de psicoterapeutas, resgatando seu caráter arquetípico para contribuir no manejo do suicídio?

O tema fracasso foi discutido por Hillman num texto de 1981, onde problematiza as dificuldades de se conduzir uma psicoterapia quando o par analítico visa obter sucesso nos termos aplicados a outros temas da vida cotidiana, notadamente profissionais e/ou escolares. Hillman lista alguns temas que poderiam ser de difícil abordagem, como o alcoolismo e as depressões crônicas; menciona também situações adversas que poderiam levar ao naufrágio de uma análise, como a ocorrência de uma doença fatal, um suicídio ou mesmo uma dificuldade contra-transferencial maciça do analista. Hillman também hipotetiza que a psicologia sofre de um “complexo de fracasso” científico, que permanece reprimido em função de uma fantasia de poder que a pressiona a buscar comprovação nos termos das ciências duras, o que é incompatível com seus aspectos arquetípicos fundamentais.

Rafael López-Pedraza (1997) também discute a questão do fracasso e do sucesso, relacionando-a com a ansiedade cultural contemporânea. Ele identifica certa ideologia presente na consciência coletiva ocidental, que associa a noção de sucesso à competência e obtenção de resultados positivos, e que muitas vezes pode impregnar, ainda que subliminarmente, o ambiente terapêutico. O autor aponta a necessidade de se desenvolver o que chama de uma “consciência de fracasso” no mundo atual, pois a busca obstinada do sucesso, incentivada pela consciência coletiva, que se encontra fortemente marcada por traços narcísicos, compulsivos e maníacos, impede um diálogo com as necessidades da alma consteladas pelo fracasso.

Freud (1937/1996) também problematizou as dificuldades de conduzir uma psicanálise com sucesso, em vista dos aspectos inconscientes que condicionam as questões psicopatológicas e a relação do sujeito com seus sintomas. Discorreu sobre a força da pulsão de morte responsável pela resistência ao tratamento, esvaziando expectativas idealizadas dos psicanalistas. Jung concorda com as ideias de Freud nesse tema, pois não se aplicam objetivos de cura ao inconsciente, nos mesmos termos das ciências médicas – que lidam com aspectos patológicos materiais do corpo. Para Jung e outros autores da psicologia profunda, o

parâmetro de sucesso associado à remissão de sintomas, se aplicado à psicoterapia, tende a produzir frustração em diferentes aspectos e níveis da experiência compartilhada pelo paciente e pelo terapeuta. Pois a psicoterapia tem outros objetivos e aspectos estruturantes, condicionados inclusive arquetipicamente por necessidades mais amplas que as do ego, como vemos nos nove textos que compõem a primeira parte do volume 16 das obras completas de Jung, todos dedicados à prática da psicoterapia.

Hillman aborda três interfaces da díade "fracasso-sucesso". Em relação ao "fracasso na análise", ele adverte que a oposição "fracasso-sucesso" limita a reflexão sobre o fracasso como uma das imagens arquetípicas que podem ser consteladas em análise. A antinomia fracasso-sucesso cria uma armadilha, levando a crer que o fracasso é exclusivamente uma privação do sucesso, definido como a remissão plena de sintomas e avaliado por critérios normativos de "saúde ótima, ordem psíquica, integridade" (Hillman, 1981, p. 116).

O autor evoca suas raízes numa perspectiva mais geral, lembrando que “algum tipo de fracasso ocorre sempre na análise, e isto nos levaria a perguntar se não existiria algum componente genérico na análise, responsável pelo fracasso” (Hillman, 1981, p. 116). Explica que, assim como alguns estudos pesquisam o insucesso na análise de certos casos, outros versam sobre o fracasso da análise como um todo, pois não é possível defini-la como cura para todos os males. Especialmente porque é impossível equalizar o sentido de cura nas diferentes abordagens da psicoterapia, tampouco buscar validação em termos “científicos” e universais para estudos de casos clínicos, grupos de patologias, etc. Esse ponto resume possivelmente o sentido terrível da morte do paciente por suicídio, já que encerra a análise abruptamente e de modo violento, excluindo o terapeuta de qualquer possibilidade de diálogo ou ação. Ele é colocado como todos os demais numa posição passiva, fica submetido a uma decisão que pode ter inúmeros sentidos transferenciais, como o ataque, a renúncia e o ódio.

Por fim, e como ponto de maior interesse na presente discussão, Hillman propõe o “fracasso como análise”: a psicoterapia poderia tomar o fracasso como fonte de sua práxis, como o campo de trabalho psicológico per se, já que os sentimentos que levam as pessoas a procurarem uma análise – fragilidade, derrota, falência, decepção, além de sentimentos de falta ou incompletude – estão atravessadas por alguma ideia de falha. Tânatos é então invocado como divindade tão dignatária do território da análise quanto Eros:

Se a análise considerasse sua origem histórica (concebida como uma resposta para o fracasso) também como sendo sua base arquetípica, sua perspectiva se alteraria, vinculando-se mais a Tânatos. É do ponto de vista da morte que a análise explora o fracasso, tendo sido criada como instrumento eletivo da psique na exploração do fracasso como soma de forças que se opõem à vida, isto é, para indagar de Tânatos e de seus

dominantes arquetípicos correlatos, onde a vida está bloqueada, derrotada, falida e fracassada. (Hillman, 1981, p. 120).

Hillman oferece com essa proposição elementos para considerar o fracasso como um dominante arquetípico próprio da análise, que permitiria uma postura analítica menos orientada pela busca erótica da integração e do sucesso. Pois quando o analista se identifica com a consciência ou atitude heroica da cura numa perspectiva de forças opostas à morte, numa busca desenfreada pela vida, ainda se encontra identificado com o modelo de pensamento da filosofia médica do século XIX. Haveria uma herança iluminista nessa abordagem heroica, a de que, se o inconsciente for “bem interpretado”, “bem trabalhado”, e seus conteúdos forem integrados à consciência numa perspectiva apolínea, tanto o paciente como o analista estarão protegidos do insucesso.

Fracasso ou sucesso, portanto, tornam-se constatações referidas não a partir do *lado de dentro* da análise, mas de sua exterioridade, de quem observa de fora e reflete sobre o que teria se passado lá dentro, na relação terapêutica entre paciente e analista. Isso, por sua vez, ocorre sempre com base em referenciais teóricos e metodológicos orientados por discursos ideológicos que nem sempre são condizentes com a experiência vivida pelos parceiros analíticos e com o próprio caráter arquetipicamente orientado desse universo chamado psicoterapia.

O fracasso *como* análise, por seu turno, permite um resgate das forças psíquicas que trabalham na perspectiva alquímica da dissolução dos aspectos cronificados do ego – tão unilateralmente desenvolvido e estimulado na busca de sentidos preestabelecidos para a vida. Justamente porque a vida, em sua dança arquetípica com a morte, é marcada por movimentos incertos que enlaçam diferentes facetas de fracasso-sucesso (Cf. OLIVEIRA, 2011).

A consciência sobre os sentidos arquetípicos do fracasso torna-se importante, pois pode ajudar o terapeuta a elaborar processos de luto, como veremos a seguir.

6.6.1 Luto antecipatório ou não-autorizado

A necessidade de diferenciar um luto advindo de uma morte natural ao luto ligado à morte por suicídio é o primeiro passo para se relacionar com o sofrimento, cobranças e culpas. Como o suicídio envolve uma situação apavorante, relacionada ao limite da vida - além da violência que caracteriza a maioria dessas mortes, e o medo que causam em quem está cuidando e convivendo com o paciente -, o sentimento de responsabilidade e

autoacusação do terapeuta atinge níveis intensos, constelando a típica cobrança dos que sobrevivem.

Não importa quanto tempo passe, diante de uma tentativa ou de um suicídio consumado, é muito comum que todos em volta sejam capturados pela expressão persecutória *e se?* – acompanhada de um sentimento de fracasso em oposição a fantasias heroicas de salvação. Em decorrência, constelam-se pensamentos obsessivos de autoflagelação e especulações em quem se relacionava com o suicida – que tendem a aumentar o sentido fatalista do evento –, daí a necessidade de reconhecer que o luto se apresenta de diferentes maneiras no manejo do suicídio, inclusive em situações que ele não venha efetivamente a acontecer. Pois, de certa forma, o fantasma da morte está rondando o *setting* em diversas circunstâncias no atendimento desses pacientes, caracterizando o chamado ‘luto antecipatório’, presente na prática dos profissionais de saúde.

Esta sensação é experienciada pelo risco iminente da própria morte ou de pessoas queridas, em situações que impedem a pessoa de receber acolhimento ou de ter garantidas as condições mínimas de prestar as últimas homenagens fúnebres, como testemunhamos no período pandêmico. O luto antecipatório, por vezes, é conhecido também como “luto não autorizado”, por ser vivido de modo oculto ou não ser reconhecido socialmente. Esse processo de “enlutamento” se caracteriza pela solidão e medo, além de sentimentos de desamparo e desesperança (Cf. BRAZ & FRANCO, 2017, p. 9-10)

No caso dos terapeutas, o que caracteriza o luto antecipatório é a convivência com uma ameaça de morte iminente, como Renata comentou em relação às preocupações da equipe do CAPS com a paciente que afinal cometeu suicídio. Atender semanalmente alguém que pratica automutilação, fala sobre ideias de morte ou em cometer suicídio é extremamente estressante, e se intensifica conforme as condições da rede de apoio do paciente se mostram menos estruturadas. Tipicamente associado aos profissionais da área da saúde, o luto não autorizado também se dá em função da falta de capacitação e de apoio institucional¹¹⁵ para

¹¹⁵ O relatório [COVID-19 Health Care Workers Study \(HEROES\)](#) mostra que entre 14,7% e 22% dos trabalhadores de saúde entrevistados em 2020 apresentaram sintomas que levaram à suspeita de um episódio depressivo, enquanto entre 5% e 15% dos trabalhadores disseram que pensaram em cometer suicídio. O estudo também mostra que, em alguns países, apenas cerca de um terço dos que disseram precisar de atendimento psicológico realmente o receberam. Foram realizadas entrevistas com 14.502 trabalhadores de saúde da Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Bolívia, Guatemala, México, Peru, Porto Rico, Venezuela e Uruguai, contando com a participação de acadêmicos e pesquisadores de dezenas de instituições desses países. O relatório destaca que é urgente desenvolver políticas específicas que permitam organizar ações para proteger a saúde mental desses trabalhadores. Nesse sentido, recomenda-se modificar o ambiente laboral e garantir condições de trabalho adequadas. Além disso, conceder remuneração digna, condições contratuais estáveis e criar espaços onde as equipes possam conversar, desabafar e praticar o autocuidado. Da mesma forma, o documento pede apoio aos trabalhadores de saúde para o cuidado de seus filhos e pessoas idosas sob seus cuidados, já que a maioria são mulheres e cuidadoras. Recomenda-se também colocar em prática as diretrizes para proteger a

lidar com a morte e o morrer, embora esses profissionais se confrontem cotidianamente com situações de morte iminente, seja a de pacientes ou a deles mesmos (Cf. OLIVEIRA et al. 2020, p. 08).

Diferentemente, os psicoterapeutas são fortemente incentivados a realizarem a psicoterapia pessoal, além de supervisão clínica, desde a graduação em psicologia, o que pode contribuir para lidar melhor com o risco ou a perda de pacientes por eventos ligados à morte – embora nem todos sigam esse preceito ético amplamente ratificado no campo da psicologia clínica. Entretanto, como vimos nos relatos das terapeutas que compartilharam suicídios de pacientes, a sobrecarga emocional nesta relação aumenta os níveis de estresse e cobra um alto preço, pois muitas vezes os terapeutas se sentem ameaçados, inclusive em sua integridade física, psíquica e profissional, diante da morte de um paciente por suicídio, quando familiares têm dificuldade de compreender os limites do terapeuta e da psicoterapia.

Na psicologia arquetípica, recorreremos à contribuição de Souza (2018) que propõe uma leitura e manejo dos processos da depressão e do luto a partir do potencial arquetípico das divindades míticas para pensar na elaboração das perdas. Segundo a autora, “(...) os mitos são um caminho seguro para a consciência se conectar ao inconsciente, pois quando a consciência mergulha no outro mundo, atinge a matriz, enriquece-se com a energia dos arquétipos e retorna potente.” (p. 145). Haveria, assim, estilos de luto associados a diferentes fantasias míticas consteladas a partir de temas arquetípicos, conforme propôs James Hillman, o autor que embasa a argumentação de Souza. Por exemplo, o luto de crono-Saturno comunica imagens e ideias regidas pela fantasia do pátrio-poder, e permitiria a “elaboração da perda do *status-quo*, o que contribuiria para a aceitação do processo de envelhecimento”; ao passo que o luto de Deméter permitiria a “elaboração da perda do mátrio-poder, da filha ou da própria juventude” (Cf. SOUZA, 2018, p. 149-173). Outros tipos de perda poderiam ser ilustrados por outras divindades, por exemplo, o luto de Coré-Perséfone, permite a “elaboração da perda da infância e o encontro consigo mesma”. O luto de Dioniso, por sua vez, permite a “elaboração da perda da imortalidade e aceitação de si mesmo com toda sua singularidade”. (Cf. SOUZA, 2018, p. 173-194). Por fim, o luto de Hades seria a expressão da aceitação da morte em seu caráter mais profundamente arquetípico e misterioso ou invisível, como o próprio nome desse deus indica, etimologicamente (SOUZA, 2018, p. 194)

saúde mental dos trabalhadores dos centros de saúde e tornar os serviços de saúde mental acessíveis a esses trabalhadores. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/13-1-2022-estudo-alerta-para-altos-niveis-depressao-e-pensamentos-suicidas-e-m-trabalhadores-da-saude-na-américa-latina-durante-a-pandemia>. Acesso em 10 jun. 2022.

A proposta da autora, de se olhar e cuidar do luto a partir dos estilos de consciência, encontra-se alicerçada na obra “Ficções que curam”, de James Hillman (2010). Nela, o autor propõe compreendermos a vida psíquica em termos ficcionais, no sentido de uma pluralidade de fantasias que permitem compor diferentes modos de sentir, pensar e agir no mundo.

Na presente discussão, interessa-nos especialmente o sentido simbólico do luto vivido na perspectiva arquetípica de Hades, uma vez que contribuiria para que o terapeuta enlutado pudesse elaborar seu luto admitindo o caráter mais misterioso da morte do paciente, diante da qual foi obrigado a se curvar, a despeito de todos os esforços empreendidos. Buscando conhecer as ficções que sustentavam sua relação com o paciente, poderia individuar o significado dessa perda à luz da inexorabilidade da presença de Hades, deus invisível e, no entanto, imbatível em suas manifestações. Por outro lado, se a ficção que ligava o terapeuta ao paciente encontrava-se arquetipicamente associada à necessidade e/ou prazer de oferecer cuidados maternos, terá de elaborar as dores advindas da impossibilidade de ser onipotentemente capaz de proteger o paciente de suas próprias forças destrutivas - ou de sua marcha consciente em direção à morte -, como faria idealmente uma boa mãe, inspirada em Deméter.

Para além da elaboração dos significados da perda relacionados aos sentimentos e fantasias associados às ficções que sustentavam sua relação com o paciente, o terapeuta terá, ainda, de elaborar o sentido dessa perda em sua individuação profissional, o que inevitavelmente o levará a ter de reforçar o cuidado de si das mais diferentes formas: da análise pessoal e supervisão, a possíveis trocas com outros profissionais que trabalhavam juntos, de modo interdisciplinar, na condução do caso. Havendo a possibilidade de diálogo com a família, tanto melhor, pois muito da culpa que assola o terapeuta diz respeito à relação que mantinha também com os familiares do paciente atendido, e pelos quais muitas vezes também se sentia responsável. Há, ainda, outras formas de cuidado conforme os interesses pessoais, culturais, espirituais e sociais do terapeuta, abrangendo atividades criativas e artísticas, religiosas, e até mesmo acadêmicas. Afinal, quem poderia discorrer e aprofundar melhor sobre o suicídio, em termos de uma elaboração teórica, senão aquele que conviveu e cuidou diretamente de pacientes que o cometeram, além de ter sentido na pele e na alma as dores dessa perda? Se optar pela via artística, como negar que a força inspiradora e transformadora das obras criadas por diversos artistas vem de suas experiências ligadas a Eros, mas também a Tânatos? De todo modo, o ponto nevrálgico na elaboração do luto do terapeuta é que será impossível negar tal atravessamento e as convocações que elas constelam

do ponto de vista de sua alma, de sua consciência ética e de sua individuação, em termos pessoais e profissionais.

Tendo finalizado a análise das categorias temáticas que compõem a parte III desta tese, no próximo capítulo voltaremos nosso olhar para o processo grupal, localizando alguns pontos de elaboração do grupo em relação aos objetivos e hipóteses da pesquisa.

7. UM OLHAR PARA O PROCESSO GRUPAL

A riqueza de imagens, ideias e afetos experimentados ao longo dos nossos encontros merece um espaço particular. Não só porque a contribuição dos terapeutas constituiu um dos pilares fundamentais para o acesso a informações que ensejaram a elaboração das questões propostas inicialmente nesta pesquisa, mas especialmente porque nesse processo visitamos aspectos subjetivos e objetivos que compõem a desafiadora experiência de lidar com o suicídio na clínica. Muitos foram os temas que emergiram dos encontros. Muitos foram os relatos de casos clínicos e de vivências pessoais e profissionais compartilhados. Olhando retrospectivamente, percebo que vários dos conceitos e questionamentos que surgiram principalmente na primeira etapa permaneceram como sementes que estavam sendo plantadas, e floresceram até nossa despedida, gerando alguns frutos que nosso grupo idealizou levar ao mundo futuramente. Resgatando a dinâmica do processo vivido nos dois momentos da pesquisa, destaquei alguns elementos que coloriram nossa experiência.

7.1 PREPARANDO O SOLO PARA RECEBER AS SEMENTES

Nos dois primeiros encontros, notei um movimento de criação do laço grupal, que foi se consolidando cada vez mais. Como costuma ocorrer em grupos “fechados”, nesse primeiro momento parece que foi sendo pactuado entre nós o que se constituiria como a principal tarefa, para além daquela que foi proposta por mim e aceita pelos terapeutas, conscientemente, a partir do convite para participar da pesquisa.

Logo no início, tivemos de lidar com uma mudança inesperada na configuração do grupo que levou à saída abrupta de Mariana e à chegada de Carmen, no segundo encontro. É comum nesse tipo de configuração um processo quase orgânico de readaptação diante de mudanças, a fim de adequar seu funcionamento do modo mais arrojado possível para garantir sua sobrevivência. Sentimos a partida de Mariana, pois já em sua apresentação percebemos a riqueza de sua experiência profissional ligada ao suicídio. A chegada de Carmen repercutiu, trazendo claramente contrapontos às tentativas de idealização que apareciam nas discussões. Se de um lado isso impulsionava as trocas, também gerava leves tensões, que iam sendo absorvidas e contribuía para um movimento de alargamento e aprofundamento no campo das ideias e de nossa capacidade de suportar e dialetizar com a diferença, personificada principalmente por esta colega no processo, mas não apenas por ela, já que a participação de Júlia também tinha essa característica.

Notei que a apresentação dos participantes por meio dos desenhos e narrativas de situações pessoais e profissionais associadas ao suicídio nos aproximou significativamente, compondo uma rede de acolhimento, escuta e cuidado nas trocas, particularmente pela presença de Renata e Mônica que compartilharam perdas de familiares pelo suicídio. A presença delas foi extremamente sensibilizadora para todos nós, pela riqueza dos detalhes partilhados. De maneira que, além das experiências profissionais partilhadas, as pessoais também ressoaram forte, propiciando maior integração e cuidado recíprocos, a presença de um eros que sustentou nossos laços do início ao fim.

Outro ponto que merece destaque diz respeito à dinâmica dos encontros. Principalmente nos três primeiros, notei que, mais próximo do final, quando já estávamos em vias de nos despedirmos, ocorria uma tentativa de os participantes estenderem o tempo, o que acabava postergando o encerramento e a separação. Isso se iniciava com um processo associativo que, em geral, remetia a personagens e temáticas de filmes ligados aos assuntos que haviam preponderado no encontro, além de menções às ideias de Hillman, ligadas a aspectos éticos mais angustiantes do manejo clínico. A princípio, interpretei essa recorrência como se o grupo, inconscientemente, precisasse de mais tempo para se despedir daquele espaço físico e psíquico. Com a sequência dos encontros e algumas manifestações explícitas dos colegas, entendi também que o desejo de permanecer juntos por mais tempo em cada encontro refletia uma demanda ou carência por um espaço grupal para elaboração dos temas emergentes, o que foi se confirmando a cada encontro, nos levando a estender a primeira etapa da pesquisa – que contava originalmente com apenas 4 encontros –, a pedido dos participantes. O mesmo desejo foi reiterado em nosso reencontro, um ano depois, desta vez com a proposição de manutenção do grupo, independentemente da pesquisa, como veremos adiante.

7.1.1 Primeira etapa: lambendo juntos a ferida

Estabelecido um espaço grupal seguro, no terceiro e no quarto encontros mergulhamos fundo em algumas questões ligadas ao manejo do suicídio propriamente dito. Compartilhamos experiências angustiantes e dolorosas, e debatemos possíveis encaminhamentos para problemas complexos que atravessavam nosso dia a dia como terapeutas, conforme apresentado na seção 6, tópico dedicado ao manejo do suicídio.

No quinto encontro, em especial, nos deparamos com uma florescência de nuances do problema com o qual nos envolvemos nesta pesquisa, e de como lidamos com ele. Para

apresentar essas nuances, optei por apresentar parte do conteúdo e dos desdobramentos desse encontro, que serviu como um ritual de elaboração e despedida para encerrar nossas reflexões na primeira etapa da pesquisa, a partir de uma pintura coletiva.

Esta atividade estava prevista desde o início da pesquisa, e havia sido anunciada no primeiro encontro, de maneira que abrimos e fechamos a primeira etapa com atividades expressivas. A principal diferença foi que no primeiro encontro privilegiei uma experiência individual dos terapeutas com a criação dos desenhos e foco na apresentação e integração grupal. Mas neste, propus a todos fazermos uma só criação, juntos. O suporte oferecido para a pintura era propositalmente extenso para permitir a livre expressão de todos os participantes, incluindo os assistentes de pesquisa¹¹⁶.

Cada um começou a pintar num espaço do papel, portanto, individualmente. Conforme as tintas iam se espalhando sobre o suporte, alcançavam os traços ou pinceladas esboçadas por outros colegas, e aos poucos, íamos todos compondo sobre e com o desenho do outro, a princípio timidamente, depois, de modo mais “ousado”. Esses gestos que interferiam na área pintada pelo colega, eram normalmente acompanhados por falas engraçadas, como se fossem pedidos prévios de autorização para ocupar o espaço ou convites indiretos para compor juntos naquela área. Por fim, algumas duplas de terapeutas criaram imagens sobre os esboços iniciais que haviam sido feitos individualmente, mas essas parcerias não se mantiveram fixas. Aos poucos, parecia haver uma dança dos corpos e das mãos com as tintas e o suporte. As duplas foram se alternando e as interferências aconteceram por toda extensão do papel, vindas de todos os lados. A atividade, que se iniciou mais silenciosa e tímida, ganhou volume e densidade sobre o suporte, além de despertar uma sonoridade no grupo pelas brincadeiras e associações verbalizadas, criando um clima lúdico no ambiente.

Após pintarmos juntos, estendemos a pintura sobre o chão no centro da sala, dispendo as cadeiras ao redor dela e formando um círculo, para contemplarmos as imagens que surgiram e falarmos de nossa experiência coletiva.

¹¹⁶ O suporte mede 3,30 m de comprimento x 0,95 m de largura. Tratava-se de papel de gramatura superior, poroso o suficiente para receber a tinta e suportar excessos de água, o que é próprio para a técnica de pintura com as aguadas, como o guache, oferecido ao grupo.



Figura 11: Pintura grupal (visão total)

Conversando sobre a pintura, numa espécie de associação coletiva livre, apareceram muitos significados que permitiram estabelecer paralelos entre algumas figuras e nossa experiência nesta primeira etapa. Mais do que analisar isoladamente cada um dos símbolos, o que repercutiu foi a pintura como um processo de aproximação e até de mistura anímica, assim como se deu com nossas ideias e emoções ao longo dos encontros.

Walmir e Carmen falam sobre a experiência compartilhada; ela diz que usou mais o preto do que as cores, *“por ser uma cor mais associada aos temas principais dos nossos encontros: suicídio, sombra, culpas”*. Walmir, que havia feito com ela uma dupla, faz uma analogia entre o processo de misturas de cores da pintura com as misturas e sobreposições de ideias e emoções: *“eu achei interessante essa coisa que você vem com uma ideia, mas a sua ideia é sobreposta, e as misturas e novas ideias surgem, por isso que eu falei de darmos continuidade desse espaço pra gente continuar a refletir e se acolher mais”*. Ela diz que agora é possível suportar um pouco mais o que não é *“bonitinho”* nos encontros e na vida: *“E, até pensando no desenho, na expressão... nem tudo é bonitinho, nem tudo é delimitado, nem tudo assim é clarinho... tem uns tons mais fortes, tem uns movimentos circulares, sinuosos, uns mais quadrados, tem uns labirintos”*. Ela complementa, falando das diferentes percepções quando olhamos para as imagens de outras perspectivas, e como isso é semelhante ao que acontece num encontro com um paciente, onde ainda que o terapeuta não viva o mesmo sofrimento que ele, pode tentar se colocar em seu lugar, olhar a vida daquela posição, e também convidá-lo a olhar de outras: *“eu acho que esse é o trabalho do terapeuta, mesmo que eu nunca tenha pensado em suicídio e tentado me matar, eu me coloco nesse lugar, também; eu vivo essa experiência e acho que é isso um pouco do que a gente expressou na pintura”*.

Nem todos os colegas optaram por falar sobre o próprio desenho, mas participaram ativamente do diálogo com as imagens. Havia um clima alegre, de confraternização, que era o principal objetivo da atividade, o que nos permitiu elaborar uma contemplação imaginal dos símbolos da pintura.

7.1.2 Contemplando o cenário, imaginalmente...

Observando a pintura à certa distância, notamos uma vivacidade de cores e movimentos que dão a impressão de um processo dinâmico, com subidas e descidas dos gestos que marcaram o papel de diferentes formas (com pincéis, buchas e as próprias mãos). As cores quentes predominam em toda a composição, transmitindo a potência da criação conjunta e da energia de todos nós. Há poucos espaços vazios, e ao observar a peça de diferentes perspectivas, é possível identificar visualmente três áreas ou cenas, mas elas não foram pintadas em nenhuma sequência progressiva, já que a ocupação do suporte ocorreu de modo aleatório, tendo diversos criadores pintado em simultâneo diferentes partes do papel.

Na parte mais centralizada, se olharmos invertidamente, vemos pintada uma “montanha verde” de onde explodem labaredas na cor laranja, imagem associada também a um vulcão. Ao lado da “montanha-vulcão” temos um par de rostos entristecidos. Essa área central encontra-se ladeada por outras duas: à esquerda, temos uma área maior com predominância das cores quentes e de uma grande serpente amarela. À direita, vemos duas formas explícitas, um coração vermelho e um palhaço.

Partindo da área central, vemos um conjunto de três plantas com três flores no rodapé do papel (foto 11), que se mantiveram destacadas e preservadas das cores ao redor. Elas estão plantadas num solo preto-esverdeado e a princípio compõem um detalhe bucólico, especialmente se olharmos para a forma que lembra um esboço de pássaro e se encontra “pousada” sobre a quarta e quinta flor da planta intermediária. Olhando mais detidamente, as hastes das plantas são retas e o conjunto de “flores” também remete a olhos atentos e vigilantes.



Figura 12: Pintura grupal (detalhe parte superior: formas ovais com sementes; detalhe rodapé: trio de flores)

Essa foi uma das primeiras composições a ocupar o espaço do papel. Primeiro, um duo de colegas se dedicou a elas, depois outros fizeram interferências, mas sempre tentando respeitar a simetria inicial um tanto rígida – o que diferiu em relação ao restante do processo, em que nos soltamos mais e houve um movimento progressivo que mostrava as mãos mais livres e a criação mais fluída e colorida. De certo modo, essa primeira composição parece refletir o ponto de partida de um processo de libertação que ocorreu corporal e emocionalmente, tanto na pintura como em nossas discussões.

Ainda na mesma foto (11) – ao alto e mais à esquerda – vemos duas grandes formas ovaladas pintadas em camadas coloridas, cheias de sementes, associadas a frutas ou óvulos. Uma delas tem em sua extensão uma serpente amarela que se estende até o centro (vista de perfil, com um olho marcado em preto), da mesma cor da serpente na área esquerda da pintura (localizada do lado externo). Os dois grandes “óvulos” com sementes estão posicionados em direções opostas, envoltos nas duas camadas externas com traços em tons escuros de azul e preto; eles se destacam como formações que parecem se complementar, guardando alguma tensão entre si. Há uma formação similar a esta menor, que também contém pontos ou sementes, – e antes foi percebida como um esboço de pássaro sobre a flor. Seria possível imaginarmos uma contraposição entre as “flores com hastes rígidas” e as “frutas-óvulos” com sementes, como receptáculos criativos do processo vivido no grupo? Se seguirmos essa associação livre, podemos imaginar que as “frutas-óvulos” permitiram relativizar a rigidez de algumas ideias e posições que tínhamos no início do processo? Por fim, poderíamos tomar essa imagem prospectivamente, como um movimento de expansão da experiência vivida no grupo, como se elas simbolizassem as sementes plantadas inicialmente, que floresceriam para além de nossos encontros, após terem sido fecundadas pelas serpentes?

Na próxima foto (12), vemos a “montanha-vulcão” nas cores verde e laranja, em erupção (pintada em oposição ao conjunto de flores), de onde partem chamas e traços pretos e cinza-azulados para o alto, indicando sinais de fumaça.



Figura 13: Pintura grupal (detalhe - montanha-vulcão; rostos azul e vermelho).

Na base dessa imagem há outra forma que parece uma montanha azul, menor e localizada visualmente à frente da montanha verde; no topo da pequena montanha azul, há uma mancha arredondada marrom, também associada a uma possível explosão. A forma azul emerge quase no centro de um movimento ondulado azulado na base do papel, e parece indicar o primeiro plano de um movimento ascendente, representado numa sequência visual em três níveis: montanha azul (1, baixo), montanha verde (2, intermediário), da qual explode o laranja e se espalha para os lados (3, alto).

Ao lado dessas “montanhas-vulcão”, temos duas expressões faciais, uma em azul, a outra, em vermelho. A azul tem riscos saindo por toda sua extensão, e na área interna outros traços indicando um rosto contorcido, com os olhos e a boca “chorosos” ou decepcionados – “grande sofrimento”, na interpretação dos colegas. A vermelha tem os olhos aparentemente fechados, mas a boca está aberta. Sua expressão se assemelha à da azul: seria o/a terapeuta alguém que permanece ao lado e “pode ficar triste também”. Nesta área central, temos uma preponderância de traços pretos, se compararmos com as duas áreas laterais da pintura. Esta cena parece sintetizar o sofrimento e as tensões ligadas aos temas principais do suicídio discutidos em nossos encontros: seria a dupla de expressões entristecidas uma amostra simbólica da identificação dos parceiros analíticos com a dor, a impotência e a angústia diante da iminência da explosão de um vulcão que pode queimar ou destruir tudo ao seu redor?

Dirigindo-nos agora à área esquerda da pintura, temos uma cena em tons predominantemente quentes: laranja, amarelo, vermelho. Há uma grande serpente amarela

descendo e delimitando com sua forma alongada e curvilínea uma área interior da pintura – num certo sentido caótica –, em relação à área exterior, única área do papel que permaneceu em branco.

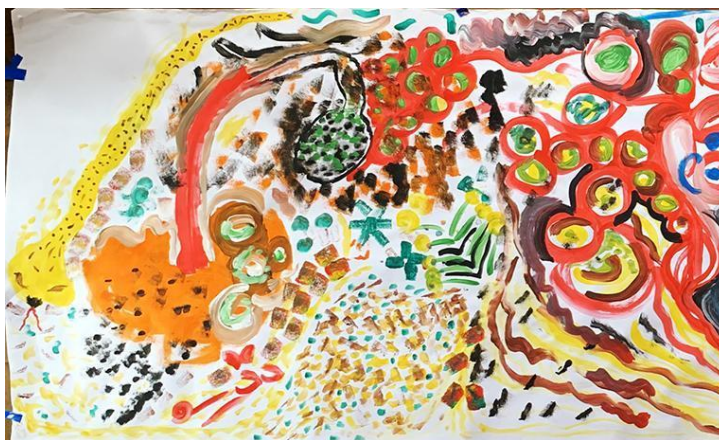


Figura 14: Pintura grupal (detalhe - a grande serpente amarela, à esquerda).

O processo de pintura da serpente partiu de pequenas marcas amarelas que já haviam aparecido em toda a base dessa área esquerda. Elas se espalham até o centro através de linhas compridas que “atravessam” quase todas as formas, dialogando visualmente inclusive com a serpente de perfil que comentamos – como se ela estivesse dando continência para todo o conteúdo do lado de dentro, guardando o lado de fora – mas sua substância amarela aparecesse imiscuída também internamente, iluminando algumas áreas no interior da pintura.

Agora, se invertermos a pintura, teremos a serpente na lateral direita, como se desta vez ela estivesse subindo margeando em direção ao céu.



Figura 15: Pintura grupal (detalhe - a grande serpente amarela, à direita).

Esse movimento imaginal sobre uma possível descida e consequente subida incita nossa fantasia, como se pudéssemos visualizar uma linha circular que indica uma força transformadora em ação que borbulha do lado de dentro enquanto guarda com seu corpo, simultaneamente, o lado de fora. Uma imagem dinâmica análoga ao processo de

transformação vivido pelo próprio grupo, tanto em relação às diferentes dimensões do tema suicídio ligadas à vida e à morte, como nas trocas internas, externas, conscientes, inconscientes, subjetivas-objetivas, individuais e coletivas... O relato de Fernanda, criadora da serpente amarela, ilustra essa possibilidade. Ela associou o animal à sombra do analista, tema frequente em nossas discussões, dizendo “*me ajudou muito a repensar algumas coisas que nem imaginava quando lidava com os casos de suicídio no consultório*”. Podemos associar esse símbolo também ao significado numinoso de uma revelação ou expulsão do paraíso que corrompeu a ingenuidade de sua posição inicial ao falar da relação que tinha com o suicídio. Se lembrarmos o sol que aparecia sorridente no lado direito do desenho desta terapeuta no primeiro encontro, podemos pensar que algo se movimentou simbolicamente na relação dela com a própria *persona* e com os pacientes que apareciam naquele desenho representados pelas lágrimas volumosas no lado esquerdo da composição. Antes, identificada com um sol grandioso, considerando o tamanho desta imagem em relação à proporção do espaço do papel usado. Agora, uma serpente, ainda iluminada, mas talvez indicando alguma troca de pele, se quisermos tomar apenas um dos traços mais básicos e simbólicos desse animal. Teria Fernanda conseguido desmistificar um pouco da inflação que compunha sua *persona* de terapeuta radiante, mas talvez excessivamente idealizada e controladora na relação com o tema suicídio? Considerando a repercussão psicológica ocorrida em grupos a partir de um cruzamento dinâmico do nível vertical (individual) e horizontal (coletiva) dos processos, podemos pensar que essa transformação diz respeito não só à experiência dessa colega, como de todos nós.

Contemplemos, agora, a foto 15:



Figura 16: Pintura grupal (detalhe coração; palhaço).

Desviando nosso olhar para a extrema-lateral direita, identificamos duas figuras que se destacam pelo tamanho e cores: um grande coração pintado em vermelho com destaque para o símbolo azul da psicologia (PSI, Ψ) em seu interior (foto 15). Acima desse coração, vemos na posição lateral uma expressão facial – também grande e muito colorida, que se encontra ligada a ele por um traço acinzentado em tom claro –, interpretada pelo grupo como um palhaço – ou seria o coringa?

Ele foi associado por vários colegas à morte, agora com um largo sorriso e toda colorida, como se tivéssemos criado uma conexão menos defensiva em nosso trabalho de terapeutas com esta personagem mítica, podendo inclusive “*zoar um pouco dela*”. Mas, como todo símbolo se encontra aberto a múltiplas leituras, penso que, estando próximo, porém invertido em relação à posição do “coração-psicológico”, essa dupla poderia ser entendida como expressão da polaridade que mais se destacou em nossos encontros. Ambos, um coração grande – que pode ser interpretado metaforicamente como um “grande coração” –, e o palhaço – com expressão alegre e ao mesmo tempo bizarra –, poderiam indicar em maior profundidade justamente o que mais tentamos desconstruir em relação à condição de terapeutas no manejo do suicídio? De um lado, nossa identificação com o ideal amoroso e salvacionista do curador ferido (um coração gigante); de outro, uma *persona* excessivamente positiva, que ao mesmo tempo parece uma máscara, com um sorriso estereotipado por trás da qual se escondem, sombriamente, medos, cobranças e culpas desconhecidas? Podemos, por exemplo, conectar essa imagem ao personagem Coringa, como um elemento perturbador e disruptivo que revela nossos medos de falhar, por um lado; e por outro, nossos impulsos raivosos, que devem ser reprimidos para sustentar a almejada *persona* idealizada e amorosa?

No rodapé da pintura, próximo ao coração, vemos decalcadas sobre o papel as marcas de duas mãos muito coloridas: símbolo geralmente associado ao impulso de reconhecimento e afirmação identitária, pertencimento a um grupo e/ou a um local, como vemos em antigas pinturas rupestres de diferentes partes do mundo. Em nossa pintura, indicariam algum tipo de apropriação do autor em relação aos temas e vivências, que de certo modo representa individualmente toda nossa construção coletiva? Em relação a essa hipótese, havia outras marcas que compunham o fundo e o entorno das principais imagens nas três áreas aqui destacadas. Incluindo uma terceira expressão facial que parecia um rosto mais sorridente, os olhos formados por dois círculos vermelhos, como vemos abaixo.



Figura 17: Pintura grupal (detalhe - rosto sorridente, centro).

Na parte interior temos duas manchas redondas e amarelas com a íris pintada em verde. Sobre essas manchas vemos duas sobrancelhas na cor marrom. O contorno do rosto também é vermelho, mas o queixo e a boca aparecem delineados em marrom. Acima dos olhos, um traço preto curvilíneo delimita a parte superior do rosto. Essa composição emerge de um conjunto de formas redondas com a mesma expressão plástica: círculos vermelhos, com outros na parte interior, compostos nas cores verde e amarelo. Contemplando-a após encerrados os encontros, associei à expressão da individuação emergindo a partir da elaboração grupal, e vice-versa: a força da elaboração grupal emergindo a partir da contribuição de cada um que participou desse processo.

7.1.3 Despedida provisória: um balanço da primeira etapa¹¹⁷

O momento postergado havia chegado. Então, começamos a refletir sobre todo o processo vivido desde o primeiro encontro, quando iniciamos o grupo. Sandra comenta que o acolhimento dos colegas durante o compartilhamento de casos ajudou a relativizar a onipotência e as expectativas que ela mesma tinha em relação à atuação profissional. Segundo ela “foi bom ter um espaço para falar especificamente do suicídio, *sem ter a ver com religião*”, esclarecendo que em outros espaços onde lida com o tema há preconceitos, quando

¹¹⁷ Conforme foi explicado anteriormente, as colegas Júlia e Sueli não puderam estar conosco neste encontro, que não estava originalmente programado.

aparecem aspectos mais raivosos dela como terapeuta em relação ao caso, *“como se eu tivesse que ser Deus e aguentar tudo sem reclamar de nada”*.

Fernanda comentou que sabia que o objetivo do grupo era de pesquisa, mas acabou se tornando um pouco parecido com um grupo terapêutico, porque cada um trouxe um pouco das próprias questões pessoais. Diz que, sem perceber, a dificuldade de um se aproximou da que era trazida pelo outro, e isso ajudou a rever as ideias que ela tinha em relação ao tema. Comentou sobre a ligação afetiva que percebeu ter com o grupo, a partir de um breve diálogo com a filha, ao sair de casa às sextas-feiras para vir aos encontros. Carmen concorda com ela, e fala brincando *“a gente fez um tricozinho aqui”* (risos). Walmir se junta às duas dizendo que sentiu uma troca muito positiva de afetos, comenta que não foi à toa que desenhou duas vezes um coração, no desenho do primeiro encontro e na pintura de hoje.

Sandra fala como era difícil encontrar um espaço para falar desse tema tão “espinhoso”. Comenta sobre a importância de ter tido um espaço para falar sobre a morte e sobre a vida, pois elas caminham juntas, mas, na prática, observa uma cisão na área médica e terapêutica quando precisam lidar com a morte, como se apenas a vida fizesse parte do trabalho do profissional da saúde. Diz que muitas vezes outros colegas comentam *“Ah! Não quero falar sobre isso, é muito forte, é muito pesado”*.

Carmen comenta que chega ao fim dessa primeira etapa concluindo que o suicídio ainda é um tema tabu. Em sua avaliação, por mais que todo mundo se depare com ele, a grande maioria dos colegas ainda trata do assunto na perspectiva de uma “fantasia de controle”. Avalia ainda que na psicologia há muita dificuldade de nos abirmos para relativizar nossa onipotência e nos vermos mais humanos, podendo olhar para nossas falhas. Comenta como foi importante estar no grupo, podendo estranhar a fala do outro e perceber modos diferentes de ver o problema e outros modos de lidar com ele. Sente que criou um novo repertório para pensar o manejo do suicídio, justamente pelo estranhamento. Associa isso com a experiência da pintura coletiva, dizendo *“estar no grupo foi como a gente ali pintando, né? Cada um foi atravessando o desenho do outro, cada um foi colocando cor e cada um foi fazendo de um jeito. Na vida é assim, no dia a dia é assim, nós não estamos isolados e separados, mas em relação o tempo todo”*. Walmir complementa essa ideia, dizendo que ocorreram misturas durante a pintura, cada um começou a pintar um desenho próprio, mas depois as cores foram se aproximando, se misturando, e *“isso foi o mais legal, fomos nos permitindo pintar juntos, misturar nossos desenhos e criar outros, juntos”*.

Carmen fala da surpresa diante da possibilidade de estar mais intimamente com os colegas, sem tantas resistências, dizendo estarmos simbolicamente *“nus – chorando, nos*

emocionando, podendo trocar coisas muito íntimas”. Sente que essa experiência a ajudou a se humanizar *“porque a clínica parece que tira a gente dessa condição humana e leva pro deus salvador, pro herói”*. Comenta como as experiências traumáticas trazidas por alguns colegas no grupo permitiram uma troca rica, ajudando a desconstruir fantasias de onipotência e criou um sentimento de intimidade, onde vários segredos vieram à tona: *“quando a Mônica falou do pai dela, quando a Renata contou da paciente que se suicidou e da história do irmão; acho que isso me sensibilizou muito a olhar para o suicídio de um jeito mais próximo e menos defensivo”*.

Fernanda finalizou dizendo que ia levando coisas de cada um de nós com ela, parecia tranquila com a separação: *“eu gostaria que não acabasse, mas a gente tem que lidar com o fim muitas vezes, a gente tem que lidar com o fim mesmo”*. Ela também se mostra emocionada, e podemos pensar que essa elaboração mais tranquila sobre o fim dos ciclos de vida poderia estar relacionada à doença da mãe, também compartilhada por ela em nossos encontros.

Renata faz seu depoimento de despedida: *“Eu saio muito feliz dos encontros, me sinto muito potente e acho que a expressão final (pintura) diz muito do que foram esses encontros: o que eu trouxe fica um pouquinho com cada um e eu tô levando um pouquinho de cada um comigo, também”*. Agradece, particularmente, pelas discussões terem levado a questionar o que parecia óbvio a respeito da psicologia, da medicalização, do suicídio, de sua prática como terapeuta: *“Mas não é tão simples, não é tão óbvio, e ter outro espaço pra refletir sobre a nossa prática – porque a supervisão é um espaço importante, mas eu acho que é pouco –, não sei se dá tempo de fazer na supervisão todas essas reflexões que a gente conseguiu fazer aqui”*.

Mônica diz que o grupo *“foi super-rico em termos pessoais, porque eu não tinha muito contato com isso”*. Diz que já depois dos primeiros encontros ficou mais interessada em ler sobre o tema, e mais ligada nas sugestões que apareciam no nosso grupo de *WhatsApp*, tornando-se mais ativa na busca de informações. Percebeu que os desenhos ajudaram muito para adentrar no tema, então foi muito importante ter o espaço grupal para as trocas, lamentando o encerramento: *“Putz! Que droga, vai acabar, né? e aí, me dá um pouco de vontade de chorar... Ah! Sei lá, me envolvi, né?”*.

Esta participante relacionou a experiência vivida na pesquisa com sua história pessoal. Nesse encontro comentou sobre uma música da banda Jota Quest¹¹⁸ que ouviu por acaso saindo de um dos encontros, e associou ao desenho que fez no primeiro dia, no qual aparecia um sol que para ela representava o seu pai. Sentiu que a música coincidiu com as coisas que vinham sendo mobilizadas e “*deu uma fechada em uma coisa que tava aberta*”. Admite que era como se esse “*pedaço da vida*” estivesse muito desconectado dela mesma, mas no grupo ele retornou, e talvez a experiência vivida conosco pudesse ajudar a lidar com o luto do suicídio do pai, pois aqui “*esse tema veio pra mais perto de mim*”. Ao falar, sua voz fica embargada e os olhos começam a lacrimejar, tentando acolher a emoção. Acompanhamos o relato de Mônica, também emocionados, e tentamos confortá-la nesse momento de despedida, que também refletia nossas emoções diante de sua experiência compartilhada em detalhes nos encontros anteriores a respeito do suicídio do pai e das repercussões ocorridas em sua vida tão precocemente a partir dessa experiência traumática.

7.2 REENCONTRO GRUPAL, UM ANO DEPOIS

Diferentemente dos encontros anteriores, este foi realizado na modalidade *online*. A essa altura, cerca de sete meses após o início da pandemia, todos nós já estávamos bastante habituados a nos comunicar por meio de aplicativos e telas, pois os atendimentos terapêuticos e outras tantas atividades da vida vinham sendo realizados por videoconferências. Desse modo, nos encontramos na data convenientemente aceita por todos, e como não poderia deixar de ser, o tema de abertura que se estendeu por quase toda a primeira hora foi a vivência da pandemia, seus desafios, impasses e possibilidades tanto na vida pessoal como profissional. Importante lembrarmos que os grupos *online* no primeiro ano da pandemia tornaram-se as formas possíveis de socialização e acolhimento entre todas as pessoas que se encontravam em estado de isolamento, uma vez que ainda não contávamos com vacinas. Ao nos reencontrarmos, foi, portanto, muito significativo o resgate afetivo da parceria vivida na primeira etapa da pesquisa, que parecia agora garantir apoio e sustentação nesse momento difícil que todos atravessávamos juntos, ainda que separados.

Porém, percebi um tempo mais prolongado em nossa interação quando começamos a falar especificamente sobre o suicídio, o que por um lado me pareceu indicar certo incômodo de falar sobre esse assunto de modo *online*, comparativamente ao modo fluído como a

¹¹⁸ J. QUEST. O Sol: “Ei, dor! Eu não te escuto mais, você não me leva a nada. Ei, medo! Eu não te escuto mais, você não me leva a nada. E se quiser saber pra onde eu vou, pra onde tenha Sol, é pra lá que eu vou.” Composição: Antônio Julio Nastácia. Disponível em: https://youtu.be/taopip6_KyE. Acesso em 8 nov. 2020.

comunicação verbal se dava nos encontros presenciais¹¹⁹. Naquela configuração, o grupo parecia mais dinâmico em relação à circulação dos diálogos. Agora, um ano após isso ter acontecido, e ainda vivendo essa experiência de modo não presencial, imaginei que esses fatores influenciaram no tempo de resposta em nossas conversas. Entendo que foi algo natural justamente pela mudança de enquadre, que certamente influenciava a experiência e o nível de intimidade em trocas vividas *online*, algo que foi inclusive discutido no encontro ao falarmos dos pacientes atendidos nessa modalidade. Ao longo do encontro, isso melhorou um pouco, mas ainda assim, o ritmo parece ter destoado do que já havíamos alcançado ao falarmos sobre o suicídio na primeira etapa da pesquisa, presencialmente.

Privilegiei iniciar o encontro passando a palavra aos colegas, para seguir o fluxo que se constelasse naturalmente, antes de nos dirigirmos aos objetivos pré-estabelecidos. Tivemos uma longa troca a respeito da experiência vivida na pandemia, e só depois abordamos a experiência vivida pelos colegas na pesquisa.

Walmir iniciou resgatando espontaneamente alguns temas discutidos nos encontros da primeira etapa. Falou principalmente das pressões sentidas como terapeuta quando se encontrava tomado pelo arquétipo do curador, que também nomeava como “salvador”. Mencionou o processo de formação profissional, dizendo “*agora dá pra perceber melhor o quanto nós somos realmente capturados no início da formação por esse furor assim, de que a gente tem que salvar o paciente*”. É interessante que ele faça uma relação do furor sanandis com a formação, pois essa associação aparecia de modo menos direto na primeira etapa da pesquisa. Naquele momento havia, ao contrário, certa naturalização de uma verve salvacionista na relação do terapeuta com o paciente em crise, sem refletir que isso poderia ser fruto de uma possível falta de espaço para o estudo e o debate sobre o manejo do suicídio na prática do psicólogo desde a graduação, ou dos psicoterapeutas e analistas nos cursos de especialização e de formação, respectivamente.

No final de seu depoimento, ele recorre à metáfora da escuridão para reconfigurar sua abordagem terapêutica, dizendo que “*Realmente, eu tenho sentido que mudou bastante a minha postura profissional no sentido de que eu não tenho que curar, não tenho que salvar ninguém; tenho que aguentar a dor da pessoa, ficar no escuro junto com ela e mostrar que eu tô lá pra ela, pra ajudá-la, acolhê-la*”. Confia mais na importância de cuidar do vínculo com o paciente, mostrando-se menos defensivo em relação a possíveis sentimentos de

¹¹⁹ Além disso, esse dado poderia indicar que o tema pandemia estava constelado com mais evidência no campo afetivo e relacional do grupo, devido ao ineditismo da experiência coletiva que estávamos vivendo de modo particularmente trágico e dramático no Brasil.

fracasso diante de tentativas de suicídio dos pacientes ou de cobranças de terceiros (familiares e outros). Walmir entendeu também que o manejo do suicídio não depende exclusivamente das intenções ou esforços do analista, mas inclui as condições psíquicas do paciente e das contingências de sua rede de apoio. Isso pareceu desconstruir uma fantasia onipotente observada em sua posição de terapeuta, apontando para uma perspectiva mais realista dos limites do trabalho a ser realizado.

Carmen também fala do desafio de se diferenciar da inflação para lidar com a escuta de pacientes que apresentam ideação e tentativas de suicídio, e como isso passou a impactar menos em termos de sofrimento. *“Foi importante ter participado com vocês, ter trocado, ter ouvido... ter sido atravessada por muitas coisas e poder fazer essa revisão e poder olhar de uma outra perspectiva pros casos a partir dos nossos encontros, foi fundamental pra eu sofrer menos.”*

Sueli participa desse diálogo, resgata algumas metáforas do texto de Hillman e traz sua análise sobre a participação no grupo:

Acho que a gente desmistificou um pouco essa questão, afinal, espera aí, ninguém tá aqui pra salvar ninguém; a gente tá junto, como no livro do Hillman, quando ele diz "o que a alma quer, quando nada quer?". Então, isso é uma coisa que foi permeando e a gente foi brincando muito com essa ideia inflada, né? É isso, estamos no vale, e é no vale que a alma se faz¹²⁰. Revisitei muito esse texto e me acalmei bastante.

Após ter acompanhado o fluxo de depoimentos pessoais dos terapeutas sobre os efeitos da participação no grupo de pesquisa em sua vida pessoal e prática profissional, compartilhei com eles algumas impressões sobre uma análise inicial feita a partir do material registrado em nossos encontros da primeira etapa. Seria uma oportunidade para dar um retorno sobre alguns temas e percepções, a fim de abrir espaço para que eles pudessem ouvir em primeira mão sobre os rumos da pesquisa, conversarmos a respeito. Comecei falando sobre a riqueza com a qual me deparei retornando aos registros e às partilhas em nossas trocas, de onde se constituiu uma grande intimidade. Destaquei alguns temas principais: os medos e inseguranças no manejo do suicídio, principalmente de crianças e adolescentes, os desafios sombrios para lidar com as questões familiares e com os psiquiatras, as questões relacionadas à tecnologia e sua influência negativa em alguns aspectos na educação e na saúde mental das gerações mais recentes, e, principalmente, nossa identificação maciça com o arquétipo do salvador e a conseqüente inflação psíquica decorrente dela.

¹²⁰ Referência ao texto “Picos e Vales” (Hillman, 1999).

Para ilustrar esse último tema, preponderante e central, rerepresentei os desenhos do primeiro encontro e comentei a repetição temática das lágrimas, do sol e da escuridão, os quais, associados a algumas falas, foram revelando pistas sobre uma fantasia e um ideal de conduta e performance ligados de modo idealizado ao arquétipo do curador e à persona do salvador, que muito condicionam a contratransferência em nossa prática clínica. Diferentemente, o “curador ferido” já não reflete a imagem de um salvador, pelo fato de o terapeuta ter experimentado algum contato com suas feridas. Justamente, o arquétipo do curador ferido é o que permite a saída da inflação heroica identificada na atitude do salvador, ou curador.

Fernanda não lembrava nem de seu desenho, nem de sua fala ao apresentá-lo, e reage de modo surpreendente, pedindo para apagar esse registro, pois já não pensava mais daquele modo. Explica que os encontros permitiram um novo olhar para aquilo que já sabia teoricamente – referindo-se às principais ideias do livro do Hillman. Diz que elas ganharam outra potência depois de serem integradas às experiências pessoais e profissionais nas discussões com os colegas, entendendo que a teoria se integrou à prática de uma forma nova, permitindo-lhe sentir-se mais segura. Então, avalia que o ideal seria que outro desenho fosse feito, justamente para registrar como eles se percebem e pensam as questões anteriores, agora revistas¹²¹.

Alguns colegas se manifestaram nesse momento, entre eles Walmir, Sandra, Sueli e Carmen, convidando Fernanda a ver a importância de aceitarmos as primeiras reflexões que apareceram no início de nossos encontros, até para entendermos o que mudou agora. Carmen, particularmente, refletiu sobre como nossa condição de terapeuta é construída, permitindo uma transformação constante, mas isso depende de novas aprendizagens.

Concordei com eles, os primeiros desenhos podiam ser vistos como uma fotografia de um estado inicial desse processo de reflexões, e voltei a enfatizar o sigilo em relação à identidade deles, aos desenhos e outras manifestações. Busquei, junto dos colegas, valorizar a fala de Fernanda e seu desenho, explicando que poderiam servir para outros colegas que viessem a se identificar e se perceber naquelas emoções e ideias, futuramente. Isso permitiria um certo conforto e possíveis reflexões para rever crenças e atitudes como terapeutas, como se pudessem dizer: *"Nossa, eu também me sinto assim, eu também me sinto sofrendo e*

¹²¹ Respondi a ela e aos demais colegas que se quisessem fazer outro desenho e me enviar seriam bem-vindos, porém isso não ocorreu. Lembrei-os também que enviaria o conteúdo da pré-análise que estava sendo compartilhada para que eles pudessem ler e avaliar possíveis cortes no texto ou imagens. Entretanto, não houve pedido de cortes por parte de nenhum participante quando o arquivo foi enviado por e-mail, posteriormente a este encontro.

preocupado desse jeito com um paciente, mas dá prá ser de outro jeito, também. Não preciso salvar todo mundo!".

Refletindo sobre esse episódio, recorro a uma discussão feita por Jung sobre uma possível contaminação psíquica no campo transferencial, quando o terapeuta se identifica com o sofrimento apresentado por seus pacientes. Talvez possamos relacionar a reação de Fernanda, quando faz uma autocrítica excessiva a ponto de desejar se livrar do desenho e da fala inicial, com os sentimentos e ações típicos de pacientes que apresentam ideações e tentativas de suicídio. Lembremos que esses pacientes podem se mostrar extremamente críticos e rígidos diante de situações em que se julgam e condenam excessivamente, atacando-se mental e fisicamente o próprio corpo. A partir de nosso acolhimento, Fernanda se acalmou e aceitou manter inteiros os elementos que incomodavam sua consciência egoica, sem ter de destruí-los, concretamente. Seu novo olhar poderia ilustrar o que nós terapeutas desejamos no atendimento desses pacientes: que também possam rever seus pontos de vista, reimaginar os significados de seus conflitos e sofrimentos, e quem sabe se reconectar com a vida com outra percepção a respeito dos possíveis erros, fracassos e dificuldades que os teriam levado a pensar em desistir e morrer, ou se atacar concretamente.

Renata redireciona a conversa no grupo, dizendo que observou uma mudança no modo como se relacionava com médicos, principalmente no CAPS. Ela fala como passou a ter mais consciência de que vivia numa *"espécie de subserviência aos médicos, como se a gente tivesse que ir por esse caminho, ser guiado por esse olhar médico, pra sentir que tá fazendo a coisa certa"*. A terapeuta também menciona uma aproximação maior com as ideias de Hillman, quando este autor fala da necessidade de nós, psicólogos, nos apropriarmos mais de uma perspectiva psicológica.

Mônica também redireciona as reflexões no grupo, abrindo espaço para abordar um significado mais pessoal de participação nos encontros. Fala de uma crise de ansiedade que teve após o último encontro, quando encerramos a primeira etapa da pesquisa, no ano anterior, relacionada com nossa separação: *"Depois de alguns dias, eu entendi que era um rompimento de um lugar que eu tinha gostado de estar, não queria me separar"*¹²². Resgata como se interessou em participar inicialmente da pesquisa e como se sentiu acolhida no grupo. Falou que também se identificava com a fala de Walmir de ter de ser a salvadora do paciente, fazendo uma associação direta com o sentimento que tinha em relação ao suicídio

¹²² Comenta que me procurou na ocasião, mas por uma série de impedimentos não pôde me encontrar nos horários por mim oferecidos.

de seu pai, como se tivesse que ter salvado ele. Diz que ao longo dos encontros elaborou essa questão admitindo finalmente que "a pessoa tem direito a morrer".

Relata que não recebeu mais casos que envolviam o tema suicídio naquele momento, e que isso foi bom, pois percebeu e admitiu que não se encontrava bem para atender esse tipo de caso. Reitera: "*Foi uma vivência assim, de matar essa história de ser a salvadora, de poder entrar no escuro, como o Walmir tá falando, mas de uma forma menos medrosa*". Para ela, foi importante ter um espaço protegido onde pudesse falar de sua vivência como filha de um pai suicida, e das consequências dessa experiência, incluindo o estigma comunitário e o segredo familiar que paira sobre essa morte. Entendemos como esse fato interdito em sua família influenciou sua visão sobre o manejo do suicídio como terapeuta, e porque isso a perturbou após a separação do grupo, permitindo, por outro lado, ressignificar o ideal salvacionista.

Mônica encerra reafirmando a importância de ter participado do grupo, por ter um espaço "*muito restaurador, onde consegui me despir dessa história de ter que salvar. [...] por mais que eu achasse que o paciente tinha o direito de morrer, lá no fundo, pensava que eu precisava salvar...*". O termo "restaura-DOR" fala da experiência vivida que lhe permitiu integrar parte dos sofrimentos pelo suicídio do pai, além de ter contribuído para sentir-se mais segura como terapeuta, já que também "*me restaurou numa outra posição, para [poder] sentar na cadeira e ouvir um caso assim*".

Como Mônica, Renata faz uma ligação mais direta e pessoal do desejo de salvar pacientes com o suicídio do irmão: "*Naquele nosso primeiro encontro eu percebi o quanto esse tema ainda me mobiliza coisas. Percebi em mim que esse complexo de salvador tava muito ligado ao meu irmão, também. Cada paciente que eu não salvo remexe nessa ferida de não ter salvado o meu irmão*". Relaciona essa questão com várias situações de sua vida profissional e também de estudante, falando de um TCC recente sobre suicídio, que teve grande dificuldade para finalizar. Admite que sua escuta para esses casos na clínica sempre estará relacionada ao suicídio do irmão, causando alguma "contaminação" contra-transferencial, mostrando sua preocupação ética no manejo desses casos.

Por fim, passou a falar com as irmãs da interdição que pairava sobre a morte do irmão: "*Depois daquele nosso encontro eu tive um almoço com minhas irmãs e falei: vocês perceberam que a gente não fala no nome do nosso irmão? A gente não fala dele, ele não é convidado. A gente fala muito da minha mãe, a gente relembra meu pai, que também já não está mais aqui, mas dele? Coloca-se uma pedra. Não, não podemos falar do suicídio dele, por quê?*".

Tentamos acolher a dor de Renata e falamos como a vivência dela e de Mônica certamente as colocavam numa posição diferente da nossa nas discussões, além de ter significado muito para nós a oportunidade de experienciar os relatos trazidos por elas nos nossos encontros. Demos a essas colegas espaço e tempo para compartilharem suas experiências, emoções e reflexões, especialmente porque sentíamos que era necessário, dadas as condições emocionais de ambas, que também nos contagiaram.

Ao idealizar o método, cogitei não incluir pessoas com vivências pessoais ligadas ao suicídio, mas fico feliz por ter revisto esse critério. À época, eu imaginava justamente ter de separar o máximo possível o caráter mais objetivo da pesquisa, evitando nuances terapêuticas ou riscos de desvio do foco do grupo em relação às questões que buscava investigar. Também me preocupava mobilizar complexos afetivos que produzissem sofrimento intenso em tais participantes. Ao final, tenho de admitir que isto se configurou uma ideia exageradamente tola em termos de uma suposta necessidade de separação dessas características num processo grupal onde o tema certamente invocaria já muito de nossa subjetividade e complexos. Ademais, a riqueza das experiências pessoais compartilhadas pelas colegas contribuiu significativamente para sensibilizar nosso olhar em relação aos familiares enlutados por suicídio.

Além disso, justamente pelo fato de o grupo ter se constituído nos moldes de uma pesquisa-ação – e em consonância com a proposta dos grupos vivenciais na perspectiva junguiana –, servia com muita propriedade ao acolhimento terapêutico dessas colegas, oferecendo a elas um espaço protegido para produzir novos significados para suas experiências traumáticas, compartilhadas conosco. Nossa vivência diluiu qualquer fantasia de separação radical entre as experiências pessoais e profissionais ligadas ao tema. Afinal, todos ali éramos terapeutas e pessoas, todos ali estávamos nos despindo, como disse Carmen, de modo que não havia motivo para evitar temáticas pessoais. Além disso, a experiência compartilhada permitia que nossos aspectos subjetivos – tão intimamente ligados no campo transferencial –, fossem integrados no campo psíquico grupal, contribuindo para melhor elaborarmos as questões propostas em relação aos medos, culpas e tentativas de ressignificar nosso papel de terapeutas no manejo do suicídio. Em consonância com essas reflexões, encerro com uma mensagem de Júlia, que não pôde estar conosco neste encontro, mas enviou suas palavras poéticas:

O barulho e a desordem entre vida e morte organizam o pedaço que nos cabe na colmeia da passarada. Mas o que o desejo da morte pode "simbolar"? Presença de vida ou sono de paz? Experimentar sem ver ou escutar sem voz? Findar os cinco sentidos ou perceber vida no sangue que jorra do braço

cortado? E que lugar cabe a nós, quando escutamos e somos chamados? Manejar é artesanal: pede almas, muitas vezes embaralhadas com sons mudos e silêncios estrondosos. Se cada história é uma história, se inclinar junto no parapeito da vida é o curso do rio. E não foi o que fizemos em grupo, no corpo que compôs essa canção? Não é o que realizamos com o trigo nosso de cada dia? (Júlia, 6.º encontro).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No meio do caminho desta tese aconteceu a pandemia, o que provocou grandes transformações no seu processo de elaboração e execução, como não poderia deixar de acontecer. Isolados como estávamos, a distância física da universidade pesou. O que me ajudava a permanecer conectada à pesquisa – além das reuniões mensais *online* com meu orientador e colegas do grupo –, era o contato com um mundo de imagens que me visitavam durante o dia, em inquietações angustiadas sobre as ameaças que a pandemia representava para a vida de todos nós e do planeta, além de preocupações relativas ao atendimento dos pacientes; e à noite, nos sonhos que me visitavam. Destaco um deles: eu iria ministrar uma palestra num simpósio ou congresso junguiano. Por um momento, o local parecia também estar recepcionando uma festa numa casa encantadora. Era noite e havia muita agitação no lugar. Estou acompanhada de alguns amigos. Enquanto permanecemos do lado de fora, como se fosse num quintal cheio de plantas tropicais, situado na parte de baixo do terreno onde está a casa, sou atraída para o jardim, onde vejo um abacaxi em formato retangular, porém, surpreendentemente, sem a coroa espinhosa. Sua casca estava bem amarela, indicando que o fruto estava muito maduro. A visão me faz salivar. Surge o dono da casa, que corta a fruta da árvore com uma faca e oferece para eu levar comigo. Há outras plantas e frutos muito maduros e visualmente sedutores, os quais também posso saborear. O sonho tem uma sequência onde me vejo sem meu computador e ansiosa por não ter como imprimir a palestra que teria de fazer. Um amigo me tranquiliza dizendo que deve haver um computador ali para que eu imprima o que preparei. Neste momento, tenho uma rápida sensação de não estar pronta, me sinto uma impostora por não ter trazido o texto. Questiono se o que eu havia preparado era consistente, e concluo comigo mesma que provavelmente não. Agora me vejo no lugar da apresentação e me preocupo em ir ao banheiro, pergunto a uma funcionária do local se havia algum disponível na casa onde estava acontecendo essa festa. Ela responde prontamente que não.

A despeito de muitos significados que o sonho tenha em termos mais íntimos e pessoais, eu o compartilho porque parece falar algo sobre meu percurso na realização dessa tese: é inevitável pensar que o fato de ter esquecido meu texto para a palestra anunciada no sonho fala de uma interdição internalizada a tal ponto que, em minha imaginação, não seria condizente com o esperado naquele simpósio festivo. E, claro, fala também de um complexo de inferioridade constelado imediatamente por esse tema, possivelmente relacionado ao tabu do suicídio. Não importa quantos textos já tenha lido ou escrito sobre o tema, ou as palestras

realizadas nos últimos anos, e mesmo que já tenha tido uma boa experiência na qualificação deste trabalho. O fato é que ao longo dos anos de sua elaboração ressoava uma proibição de tocar nesse tabu, refletida em dúvidas sobre a relevância de minha contribuição diante de um assunto tão denso, tão tenso – como se eu estivesse ultrapassando um limite e não devesse falar publicamente sobre ele.

No sonho, a negatividade aparece quando tenho de lidar com o fato de que não havia um banheiro na parte da casa em que me encontrava para fazer a referida palestra para a qual não havia imprimido o texto. Ah! Quantos significados pode ter um banheiro em sonhos! Acordei com a sensação de que buscava um refúgio para esconder meu sentimento de inferioridade, talvez não confiasse que naquele encontro havia espaço suficiente para acolher minhas vergonhas e insuficiências. Minha angústia é imensa no sonho, pois sinto que estou em meio a muitas pessoas, mas com o peso de um sentimento de inadequação, de não ter em mãos o que preciso para falar sobre o tema que escolhi. Mas é claro que escolhemos muito pouco das coisas que sentimos e fazemos, para desespero e angústia de nosso pobre ego.

O mais fecundo insight do sonho foi perceber que não posso esperar que os eventos e espaços onde se fala sobre o suicídio sejam festivos. Terei de me assumir como Cassandra e falar coisas que não são esperadas, nem agradáveis, coisas que produzem até mesmo associações angustiantes e sofridas, correndo o risco de ser desacreditada como acontecia com esta personagem mítica. Percebi, entretanto, que o sonho me autorizava, finalmente, a assumir publicamente o interesse por um tema mórbido e ao mesmo tempo fascinante, que talvez não atrairia as pessoas, tampouco produziria consensos. Ainda que significativo e profundamente complexo, o tabu que o interdita sempre se faz presente, e isso se refletiu em minha própria experiência de pesquisadora, produzindo muita angústia e procrastinação, desânimo e sabotagens, antes de ser reassumido como um desafio que valia a pena, reconectando-me com o desejo original que havia me movido inicialmente a apresentar o projeto de pesquisa. Quando isso aconteceu redescobri o prazer de me embrenhar nos textos que havia lido, nas anotações e imagens que emergiram dos encontros do grupo de psicoterapeutas, e principalmente, na necessidade marcial de me entregar à imersão no processo da escrita do trabalho, dando-lhe a materialidade necessária.

Enfim, chegamos até aqui, e se compartilho em tom confessional parte desse processo é para trazer um pouco de seus bastidores, admitindo que apesar da entrega formal do trabalho, sinto que ele se encontra longe de finalizado, no sentido de estar pronto – ainda que guarde alguma semelhança com o abacaxi maduro do sonho, pelo menos em certos aspectos. Embora lembre o aforismo "descascar um abacaxi", que carrega o peso negativo de um

problema renegado, de difícil resolução –, essa fruta era símbolo de riqueza e hospitalidade, tendo sido cobiçada por reis europeus no início do século XVI, devido ao sabor adocicado e a dificuldade de ser obtida, o que reafirma o valor arquetípico da imagem no sonho.

Assim, a maior riqueza da tese dialoga com a potência metafórica dessa imagem: tentando “descascar” um problema, encontramos possibilidades de interlocução e propostas para individuar nossa relação com o suicídio em outros termos, relativamente menos idealizados ou rígidos, ainda que tratados de maneira não menos rigorosa. Considerando o **objetivo principal** dessa tese, uma das questões identificadas e amadurecidas junto ao grupo é a necessidade de inaugurar espaços para o estudo e acolhimento de terapeutas que lidam com temáticas ligadas ao suicídio, **confirmando a primeira hipótese do trabalho**, pois foi observada falta de fundamentação teórica específica para esse manejo clínico, ainda orientado por parâmetros gerais da psicoterapia junguiana. O seu caráter *sui generis* exige aprofundamentos éticos e metodológicos: há necessidade de diferenciar o manejo conforme o momento de constelação das fantasias de morte, ideação suicida e tentativas de suicídio. Além disso, a identificação da intensidade do sofrimento e da gravidade das condições subjetivas do paciente precisa ser articulada com as condições da rede de apoio, influenciando significativamente os tipos de intervenção que o terapeuta pode operar nas situações críticas ou fora delas.

Nos encontros do grupo, nos deparamos com dilemas do manejo de um fenômeno extremamente desafiador que escancarava as nossas fragilidades pessoais e profissionais. Tornamo-nos mais conscientes de idealizações associadas à *persona* do “bom terapeuta” ou do “terapeuta amoroso”, que em parte refletia o tabu do suicídio em nossa formação em psicologia e psicoterapia junguiana. Descobrimos, por trás dessa máscara, que havia traços de narcisismo ferido que nos impedem de perceber limitações e acolher nossas dores, medos e inseguranças.

Nos dilemas da interdisciplinaridade, admitimos tensões e rivalidades na relação com psiquiatras com os quais somos necessariamente levados a trabalhar em parceria para o melhor interesse de nossos pacientes. Também confessamos nossas dificuldades de tolerar as cobranças, resistências e abandonos de familiares dos pacientes, com os quais precisamos lidar e em muitos casos orientar em momentos de crise, a fim de estabelecer uma rede de apoio o mais ampla possível. Julgamentos, críticas e ataques contra-transferenciais dos terapeutas do grupo aos familiares revelaram uma forte identificação inconsciente com os pacientes atendidos – prejudicando a formação da rede de apoio para o tratamento, considerando que a família continua sendo a primeira célula de referência para a

comunicação do terapeuta no processo, sobretudo nos casos que envolvem crianças, adolescentes e jovens com ideação e/ou tentativas de suicídio.

Em relação à identidade profissional, foi possível perceber no processo grupal o amadurecimento de uma fantasia heroica: em geral, o grupo partia de uma posição idealizada para a abordagem sobre o manejo do suicídio, intensamente identificados com a persona do terapeuta-salvador, o que parecia indicar também alguma relação inconsciente com o imperativo do discurso médico de tentar controlar e salvar a vida biológica do paciente. Gradualmente, porém, surgiam confissões, cobranças, inseguranças, medos e culpas que indicavam um sentimento de angústia, compartilhado por todos nós, até que se constituía uma nova elaboração teórica e prática para as dificuldades percebidas no trabalho terapêutico. Outros recursos para lidar com a impotência e o próprio sofrimento iam surgindo, como se o processo de acolhimento e pertencimento propiciados pelo grupo permitisse suportar os pontos mais densos e angustiantes decorrentes de uma desidentificação com a imagem onipotente que todos fazíamos de nós mesmos, em alguma medida. Esses aspectos estavam lá, mas pareciam sombrios; com a segurança do espaço grupal podiam vir à tona e serem acomodados, enfraquecendo cobranças infladas e ansiedades que alimentavam a atitude defensiva diante do medo da morte e do fracasso ante o risco de suicídio do paciente.

Normalmente, isso ocorria a partir da integração das ideias de James Hillman sobre a necessidade de admitir as especificidades do significado arquetípico e não apenas objetivo das situações ligadas ao suicídio, principalmente o risco de morte literal. Essa integração relativizava o ideal salvacionista e evocava imagens do curador ferido, permitindo a expressão de tensões envolvidas nesse manejo, de modo que os terapeutas podiam tolerar e assumir um pouco mais alguns limites.

Entretanto, a apropriação das ideias de Hillman se resumia ao argumento central de “Suicídio e Alma”, relacionado ao possível significado do suicídio em conexão com os sentidos simbólicos da individuação do paciente, e à necessidade de se diferenciar a prática analítica de outros discursos (legal, religioso e médico), que propõem a prevenção do suicídio visando o controle de riscos e a manutenção da vida a qualquer preço.

Nesse sentido, cabe apontar a importância de uma maior apropriação de outras obras desse autor citadas na seção 3, que podem referenciar uma abordagem clínica do suicídio na perspectiva arquetípica: patologizar ou imaginar coisas, personificar ou desintegrar-se, psicologizar ou enxergar através, desumanizar ou cultivar a alma; verbos que permitem ir ao encontro das ficções que constelam as fantasias, ideações e tentativas de suicídio, compõem

algumas referências teóricas que se encontram não só em “Suicídio e Alma”, mas também em “Ficções que curam” (2010), “O mito da análise” (1984) e “Re-vendo a psicologia” (2010).

Elenco abaixo algumas questões relacionadas à referida falta de apropriação das demais obras do autor, que contribuiriam para o aperfeiçoamento de uma abordagem imaginal ao suicídio.

1. Por que nós, terapeutas junguianos que propomos uma análise voltada ao aprofundamento simbólico, não nos apropriamos mais e melhor da proposta feita por James Hillman para abordar e conduzir o manejo de casos que envolvem a temática do suicídio, já que todos os terapeutas do grupo citaram com alguma frequência o argumento central de "Suicídio e Alma"? Essa questão é semelhante à falta de integração das referências clínicas de Nise da Silveira pelos terapeutas, como veremos adiante.
2. Por que as ideias de Hillman mais diretamente ligadas ao manejo clínico que aparecem em outros livros de sua obra parecem invisíveis, apesar de a psicologia arquetípica ter uma presença significativa no campo junguiano brasileiro, inclusive com núcleos de estudos nas duas principais instituições de formação de analistas ligadas à IAAP e outros coletivos do campo junguiano, situados em São Paulo e em outros locais do país?
3. Por fim, admitindo que a questão do suicídio toca em tabus e fragilidades não só pessoais, mas também relacionadas à nossa formação profissional, haveria relação entre a constelação intensa da imagem do salvador na contratransferência com a própria angústia e desamparo decorrentes – não só da gravidade desses casos –, mas também da falta de ações e espaços voltados tanto ao acolhimento, como ao aperfeiçoamento profissional dos terapeutas que lidam com casos de suicídio? Estaríamos inconscientemente reféns da máxima “casa de ferreiro, espeto de pau?”.

A **segunda hipótese** desta tese também foi parcialmente confirmada, pois, a despeito de os terapeutas apresentarem uma visão crítica da medicalização, preponderou certa animosidade na avaliação dos conflitos vividos na interdisciplinaridade com psiquiatras. Transparece pouco conhecimento teórico a respeito dos efeitos adversos de processos prolongados de medicação dos pacientes, que se tornam dessa forma medicalizados; tal conhecimento serviria para lidar com essa tensão prospectivamente e de modo mais seguro por parte do terapeuta, indicando novamente influências do tabu do suicídio no percurso educacional, que se reflete em certa fragilidade na formação e aperfeiçoamento teórico-clínico nas parcerias interdisciplinares.

Possivelmente em decorrência dessa falta, a questão da patologização e medicalização da vida atravessou grande parte dos encontros, ocupando um amplo espaço nesta tese; apareceu interligada a várias outras – notadamente na descrição de casos clínicos onde os terapeutas observaram intensa medicalização dos pacientes, e em conflitos interdisciplinares. Predomina certa tensão e sentimento de frustração na comunicação com psiquiatras, diagnosticados pelos terapeutas com um suposto “complexo de superioridade, gerando sentimentos competitivos e raivosos frente à frustração experimentada pela dificuldade de se sentirem respeitados e incluídos efetivamente num diálogo interdisciplinar. Por outro lado, as discussões indicavam certo complexo de inferioridade dos terapeutas, revelando insegurança e desconhecimento – o que possivelmente retroalimenta essa situação –, gerando ressentimento e sentimentos de invisibilidade; isso leva os terapeutas a se sentirem desvalorizados pelos médicos. Entretanto, há pouco reconhecimento de que para se colocarem de modo mais horizontal nessa discussão e troca interdisciplinar, seria necessária alguma dedicação aos estudos específicos do campo da neuropsicologia e farmacologia que fundamentam atualmente o desenvolvimento de pesquisas psiquiátricas, inclusive para os terapeutas conseguirem questionar alguns excessos do discurso bioquímico, usado majoritariamente pela psiquiatria para validar a prescrição excessiva e por longos períodos de medicações na atualidade. Do mesmo modo, faltam conhecimentos a respeito de outras iniciativas institucionais que desvinculam o tratamento do sofrimento psíquico exclusivamente por vias medicamentosas, como a iniciativa adotada pelo sistema de saúde público finlandês “diálogo aberto”, descrita na seção 6.5.3 desta tese.

Nesse sentido, para além dos cursos que já existem na área da saúde mental dedicados à neuropsicologia e farmacologia, caberia sugerir aos institutos junguianos a oferta de mais cursos transdisciplinares aos terapeutas, de modo que possam conhecer outros modos de pensar o suicídio em suas bases culturais, antropológicas, políticas e sociais para ampliar sua compreensão e formas de lidar com o fenômeno de um modo melhor alinhado aos pressupostos da psicologia arquetípica. Esse conhecimento transdisciplinar deve ser complementado com o debate de outras questões sombrias do discurso médico institucionalizado – que tenta justificar a predominância da teoria bioquímica e a consequente indicação de psicofármacos como solução quase exclusiva para suas manifestações –, a fim de manter intocado o modelo médico-centrado que domina a saúde mental no Brasil. Conhecer mais a fundo resultados de pesquisas que relativizam a suposta eficácia generalizada de medicações antidepressivas quando comparadas ao efeito placebo; os modos como tais pesquisas são realizadas – por exemplo, tempo de duração dos estudos clínicos,

claramente distintos dos longos períodos de utilização de medicações psiquiátricas, além da falta de pesquisas sobre a superposição de diversas drogas –, questões que **não** são trazidas a público pela indústria farmacêutica ou pela APA e outras associações de psiquiatria, além de aparecerem pouco na grande mídia. Conhecer o modo como se dá o processo de seleção e publicação de estudos científicos que pode incorrer em certa seletividade daqueles mais alinhados ao discurso hegemônico da psiquiatria biológica e da medicalização – questão problematizada na seção 1.6.

O processo de se informar mais e melhor a respeito dos meandros das pesquisas psiquiátricas e de aprovação de novas drogas, em conjunto com conhecimentos transdisciplinares e com a apropriação de referências teóricas junguianas e pós-junguianas, pode ampliar a percepção da complexidade do suicídio como fenômeno multifatorial, e incrementar o repertório teórico, técnico e ético dos terapeutas – o que os fortaleceria para valorizar e integrar suas práticas ao lidar com a temática suicida na interdisciplinaridade, alcançando maior horizontalidade na comunicação com psiquiatras e outros profissionais. Dito de outro modo, ao invés de se prender a críticas quase leigas à prática psiquiátrica contemporânea, como foi observado no grupo – ainda que muitas dessas críticas sejam razoáveis e se originem também de determinados grupos médicos e pesquisadores –, podemos ocupar espaço no contexto interdisciplinar aprendendo um pouco mais sobre os dialetos falados pelo outro – o psiquiatra, a indústria farmacêutica, os processos envolvidos na aprovação e publicação de pesquisas de novas drogas, as políticas da APA, do DSM, da CID, etc.

Assim, podemos estabelecer outro nível de interlocução, com argumentos mais bem fundamentados, apresentando nossos pontos de vista dialeticamente no encontro com esses vários outros recursos, saberes e poderes, conscientes também de nossas projeções sombrias. Atacar ou criticar os médicos fala não só da sombra institucional da medicina, mas em certa medida também do nosso despreparo para tirar o melhor da interdisciplinaridade; isso revela o calcanhar de Aquiles da tendência à especialização no campo científico, questão discutida nesta tese na seção 6.5.4, a partir de um diálogo com as ideias do autor Hilton Japiassu; em termos particulares, revela nossa falta de abertura e de investimento em termos institucionais para contribuir com os terapeutas na ampliação dos estudos para além daqueles estritos ao campo da psicologia junguiana. Temos de sair de nossa zona de conforto e construir as bases para o manejo do suicídio, indo em busca de referências próprias à compreensão multifatorial dessa problemática, independente de quão seguros possamos nos sentir a respeito do preparo teórico para a prática da psicoterapia. Isso é muito, por um lado, e pouco, por outro.

Aqui, resgatamos a importância histórica, teórica e clínica do legado da Dra. Nise da Silveira. Sua contribuição pioneira nos serve como exemplo de criatividade, ousadia e rigor ao se colocar à frente dos métodos de controle de mentes e corpos usados pela psiquiatria no século passado. O “Mundo Nise”, expressão cunhada pelo antropólogo e pesquisador Magaldi (2019), foi marcado por uma “mania de liberdade” – não só na relação com preceitos científicos da época, já regidos pelo biopoder, mas especialmente por sua tentativa de integrar a liberdade a um tratamento humanizado –, inspirado em seus encontros com artistas, filósofos, poetas, atores e cineastas, além de psiquiatras – como, aliás, o fez o próprio Jung.

Nise foi lembrada em nossas discussões principalmente pelas duas terapeutas do grupo que trabalhavam em CAPS - elas também eram arteterapeutas -, mas não pelas colegas que trabalhavam em outras instituições de cuidados da criança e do adolescente, nem pelos demais terapeutas, o que faz pensar no importante legado da antipsiquiatria que ainda reverbera nas políticas públicas voltadas aos centros de atenção psicossocial, apesar de tantos ataques sofridos nos últimos anos, principalmente no último governo federal. O uso de recursos expressivos na psicoterapia foi mencionado no grupo, mas ainda parece haver pouca integração de tais recursos na prática profissional, que permanece muito identificada com o *setting* pautado na comunicação verbal entre paciente e terapeuta, com exceção dos terapeutas que incluem o jogo de areia na psicoterapia.

Temos a experiência clínica de uma psiquiatra junguiana brasileira que fez da inclusão da prática artística no cuidado terapêutico a força de um método criativo e ampliado, enfrentando a preponderância dos tratamentos medicamentosos e autoritários de sua época, dispensados aos pacientes psiquiátricos. A iniciativa de Nise pode inspirar e contribuir para que todos nós, terapeutas junguianos, possamos garantir uma escuta que efetivamente sustente um lugar para a alma, o “ver através” proposto por Hillman, e a valorização dos sentidos ou da falta de sentidos da vida para o sujeito, numa perspectiva que integre o fator psíquico à compreensão limitada que restringe o sofrimento da alma ao olhar exclusivamente bioquímico, interpretado cada vez mais como decorrência de alterações neuroquímicas e reduzido a transtornos de personalidade ou doenças mentais.

O mesmo vale para nossa escuta para a morte e para o suicídio. O que diria Nise diante de nossas práticas atualmente na abordagem ao suicídio quando orientadas pela supervalorização da medicalização, principalmente de crianças e adolescentes? Resgatando uma das questões apresentadas na introdução desta tese: *“E nós, psicoterapeutas junguianos que recebemos cada vez com mais frequência pacientes precocemente medicados em nossos consultórios, com esse sofrimento? Como ouvir e nos relacionar com os apelos de angústia e*

de dor que falam de certa insuportabilidade de existir tão precocemente, entre outras coisas, sem atropelar ou negligenciar as necessidades do adolescente nessa situação tão dramática para todos?”.

Para conviver com todas as tensões consteladas por esses questionamentos, precisamos reconhecer criticamente o modo como a psicologia e a psicoterapia tem sido comumente capturadas por narrativas orientadas ou alinhadas ao discurso neoliberal, sob o risco de continuar reproduzindo um erro histórico que a manteve como prática utilitária desde sua inserção no Brasil. Se a graduação caminha a passos largos em direção a uma psicologia do cérebro, cabe-nos alinhá-la com outros saberes como a antropologia, a filosofia, as ciências sociais, a arte e a psicanálise, entre outras – um dos pontos de interlocução de Jung, ainda que não o primeiro nem o mais definitivo, se considerarmos os interesses transdisciplinares que marcam sua visão científica para a cultura e a psicoterapia.

Com essas reflexões, fica clara a importância de se rever a formação do psicólogo e do psicoterapeuta junguiano, incluindo o tema do suicídio nos estudos sobre a morte, desde a graduação em psicologia até a pós-graduação (aprimoramento, especialização *latu sensu*), e de formação de psicoterapeutas e analistas junguianos. Essa questão ficou evidenciada ao longo dos nossos encontros quando refletimos sobre os desafios constelados por temas associados à morte, como o luto, comportamentos autodestrutivos e principalmente o suicídio. Nosso ponto de partida para refletir sobre essa questão resgatou o tabu da morte na cultura, que certamente atravessa todas as instituições, reverberando inclusive e paradoxalmente em áreas ligadas aos cuidados e ao desenvolvimento humano, como educação e saúde, conforme alertado pioneiramente por Kovács (1989).

Vivenciamos e testemunhamos situações nas quais, sem perceber, nos vemos submersos nesse tabu. Mas trabalhamos a favor da alma, que pressupõe um diálogo com a morte e com a sombra. E a sombra pode encobrir de preconceitos e julgamentos certos temas humanos e culturais ligados à morte e à sexualidade, ao aborto, ao suicídio, ao homicídio, ao racismo, a questões de gênero, etc. Daí a importância fundamental de integrar ao nosso olhar excessivamente treinado para a análise individualizada dos pacientes, outras influências socioculturais, políticas e econômicas que compõem o tecido social e interferem na vida do indivíduo, em termos mais complexos, psicossomáticos, psicossociais e psicopolíticos. Não nos tornaremos cientistas sociais ou filósofos, mas podemos integrar essas perspectivas em nosso olhar para efetivamente termos uma abordagem transdisciplinar em nossas práticas – clínica ou institucional –; e oferecer essa visão ampliada e multifacetada ao campo psi, no melhor espírito arquetípico-junguiano.

Quanto ao desafio da prevenção ao suicídio, ainda somos bastante influenciados pelos discursos médico e religioso – que na maior parte das vezes têm um cunho moralista, dedicado ao controle dos corpos, da alma e do espírito. Somos treinados e até pressionados a salvar – seja numa perspectiva moralista (a alma), ou biológica (o corpo) –, essa é uma faceta muito presente em nossa formação, deixando pouco espaço para uma reflexão ética sobre nossa posição como terapeutas frente ao suicídio e outros temas polêmicos e angustiantes. Sabemos, entretanto, que qualquer moralismo corrompe uma escuta psicológica, já que a alma é profunda e amplamente imoral. No caso do suicídio, precisamos rever urgentemente esse tabu, se queremos caminhar para a prevenção e o cuidado terapêutico de modo ético, oferecendo uma escuta livre de preconceitos aos que sofrem e chegam aos nossos consultórios e nos equipamentos de saúde pública. Prevenção não deveria ser confundida com prevenicionismo, que indica uma atitude sombriamente defensiva, sustentada em moralismo e preconceitos, mas entendida e praticada como abertura para estados nos quais a alma vagueia pelo reino imaginal visitando seus fantasmas ou sendo capturada por eles. E quem dirá que não poderia voltar de lá renovada, renascida, transformada? Ou "apenas" um pouco mais calejada para suportar os infortúnios do mundo e da própria existência?

Lembremos que uma das metas do relatório “*Preventing suicide: a global imperative*”, divulgado pela OMS em 2014 e proposto aos países que se engajaram em planos nacionais de prevenção ao suicídio, é o treinamento e educação que visa “manter programas de treinamento para trabalhadores de saúde, educadores, policiais”. Considerando que o Brasil infelizmente manteve uma posição ambígua em relação ao objetivo principal desse programa – ainda que tenha assumido compromisso de reduzir 10% das taxas de suicídio no país até 2030 –, entendo que a conscientização dos terapeutas do grupo sobre falhas durante a graduação, especialização e formação para abordar situações ligadas ao suicídio foi mais um dos frutos dessa pesquisa-ação.

Entretanto, esse problema não deveria ser tratado como um desafio a ser resolvido particularmente por cada terapeuta, pois diz respeito à responsabilidade social da educação em todos os níveis, o que requer uma necessária mobilização das instituições de psicologia – em especial dos institutos e associações junguianas –, de modo a incluir os referidos temas na graduação e formação de psicólogos e terapeutas. Há vários núcleos de estudos e pesquisas ligados à tanatologia em universidades brasileiras¹²³, com os quais se poderia estabelecer

¹²³ Laboratório de estudos sobre o luto (LEM/USP); Laboratório de Estudos sobre o Luto (LELU-PUCSP); Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas em Perdas e Luto (NIPPEL – Escola de Enfermagem da USP); Laboratório de Estudos do Luto e Saúde (LAELS – Universidade Federal do Pará); Laboratório de Tanatologia e Psiquiatria na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tanatologia (NEPT –

parcerias para troca e integração de conhecimentos que poderiam ser disponibilizados aos analistas e terapeutas junguianos em ações coletivas, como simpósios, debates, encontros, etc. Sendo uma via de mão dupla, os terapeutas junguianos contribuiriam para ampliar a abordagem ao suicídio levando as premissas arquetípicas e a integração das técnicas expressivas para o manejo do sofrimento em diferentes contextos, individuais e/ou coletivos.

Os institutos que oferecem especialização, em particular, têm uma responsabilidade ainda maior, se considerarmos que grande parte dos psicoterapeutas junguianos se colocam no mercado profissional por meio dos certificados outorgados por essas instituições (reconhecidas pelo MEC). Comparativamente, o número de analistas que saem de institutos de formação é expressivamente menor que os certificados pelos institutos de especialização no campo junguiano. Os cursos de especialização e de formação têm programas, tempo de duração, objetivos e critérios de seleção distintos, que se refletem em custos discrepantes quando comparados. Algo que merece ser revisto, uma vez que quanto mais espaço houver para inclusão de profissionais interessados numa formação mais consistente – não necessariamente mais cara –, mais sólida poderá ser a formação dos profissionais e melhor a qualidade do atendimento psicoterapêutico oferecido aos pacientes que chegam aos terapeutas junguianos. Em tempos de pandemia, ainda que relativamente controlada, e tendo passado por um período longo de isolamento social que já reflete prejuízos na saúde mental de pessoas de todas as idades, os estudos sobre a morte e o morrer (tanatologia) e sobre a bioética compõem um campo de teorizações e recursos que oferecem ao psicólogo a possibilidade de se familiarizar com temas que promovem angústias, conflitos e sentimentos ambíguos com os quais o profissional terá de lidar para se preparar e ajudar mais adequadamente as pessoas em sofrimento que chegarão até ele, em diferentes áreas de atuação. Portanto, se não tiver acesso a esse estudo e preparo na universidade ou nos institutos de formação, ele fica sujeito a cair refém de sofrimento e de adoecimentos como ansiedade, depressão, elevando riscos de estresse ou *burnout*, tanto quanto seus pacientes, reafirmando a importância da responsabilização das instituições na promoção desta iniciativa.

UFRJ); Laboratório de Estudos em Tanatologia e Humanização das Práticas em Saúde (LETHS – Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Desde que decretou o suicídio como um problema de saúde pública, a OMS criou uma série de materiais educativos e iniciativas voltadas à prevenção e à pósvenção, oferecendo cursos e manuais disponíveis em sua página na internet, com destaque para o “Manual para profissionais da saúde em atenção primária” (OMS, 2000), e o programa “Live Life” (OMS, 2021). No Brasil, diversos institutos e instituições federais, estaduais e particulares vêm oferecendo cursos *online*, a exemplo do programa A.P.O.I.A.R., oferecido pelo Instituto Vita Alere; “Curso de Prevenção do suicídio *online*”, oferecido pela Fiocruz em 2020, Curso “Prevenção do Suicídio”, oferecido pela UNIVERSUS (Ministério da Saúde), em 2021. (Cf. SCAVACINI, 2022, p.293).

Ainda na primeira etapa dessa pesquisa foi ganhando corpo uma proposta de acolhimento, escuta e elaboração coletiva que poderia ser estendida a outros colegas, para além desta pesquisa ou de minha coordenação. Seria um espaço diferenciado da supervisão, onde normalmente o foco é a discussão de um caso em seus detalhes e na orientação de como o terapeuta pode agir em relação às dificuldades encontradas. Ainda que se acolha e aborde também as emoções e aspectos subjetivos do terapeuta nesse espaço, a supervisão está normalmente voltada a nos ajudar a refletir sobre diferentes casos, nossas respostas contra-transferenciais e meios para dar andamento à condução dos processos que esbarram em limites subjetivos e objetivos. Possivelmente, um grupo de acolhimento ao terapeuta e estudos sobre o suicídio permitiria ressignificar o sentido dado ao termo “manejo”, que pode dar a impressão de busca de controle, ser ativo, dirigir. Inversamente, observando as trocas dos terapeutas, é possível perceber que o grande desafio é justamente abrir espaço para acolher as temáticas do suicídio de modo um pouco mais lunar, num certo sentido, quase passivo em algumas circunstâncias onde o medo ou outros sentimentos contra-transferenciais roubam a cena, e nos levam a agir de modo defensivo ou inflacionado. Para sustentar tal posição, torna-se fundamental o aprofundamento teórico nos estudos do suicídio e temas afins em perspectiva transdisciplinar, não apenas clínica.

O desafio de lidar com pacientes que flertam e quase “vão para a cama” com a morte pode ser entendido como um rito iniciático do próprio psicoterapeuta, se ele suportar ser guiado pela alma na escuridão. Mais do que o domínio de alguma técnica, abrir espaço para se encontrar com as personagens arquetípicas que povoam fantasias e ideações ou tentativas de morte por suicídio no campo contra-transferencial convoca uma integração maior da imaginação a outros recursos que sem dúvida também são imprescindíveis, como o estudo teórico, participação em debates ligados ao tema, etc. O que nos leva a outro apontamento importante, observado a partir da escassez de textos e pesquisas junguianas ou arquetípicas sobre o tema. Há quase duas décadas propus essa discussão a respeito da distância dos junguianos da produção acadêmica (OLIVEIRA, 2006b). O autor pós-junguiano David Tacey também problematizou essa questão, conforme referido naquela palestra. Situação que infelizmente permanece, apesar de ter crescido a participação de professores junguianos em cursos de graduação em psicologia que resistem e contribuem nos poucos espaços da academia abertos às contribuições de nosso campo.

Quanto à prevenção e pós-venção, vimos a riqueza nas propostas dos terapeutas do grupo, cumprindo um dos objetivos dessa pesquisa-ação: contribuir para a emergência de soluções para um problema social ou profissional de um determinado grupo, ou categoria de

pessoas, indicando a potência de grupos de acolhimento e discussão, que por si só produzem reflexões e ações para o cuidado e a prevenção.

Foram sugeridas ações grupais terapêuticas e psicoeducativas com uso de recursos expressivos, voltadas ao cuidado em saúde mental dos profissionais da psicologia, da educação e claro, da população, como medidas de prevenção ao suicídio – projeto que também poderia ser estruturado junto aos institutos de psicologia junguiana e de formação dos analistas, além de tantos outros coletivos que proliferam nesse campo no Brasil. Tais ações poderiam ocorrer independente e complementarmente às campanhas de saúde pública em diversos espaços públicos e coletivos, o que integraria esses profissionais aos esforços já empreendidos pelos equipamentos de saúde pública na prevenção e pósvenção ao suicídio, produzindo efeitos positivos para ambas as partes ao longo de todo o ano, não apenas durante a campanha "Setembro Amarelo". Um deles seria relativizar o isolamento institucional da psicologia analítica em relação ao campo mais ampliado da saúde mental, problema apresentado na introdução desta tese. Além disso, essa integração fomentaria a produção teórica junguiana em termos de análise de problemas sociais no cenário acadêmico brasileiro, articulando mais ativamente um diálogo com a universidade, para sair do reduto que ocupa, restringida principalmente ao campo da psicoterapia oferecida em consultórios particulares, o que a mantém afastada também dos desafios da realidade social mais ampliada do nosso contexto sociopolítico e cultural.

Para além do que foi possível pesquisar, elaborar e propor nesta tese, alguns aspectos merecem desdobramentos futuros, ampliando a pesquisa sobre a compreensão e o manejo do suicídio – agora entre crianças –, considerando que as faixas etárias mais precoces do desenvolvimento são as que apresentam maior crescimento epidemiológico desse fenômeno nas últimas duas décadas. A psicologia junguiana é pouco reconhecida quando se pensa em psicoterapia infantil, mas poderia se apropriar mais das referências de autores pós-junguianos para a realização de pesquisas sobre suas práticas já instituídas no campo da psicologia clínica. Com isso, inauguraria interlocuções com profissionais dos espaços escolares, participando mais efetivamente de processos interdisciplinares de prevenção e cuidado das crianças.

Outros estudos poderiam ser dirigidos exclusivamente aos desafios do relacionamento com os familiares dos pacientes de diferentes idades que apresentam ideação e tentativas de suicídio, ou que sofrem o luto antecipatório de seus filhos, pois na relação com os familiares também sobram desafios e tensões em termos co-transferenciais, pelos quais os terapeutas precisam se responsabilizar e agir, coerentes com princípios éticos e psicológicos, reforçados

pela necessidade de se submeter à análise pessoal e à supervisão; considerando-se a necessidade de o terapeuta conhecer e discriminar seus impulsos sombrios de raiva e poder, carências afetivas e narcísicas. Faltam, também, pesquisas junguianas sobre o luto do terapeuta que acompanha pacientes que cometem suicídio – tema apresentado, mas pouco aprofundado nesta tese, devido aos limites estabelecidos pelos seus objetivos para a realização da pesquisa.

Por fim, futuras pesquisas sobre o manejo do suicídio poderiam ampliar a amostra de profissionais junguianos, incluindo psicoterapeutas de outras regiões do país, a fim de produzir estudos comparativos e trocas de informações que podem incrementar o desenvolvimento de recursos teóricos, técnicos e éticos para abordar o suicídio, visto que atualmente é possível recorrer à modalidade *online* para coleta de dados e outras intervenções, individualmente ou em grupo. Uma troca inter-regional também contribuiria para integrar melhor a psicologia analítica institucionalmente pelo país, uma vez que suas produções acadêmicas, clínicas e culturais ainda permanecem concentradas no eixo Rio-São Paulo. Porém, os terapeutas permanecem isolados em relação à riqueza da produção da prática profissional de colegas de outros estados, envolvidos com temas e problemas sociais e clínicos distintos, conforme as diferentes populações atendidas.

Na psicologia arquetípica temos em toda argumentação de Hillman uma metáfora descentralizada para pensarmos a psique, abertura imaginal da alma em múltiplos caminhos de apresentação poética. Podemos dizer que o “cultivo da alma”, como uma abertura ou devir que se realiza de modo descentralizado, busca e, ao mesmo tempo, revela-se rizomaticamente em novos significados e possibilidades de repercussões imprevisíveis. Espero que as discussões e propostas desta tese possam se espriar lúdica e imaginalmente, por todos os lados, alcançando horizontes mais amplos e descentralizados, a partir de onde ela se iniciou: a preocupação em oferecer uma abordagem sincera e engajada no problema do suicídio de nossos adolescentes e jovens.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. M.; FIGEL, F. C.; CAMPESE, M.; SILVA, M. Z. da. Prescription of Psychotropic Drugs in Primary Health Care in the context of the Covid-19 Pandemic. In: *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 4, p. e19911420210, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.20210. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20210>. Acesso em 18 jan. 2023.

ALMEIDA, F. A. *Suicídio e medicalização da vida: reflexões a partir de Foucault*. Curitiba, Ed. CRV, 2021.

ALONSO, T. C. F. *Avaliação do uso de medicamento psicotrópico por pacientes de uma Unidade Básica de Saúde de um município de pequeno porte do Estado de São Paulo*. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>. Acesso em 20 dez. 2022.

ASHER, J. Thirteen reasons why. Disponível em: <https://www.netflix.com/br/title/80117470>. Acesso em 9 jul. 2018.

AVANCI, R. C.; PEDRAO, L. J.; COSTA JUNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. In: *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 58, n. 5, p. 535-539, Oct. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2019.

ATLAS DA VIOLÊNCIA 2019. Org.: Instituto de pesquisa econômica aplicada IPEA, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo, 2019. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784. Acesso em: 25 nov 2019.

BARBAGLI, M. *O Suicídio no Ocidente e no Oriente*. Petrópolis, Vozes, 2019.

BARBIER, R. *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985.

BARRETO, M.H. *Símbolo e sabedoria prática: C. G. Jung e o mal-estar da modernidade*. Tese (Doutorado). Departamento de Filosofia da FAFISH, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ARBZ-7JKLUK/1/tese_marco_helena.pdf. Acesso em 18 out 2020.

BAUMAN, Z. *A modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BBC NEWS BRASIL. Brasil é 2º em ranking de países que passam mais tempo em redes sociais Portal Época Negócios. Globo.com. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/Tecnologia/noticia/2019/09/brasil-e-2-em-ranking-de-paises-que-passam-mais-tempo-em-redes-sociais.html>. Acesso em: 10 out. 2019.

BBC NEWS BRASIL. O que é a Síndrome da Resignação, a misteriosa doença que só ocorre na Suécia. 27/10/2017. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-41761272>. Acesso em 30 out. 2019.

BECK, U. *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, 2006.

BECK, U., BECK-GERNSHEIM, E. *Individualization: institutionalized individualism and its social and political consequences*. London, SAGE Publications, 2002.

_____. *O caos totalmente normal do amor*. Petrópolis, Vozes, 2017.

BENJAMIN, W. *Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura* (1934). Tradução: Sergio Paulo Rouanet. 7ª. Edição. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Obras escolhidas, v.1)

BERGMAN, I. *O Sétimo selo*. Suécia, 1957.

BETTO, F. *Aldeia do silêncio*. Rio de Janeiro: Rocco, 2013.

BIRMAN, J. Tatuando o desamparo. In: CARDOSO, M.R. (Org.). *Adolescentes*. São Paulo, Ed. Escuta, 2011.

_____. *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 2019.

BORGES, P. R. *O declínio dos ritos de passagem e suas consequências para os jovens nas sociedades contemporâneas*. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo – Faculdade de Educação (FEUSP), 2013.

BOTEGA, N. et al. *Prevenção do comportamento suicida*. In: PSICO. v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/25531805.pdf>. Acesso em 18 out. 2019.

BOTEGA, N. J. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre, Ed. Artmed, 2015.

BRAGA, L.; DELL'AGLIO, D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. In: *Contextos Clínicos*, vol. 6, n. 1 (2013). Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/3592>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRANDÃO JUNIOR, CANAVÊZ, F. O corpo na contemporaneidade: notas preliminares sobre a prática de autolesão em adolescentes. In: *Analytica Revista de Psicanálise*, v. 7, n. 13 (2018). Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/3341/2105>. Acesso em: 25 out. 2019.

BRANDÃO, J. S. *Mitologia Grega*. V. 1. Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 2009.

_____. *Mitologia Grega*. V. 2. Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Novos dados reforçam a importância da prevenção ao suicídio*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 1 jul. 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. In: *BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 15*, Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 50, jul. 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. In: *BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 33*, Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 52, set. 2021. Disponível em: file:///Users/kkedu/Downloads/Boletim_epidemiologico_SVS_33_final.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Suicídio em adolescentes no Brasil, 2016 a 2021. In: *BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 37*, Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 53, set. 2022. Disponível em: <file:///Users/kkedu/Downloads/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20Vol.53%20N%C2%BA37.pdf>. Acesso em 15 set. 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em 18 jan. 2023.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. (2017). Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), p. 90-105. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001702016>. Acesso em 10 jul. 2022.

BURGE, M.; LESTER, D. (2000). Manic-Depressiveness and Jungian Dimensions of Personality. In: *Psychological Reports*, 87(2), p. 596–596. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.87.2.596> Acesso em 20 jan. 2023.

CARDOSO, M. R. (Org.). *Adolescentes*. São Paulo, Ed. Escuta, 2011.

CASOY, R. *Poranduba: roda de histórias indígenas*. Editora NAU: 2009.

CASSORLA, R. M. S. O impacto dos atos suicidas no médico e na equipe de saúde. In: _____. (Org.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas-SP: Papyrus, 1991. p. 149-165.

_____. *Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais – uma introdução*. São Paulo: Blucher, 2017. 112p.

CID – *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=s469_WXryq4C&printsec=frontcover&dq=CID&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjz_sO55dDjAhV-JLkGHUxRBSMO6AEIKTAA#v=onepage&q=CID&f=false. Acesso em 20 mai. 2019.

CINTRA, E. M. U. Adolescência prolongada. In: CARDOSO, M. R. (Org.). *Adolescentes*. São Paulo, Ed. Escuta, 2011.

CIPRIANI et al. *Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis*. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2932802-7>. Acesso em 20 abr. 2022.

CONTRERA, M. S. *Impactos persistentes da cultura de massas na comunicação: a crise da empatia e o rebaixamento cognitivo*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/interc/a/vSQ6ytkhzNsLwcbVvNkBfd/#>. Acesso em 10 dez. 2022.

CONTRERA, M. S.; TORRES, L. (2022). *Imagem e consciência*. Disponível em: <https://proceedings.science/compos/compos-2022/trabalhos/imagem-e-consciencia?lang=pt-br>. Acesso em 10 dez. 2022.

COSTA, J.F. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1984.

_____. *Narcisismo em tempos sombrios*. In: FERNANDES, H. R. (Org.). *Tempo do Desejo*. São Paulo, Brasiliense, 1988.

DSM 5 – *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=OL4rDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT13&dq=manual+dsm+psiquiatria&ots=nQ3FsGBdJS&sig=R3ykFErxzPEQCICo2-DbN1JQMec#v=onepage&q=manual%20dsm%20psiquiatria&f=false>. Acesso em 1 jul. 2019.

DURKHEIM, E. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: EDIPRO, 2014.

ECA completa 29 anos neste sábado. Disponível em <http://www.justica.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=2986&tit=ECA-completa-29-anos-neste-sabado>. Acesso em 12 jul. 2019.

EDINGER, E. *Ego e arquétipo*. São Paulo, Cultrix, 1995.

ELIADE, M. *Ritos de Iniciação e Sociedades Secretas*. Tradução de Isabel Debot. Lisboa (Portugal), Ed. ÉSQUILO edições e multimídia, ltda., 2004.

EMMERICK, R. Secularização e Dessecularização na Sociedade Contemporânea: Uma relação dialética. In: *SINAIS – Revista Eletrônica. Ciências Sociais*. Vitória: CCHN, UFES, Edição n.07, v.1, junho. 2010. pp. 04-19. Disponível em: file:///Users/kkedu/Downloads/clarksondiniz,+07_01_rulian.pdf. Acesso em 19 jan. 2023.

ESTARQUE, M. *Suicídio de adolescentes avança, e casos recentes mobilizam escolas de SP*. Portal Folha de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/04/suicidio-de-adolescentes-avanca-e-casos-recentes-mobilizam-escolas-de-sp.shtml>. Acesso em: 26 abr. 2018.

FERNANDES, R. R. *Abismos narcísicos: a psicodinâmica do amadurecimento e da individuação*. Curitiba, Ed. Appris, 2017.

FERNANDES, S. Antidepressivos têm benefícios significativos só em parte dos pacientes, aponta estudo. In: *Folha de São Paulo*, 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/08/antidepressivos-tem-beneficios-significativos-so-em-parte-dos-pacientes-aponta-estudo.shtml>. Acesso em: 18 ago. 2022.

FERRAZZA et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. In: *Paidéia* set-dez. 2010, Vol. 20, No. 47. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/rBKkcPdYXZ5nTJMXB4FSBCy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 27 jan. 2023.

FIGUEIREDO, L. C. Saindo da adolescência. In: CARDOSO, M.R. (Org.). *Adolescentes*. São Paulo, Ed. Escuta, 2011.

FLORENCE, A. C. A abordagem Open Dialogue: história, princípios e evidências. In: *Rev. Polis Psique*, vol.8 no.1 Porto Alegre jan./abr. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100012. Acesso em 5 out. 2020.

FORDHAM, M. *A criança como indivíduo*. São Paulo, Cultrix, 2006.

FRAIMAN, L. *A síndrome do imperador*. São Paulo, Ed. Autêntica, 2019.

FRANCES, A. J. *Voltando ao normal: uma crítica à redução dos espaços de normalidade no mundo*. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2017.

_____. (2021). Why are antidepressants so overprescribed? And what to do about it? In: *NewsWatch*, 115, p. 4-5. Disponível em: <https://www.healthsense-uk.org/publications/newsletter/newsletter-115/231-115-antidepressants.html>. Acesso em 20 dez. 2022.

FREITAS, L. V. O Ser Humano: entre a vida e a morte – visão da psicologia analítica. In: *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.

_____. Grupos vivenciais sob uma perspectiva junguiana. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 45-69, Sept. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642005000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642005000200004>.

FREITAS, F. F. P.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2017.

Voltando ao normal: uma crítica à redução dos espaços de normalidade no mundo (Resenha, 2016). Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/454>. Acesso em 11 nov. 2022.

FREUD, S. (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. In: *S. Freud. Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente* (Vol. 1, pp. 95-131). (L. A. Hans, Trad.). Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. Análise terminável e interminável. In: *Esboço de psicanálise (1937-1939)*. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1925). *Inibição, sintoma e angústia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras completas, v. 20).

FUKUMITSU, K. *O processo de luto do filho da pessoa que cometeu suicídio*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia- Universidade de São Paulo. São paulo, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-04072013-143625/pt-br.php>. Acesso em 5 abr. 2019.

GALIÁS, I. Suicídio: o tema temido. p. 131-139. In: *Anais do III Congresso Latino-Americano de psicologia junguiana* (Salvador, Bahia, 2003). São Paulo, Lector Editora, 2004.

GARCIA, J. Comentando o flanêur, de Walter Benjamin (2010). Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/10/7/comentando-o-flacircneur-de-walter-benjamin>. Acesso em 27 dez. 2022

GIMENEZ, P. D. *Adolescência e escolha: um espaço ritual para a escolha profissional através do sandplay e dos sonhos*. São Paulo, Casa do psicólogo, 2009.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD). Disponível em: <https://www.healthdata.org/gbd/2019>. Acesso em: 5 dez. 2020.

GROESBECK, C. J. *A imagem arquetípica do médico ferido*. In: *JUNGUIANA* (no. 1, 1983). Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica. Disponível em www.sbpa.org.br. Acesso em 11 fev. 2023.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *O Abuso do Poder na Psicoterapia e na Medicina, Serviço Social, Sacerdócio e Magistério*. São Paulo: Ed. Paulus, 2004.

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HAN, B-C. *A sociedade do cansaço*. Petrópolis, Vozes, 2015.

HERZOG, R. SALZTRAGER, R. O sentido da revolta adolescente na contemporaneidade. In: CARDOSO, M. R. (Org.). *Adolescentes*. São Paulo, Ed. Escuta, 2011.

HILLMAN, J. *Suicídio e alma*. Tradução de Gustavo Barcellos e Lúcia Rosenberg. Petrópolis: Vozes, 1993. 231p.

_____. Três tipos de fracasso e análise. In: *Estudos de psicologia arquetípica*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1981.

_____. *O mito da análise*: três ensaios de psicologia arquetípica. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1984.

_____. *Ficções que curam*: psicoterapia e imaginação em Freud, Jung e Adler. Campinas: Verus, 2010.

_____. (1975). *Re-vendo a psicologia*. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. *O livro do puer*: Ensaios Sobre o Arquétipo do Puer. São Paulo, Ed. Paulus, 1999.

_____. Picos e vales. In: *O livro do puer*: Ensaios Sobre o Arquétipo do Puer. São Paulo, Ed. Paulus, 1999.

JACOBY, M. *Psicoterapia junguiana e a pesquisa contemporânea com crianças*. São Paulo, Paulus, 2010.

JAPIASSU, H. *O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2006.

_____. *A crise das ciências humanas*. São Paulo: Ed. Cortez: 2012.

JERUSALINSKY, J. *Intoxicações eletrônicas: o sujeito na era das relações virtuais*. São Paulo, Agalma Psicanálise, 2017.

JUNG, C. G. (1934). *O eu e o inconsciente*. Tradução de Dora Mariana Ribeiro Ferreira da Silva. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 166p. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 7/2).

_____. (1930). As etapas da vida humana. In: *A dinâmica do inconsciente*. Tradução de Pe. Dom Mateus Ramalho da Rocha. Petrópolis: Vozes, 1984. p. 405-421. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 8).

_____. (1904). *Estudos experimentais*. Tradução de Edgar Orth. Petrópolis: Vozes, 1996. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 2).

_____. (1921). *Tipos psicológicos*. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth. 8a. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. 558p. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 6).

_____. (1934). Da formação da personalidade. In: *O desenvolvimento da personalidade*. Tradução de Frei Valdemar do Amaral. Petrópolis: Vozes, 2001b. p. 172-192. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 18).

_____. (1935). Princípios básicos da prática da psicoterapia. In: _____. *A prática da psicoterapia*. Tradução de Maria Luiza Appy. Petrópolis: Vozes, 1988a. p. 1-18. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 16).

_____. (1929) Os objetivos da psicoterapia. In: *A prática da psicoterapia*. Tradução de Maria Luiza Appy. Petrópolis: Vozes, 1988a. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 16).

_____. (1943). Psicoterapia e visão de mundo. In: *A prática da psicoterapia*. Tradução de Maria Luiza Appy. Petrópolis: Vozes, 1988a. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 16).

_____. (1944). *Psicologia e Alquimia*. Tradução de Maria Luiza Appy. Petrópolis: Vozes, 1991. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 12).

_____. (1945). Medicina e psicoterapia. In: _____. *A prática da psicoterapia*. Tradução de Maria Luiza Appy. Petrópolis: Vozes, 1988a. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 16).

_____. (1946). Considerações teóricas sobre a natureza do psíquico. In: _____. *A dinâmica do inconsciente*. Tradução de Pe. Dom Mateus Ramalho da Rocha. Petrópolis: Vozes, 1984b. p. 166-239. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 8).

_____. (1928). Os conceitos fundamentais da teoria da libido. In: _____. *A dinâmica do inconsciente*. Tradução de Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha. Petrópolis: Vozes, 1984c. p. 31-59. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 8).

_____. (1912/1986). *Símbolos da transformação*. Tradução de Eva Stern. Petrópolis, Vozes, 1991. 558p. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 5).

_____. (1946). A psicologia da transferência. In: _____. *A prática da psicoterapia*. Tradução de Maria Luiza Appy. Petrópolis: Vozes, 1988b. p. 155-309. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 16).

_____. (1939). *Psicologia e religião*. Petrópolis, Ed. Vozes, 2012. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 11/1).

_____. (1939). Aspectos psicológicos do arquétipo materno. In: _____. *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. 2ª. ed. Tradução de Dora M. R. F. Silva e Maria Luiza Appy. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 85-108. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 9/1).

_____. (1963) *Memórias, sonhos, reflexões*. 6. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 360p.

_____. *O Homem e seus símbolos*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964. 316p.

KAMERS, M. La fabricación de la locura en la infancia: psiquiatrización del discurso y medicalización del niño. *Estilos clin.* [online]. 2013, vol.18, n.1, pp. 153-165. ISSN 1415-7128.

KANIGOSKI, D.T.; ESCARIO, S. O Simbolismo na Tentativa de Suicídio: Uma Pesquisa Qualitativa. In: *Contextos Clínicos*, v. 13, n. 2, mai./ago. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v13n2/v13n2a13.pdf>. Acesso em 22 jan. 2023.

KIMBLES, S. *Phantom Narratives: the unseen contributions of culture to psyche*. The Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc. Maryland, United Kingdom, 2014.

_____. *Intergenerational complexes in Analytical psychology: the suffering of ghosts*. Routledge – Taylor & Francis Group, New York, NY, 2021.

KOVÁCS, M. J. A questão da morte e a formação do psicólogo. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP), 1989. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-06122018-095147/pt-br.php>. Acesso em 02.nov.2017.

_____. Comportamentos autodestrutivos e o suicídio. In _____. (Org.). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 171-194, 1992.

_____. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. In: *Revista Psicologia - teoria e prática*, 15(3), 69-82. São Paulo, SP, set.-dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/05.pdf>. Acesso em 09.out.2021.

LARSON, N. Casos de ansiedade e depressão cresceram mais de 25% na pandemia, diz OMS. In: *Folha de São Paulo*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/03/casos-de-ansiedade-e-depressao-creceram-mais-de-25-na-pandemia-diz-oms.shtml>. Acesso em 2 mar. 2022.

LASCH, R. C. *O mínimo eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. São Paulo, Brasiliense, 1986. 286p.

_____. *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. São Paulo, Imago, 1983. 320p.

LE BRETON, D. *Uma breve história da adolescência*. Belo Horizonte, Ed. Puc Minas, 2017.

LEÃO, T. M. et al. *Individualização e sofrimento psíquico na universidade: entre a clínica e a empresa de si*. *Revista Humanidades e Inovação*, v.6, n. 9 (2019). Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1250>. Acesso em: 30 nov. 2019.

LEGIÃO URBANA. *Há tempos: As quatro estações*. Gravadora EMI-Odeon, 1989. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/legiao-urbana/22493/>. Acesso em 10 fev.2023.

LIMA, A. P. *O pai e a psique*. São Paulo, Ed. Paulus, 2002.

LESOURD, S. Adolescentes difíceis ou dificuldades da cultura? In: GURSKI, R. et al (Orgs). *Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social*. Curitiba, Ed. Juruá, 2014.

LESTER, D. (2009). Memes and Suicide. In: *Psychological Reports*, 105(1), p. 3–10. <https://doi.org/10.2466/PRO.105.1.3-10>. Acesso em 10.jan.2023.

LIPOVETSKY, G. *A era do vazio*. Barueri, Ed. Manole, 2005.

LOPES, L. P. B. *Depressão e processo de individuação: aspectos psicodinâmicos, pessoais, coletivos e arquetípicos da depressão psicogênica*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

LÓPEZ-PEDRAZA, R., *Ansiedade cultural*. São Paulo: Paulus, 1997.

LOUREIRO, M. C. S. Psicologia escolar: mera aplicação de diferentes psicologias à educação? (p. 449-458). In: PATTO, M.H.S. (Org). *Introdução à psicologia escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

LUENGO, F. C. *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. São Paulo: UNESP, 2010.

MACHADO DE ASSIS, J. M. *O Alienista*. Porto Alegre, Ed. L&PM: 1999.

MARQUETTI, F. C. *O suicídio como espetáculo na metrópole: cenas, cenários e espectadores*. São Paulo, Ed. FAP-UNIFESP, 2011.

MATHEUS, V. L. *A juventude perante o fenômeno do suicídio e a insuportabilidade da dor: um estudo com universitários sob o olhar da psicologia*. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/24200>. Acesso em 20.jan.2023.

MEDEIROS FILHOS, J. S. A., AZEVEDO, D. M., PINTO, T. R., SILVA, G. W. S. (2018). Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Rev. bras. promoç. saúde*; 31(3):1-12. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/970504/in-7670.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MELO, A.S.E. et al. Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. In: *Fractal – Revista de Psicologia*, v. 28, n.1, p.153-159, jan-abr 2016. Disponível em: <file:///Users/mac/Downloads/1162-8516-1-PB.pdf>. Acesso em: em 1 jul. 2019.

MENNA BARRETO, M. O suicídio bate na porta das escolas. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/ultimas-noticias/2022/09/o-suicidio-bate-na-porta-das-escolas/#:~:text=Suic%C3%ADdio%20de%20adolescentes%20cresceu%2081%25%20em%20uma%20d%C3%A9cada&text=%E2%80%9CJ%C3%A1%20se%20percebe%20at%C3%A9%20casos.dos%2015%20e%2019%20anos>. Acesso em 15 set. 2022.

MENNINGER, K. (1938/2018). *Eros e Thanatos: o homem contra si próprio*. São Paulo: Ibrasa.

MILIONE, V. S. (2020). O passo 62b do Fédon: a proibição do suicídio e o enigma da phourá. In: *Archai* 28, e02803. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/archai/a/kz3xtR9Njj78BpBVLr9tpcR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 8 fev. 2021.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec Ed, 2014.

MINOIS, G. *História do Suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária*. São Paulo, Ed. Unesp, 2018.

MONTE, M. *Gentileza*. Rio de Janeiro, Gravadora EMI, 2000. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/marisa-monte/47282/>. Acesso em: 3 jul. 2018.

MORRE MAIS UM "Cowboy" da Marlboro, o 4º por doença pulmonar. 27/01/2014. Portal Estado de Minas. Internacional. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2014/01/27/interna_internacional,492176/morre-mais-um-cowboy-da-marlboro-o-4-por-doenca-pulmonar.shtml. Acesso em: 20 dez. 2019.

MOURA, D. C. N., PINTO, J. R., MARTINS, P. (2016). Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. In: *Sanare* 15(2): 136-144. Disponível em: <file:///Users/kkedu/Downloads/1048-Texto%20do%20Artigo-2236-2479-10-20161219.pdf>. Acesso em 20 jan. 2023.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

NAGAFUCHI, T. Um olhar antropológico sobre o suicídio: devir, formas de vida e subjetividades. In: *Revista M., estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*. v. 4, n. 7 (2019). Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8977>. Acesso em 12 set. 2019.

NAKAMURA, E. *Depressão na Infância: uma abordagem antropológica*. São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

NERI, C. *Grupo: manual de psicanálise de grupo*. Rio de Janeiro: Imago, 1999. 272p.

NICOLÓSI, R. H. O. S. *Imersão digital: a mortificação do corpo na sociedade midiática*. Tese (Doutorado em Comunicação) – Universidade Paulista – UNIP, S. Paulo, SP, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unip.br/dissertacoes-teses-programa-de-pos-graduacao-stricto-sensu-em-comunicacao/imersao-digital-e-suicidio-a-mortificacao-do-corpo-na-sociedade-midiatica/>. Acesso em 10 nov. 2021.

OLIVEIRA, J. R. F. et al. (2021). Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. In: *Cad. Saúde Pública*, 37 (1). Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/5878/78cde2dac1f20b7283e9bcd7512e33b32f86.pdf?_gl=1*_li30a5w*_ga*MTgyMDc5Njg3Ni4xNjc2MDY5ODQ1*_ga_H7P4ZT52H5*MTY3NjA2OTg0NC4xLjEuMTY3NjA3MDA3NC4wLjAuMA Acesso em 22 jan. 2023.

OLIVEIRA, S. R. Fracasso e morte no processo analítico. In: *Revista Junguiana* no. 29-2: p. 53-60, nov. 2011. Disponível em: <https://www.sbpa.org.br/revista-junguiana/revista-junguiana-29-2/>. Acesso em 20 jul. 2022.

_____. *Reflexões sobre a materialidade numa abordagem imagético-apresentativa: narrativa de um percurso teórico e prático à luz da psicologia analítica*. Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-15022007-220155/es.php>. Acesso em: 1 jun. 2019.

_____. *Crash: a psicologia analítica no limite entre o particular e o coletivo*. Palestra apresentada na I Conferência de outono dos junguianos nômades (Contribuições junguianas a questões da contemporaneidade). Belo Horizonte, 2006b.

_____. O suicídio e os apelos da alma: reflexões sobre o suicídio na clínica junguiana com pacientes adolescentes. In: *O mundo da saúde*. Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2012a, p. 103-110. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/suicidio_apelos_alma_reflexoes_adolescentes.pdf. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Processo de Individuação: o desenvolvimento da personalidade na perspectiva da psicologia analítica. In: DIAS, M.A.L; FUKUMITSU, K.O; MELO, A.F.T. de (Org.). *Temas Contemporâneos em Psicologia do Desenvolvimento*. 1a.ed. São Paulo: Vetor, 2012b, p. 79-113.

OLIVEIRA, W. A., et al. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. In: *Estudos de Psicologia* (Campinas), 37, e200066. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>. Acesso em 10 jun 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Preventing suicide: a global imperative*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Acesso em 20 jan. 2019.

OPAS BRASIL – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Folha informativa – Suicídio*. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em 15 jun. 2019

PADRÃO, C. B. et al. Trauma e violência pulsional: a adolescência como situação-limite. In: CARDOSO, M.R. (Org.). *Adolescentes*. São Paulo, Ed. Escuta, 2011.

PALMEIRA, C. G. et al. Desamparo e melancolia na adolescência contemporânea. In: CARDOSO, M.R. (Org.). *Adolescentes*. São Paulo, Ed. Escuta, 2011.

PATTO, M. H. S. *O papel social e a formação do psicólogo: contribuição para um debate necessário*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

PENNA, E. M. D. Pesquisa em psicologia analítica: reflexões sobre o inconsciente do pesquisador. In: *Bol. psicol*, São Paulo, v. 57, n. 127, p. 127-138, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 ago. 2019.

_____. *Processamento simbólico-arquetípico: pesquisa em psicologia analítica*. 1ª. ed. São Paulo: EDUC FAPESP, 2014. 304p.

RIVERA, E. A. S. *O imaginário e as manifestações do silêncio*. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8156/tde-03052019-105606/publico/2019_EdnaAlencarDaSilvaRivera_VCorr.pdf. Acesso em: 7 jul. 2020.

ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. (2013). Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. In: *Ciênc. saúde coletiva*, 18(11). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/C57Tff4kLd3FFHTZFPC9DKM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 jan. 2023.

RUTHES, F. R.; LUSTOZA, R. Z. Passagem ao ato e acting out: função e sentido da distinção. In: *Analytica*, São João del-Rei, v. 7, n. 12, janeiro/Junho de 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v7n12/10.pdf>. Acesso em: 8 out. 2022.

SAMUELS, A. Jung e os pós-junguianos. Rio de Janeiro, Imago. 1989.

_____. Will the Post- Jungians Survive? - In: *Post Jungians Today*. Ed. por Casey, A. Routledge, Londres e Nova York, 1998.

SAINT-EXUPERY, A. *O pequeno príncipe*. Rio de Janeiro: Agir, 2005.

SANCHEZ, L. *Séries retratam jovens loucos por sexo, mas na vida real eles transam cada vez menos*. Portal Folha de São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2015/05/19/jovens-comecam-vida-sexual-cada-vez-mais-cedo-veja-como-agir.htm>. Acesso em: 4 nov. 2019

SAWAYA, S. M. Psicologia e Educação: as primeiras contribuições da psicologia ao processo de escolarização. In: *Psicologia e Educação: uma introdução das contribuições da psicologia à compreensão do cotidiano escolar*. Curitiba: Ed. CRV, 2018, p. 11-67.

SCANDIUCCI, G. *Um muro para a alma: a cidade de São Paulo e suas pixações à luz da psicologia arquetípica*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo. São Paulo. São Paulo, 2014.

SCAZUFCA, A. C. M. Solidão-isolamento na clínica da adolescência. In: CARDOSO, M.R. (Org.). *Adolescentes*. São Paulo, Ed. Escuta, 2011.

SCAVACINI, K. *Suicídio - um problema de todos: como aumentar a consciência pública na prevenção e na posvenção*. Ed. Synopsis, 2022.

SENA, T. S.; FRANCO, A. O suicídio no atendimento clínico junguiano. In: *Revista psicologia, diversidade e saúde*, v. 6, n.3 (2017). Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1566>. Acesso em 4 mar. 2018.

SHAMDASANI, S. *Jung e a construção da psicologia moderna: o sonho de uma ciência*. Aparecida, Ed. Ideias e Letras, 2005.

SCHIAVO, S. F. *Colonização do imaginário: Influência da mídia eletrônica sobre crianças de 0 a 6 anos hiperepostas às imagens técnicas*. 110f. Tese (Doutorado em Comunicação) – Universidade Paulistana/UNIP, São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/ensino/pos_graduacao/strictosensu/comunicacao/download/com_sueliferreiraschiavo.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. In: *Ciência e saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.2, pp.391-398. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000200014>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/T3DvLWYfKnQbY5BCGPmPStt/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2023

SHNEIDMAN, E. S. *The Suicidal Mind*. Oxford University, 1998.

SILVA, C. SERBENA, C. A. A teoria dos complexos culturais: uma perspectiva junguiana do social. In: *Estudos Interdisciplinares em psicologia*. Londrina, v. 12, n. 1, p. 158-182, abr. 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/353785191_A_teor%C3%ADa_dos_complexos_culturais_uma_perspectiva_junguiana_do_social. Acesso em 4 ago. 2022.

SILVEIRA, N. *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro, Ed. Achieme, 1981.

SOUSA, G. et al. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. In: *Ciênc. saúde colet.* 22 (9) • Set 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>. Acesso em: 15 out. 2019.

SOUZA, A. C. R. de. *Morte e luto: a psiquiatria sem drogas e as enfermidades míticas no cinema*. Curitiba, Ed. Appris, 2018.

SOUZA, H. M.; CHAGAS, L. F. Abordagem clínica dos temas "morte" e "suicídio" na perspectiva da psicologia arquetípica. In: *Self – Revista do Instituto Junguiano de São Paulo*. Vol. 3, 2018. Disponível em: <https://self.ijusp.org.br/self/article/view/26/145>. Acesso em: 4 mar. 2019.

STEIN, M. *Psicanálise junguiana: trabalhando no espírito de C.G. Jung*. Petrópolis, Vozes, 2019

STONE et al. Response to acute monotherapy for major depressive disorder in randomized, placebo controlled trials submitted to the US Food and Drug Administration: individual participant data analysis. In: *The BMJ: Leading Medical Research, News, Education Opinion* (BMJ 2022;378:e067606). Disponível em: <https://www.bmj.com/content/378/bmj-2021-067606>. Acesso em 18 ago. 2022.

TACEY, D. *Spiritual Perspectives on Suicidal Impulses in Young Adults*. Disponível em: <https://jungstudies.net/wp-content/uploads/2010/09/taceyd2.pdf>. Acesso em 14 nov. 2022.

TURATO, M. *Tratado da metodologia clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e ampliada nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, Vozes, 2003.

TURNER et al. (2008). *Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy*. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa065779>. Acesso em 20 abr 2022.

_____. (2022). *Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy: Updated comparisons and meta-analyses of newer versus older trials*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35045113/>. Acesso em 20 dez. 2022.

VARGAS, S. C.; ROMERO, S. M. Automutilação e ideação suicida: um drama da adolescência na atualidade. In: *Brazilian Journal of Health Review*, São José dos Pinhais, v. 4, n. 4, p. 14466-14480, jul./ago. 2021. Disponível em: [file:///Users/kkedu/Downloads/32307-82581-1-PB%20\(1\).pdf](file:///Users/kkedu/Downloads/32307-82581-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 20 jan. 2022.

VAZ, R. A.; VAZ, W. M. O processo de individuação dos estudantes universitários como manejo do comportamento suicida. In: *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 14(4), São João del-Rei, outubro-dezembro de 2019. e3404. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v14n4/15.pdf>. Acesso em 20 jan. 2023.

VON FRANZ, M. L. *Puer aeternus: a luta do adulto contra o paraíso da infância*. São Paulo, Paulus, 1992. 320p.

ZANA, A. R. O.; KOVÁCS, M. J. O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 13 n. 3 - p. 897-921, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n3/v13n3a06.pdf>. Acesso em 9 set. 2017.

ZOJA, L. *O Pai: história e psicologia de uma espécie em extinção*. São Paulo, Ed. Axis Mundi, 2005.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. In: *Interface* (Botucatu). 2018; 22(66):721-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nmQnN5Q5RpqPWrDj5vHjwCf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 dez. 2022.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre, Ed. Artmed, 2004.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2017.

_____. *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. New York, NY, Basic Books, 2019.

YOUNG, K. S.; ABREU, C. N. (Org.) *Dependência de internet em crianças e adolescentes: fatores de risco, avaliação e tratamento*. Porto Alegre, Artmed: 2019.

Anexo – Núcleos de sentido da pré-análise

Quadro 1: temas dos encontros 1 e 2

ENCONTRO 1	ENCONTRO 2
Conceito do suicídio, direto, indireto, “frouxo”, pulsão de morte, individualização.	Conceito do suicídio: direto, indireto, suicídio como libertação.
Método terapêutico: manejo do suicídio	Manejo do suicídio: vulnerabilidade social dos pacientes, impotência do terapeuta.
Contratransferência: sombra, papel do terapeuta, narcisismo.	Contratransferência: sombra, papel do terapeuta, agressividade, narcisismo.
Relatos de casos clínicos: relação com familiares.	Relatos de casos clínicos: relação com familiares.
Interdisciplinaridade: medicalização, prevenção e pósvenção.	Interdisciplinaridade: medicalização, conflitos profissionais
Diferenças do trabalho em consultório e nas instituições de saúde.	Estratégias não-medicamentosas; artes, esportes, yoga, etc.
Tecnologia e influências digitais: iniciação precoce de crianças e adolescentes.	Tecnologia e influências digitais: iniciação precoce de crianças e adolescentes.

Quadro 2: temas dos encontros 3 e 4

ENCONTRO 3	ENCONTRO 4
Conceito do suicídio, suicídio indireto, pulsão de morte, ideação suicida, automutilação.	Conceito do suicídio, direto, indireto, pulsão de morte.
Suicídio: individuação, ambivalência.	Suicídio: loucura.
Suicídio: intergeracionalidade.	Suicídio: pressões sociais.
Suicídio: tabu, aspectos religiosos.	Infância e adolescência: novos desafios
Método terapêutico, contratransferência, narcisismo.	Método terapêutico, papel do terapeuta, narcisismo.
Relatos de casos clínicos: relação com familiares.	Relatos de casos clínicos: desafios na relação com familiares.
Interdisciplinaridade, conflitos profissionais.	Interdisciplinaridade.
Manejo do suicídio: Medicalização, patologização da vida.	Manejo do suicídio: Medicalização, encaminhamento compulsório.
Neoliberalismo: pressões sociais contemporâneas.	Hipermodernidade, neoliberalismo.
Tecnologia e influências digitais: contágio e banalização da violência.	Individualização, desamparo e desagregação social.

Anexo – Núcleos de sentido da pré-análise dos conteúdos

Quadro 3: temas dos encontros 5 e 6

ENCONTRO 5	ENCONTRO 6
Método terapêutico, papel do terapeuta.	Efeitos imediatos da pandemia na prática terapêutica e na vida pessoal.
Transferência e contratransferência.	Desafios tecnológicos, técnicos e éticos na modalidade da psicoterapia <i>online</i> .
Sombra do terapeuta: agressividade, ambivalência, narcisismo.	Efeitos da exclusão da presença e da linguagem corporal do par analítico no <i>setting online</i> .
Manejo do suicídio: estratégias não-medicamentosas.	Interferências na aliança terapêutica: riscos à manutenção do sigilo; importância do atendimento presencial em situações de crise.
Relatos de casos clínicos.	Necessidade de parâmetros práticos e éticos para indicação da terapia <i>online</i> ou presencial.
Relação com familiares dos pacientes.	Reflexão a respeito dos efeitos da participação na pesquisa na vida pessoal e profissional.
Pintura coletiva: recapitulação de temas. Reflexão sobre a experiência vivida nos encontros anteriores.	Formação do psicólogo e do psicoterapeuta junguiano: desamparo, culpa e inflação, falta de preparo para temas ligados à morte e ao suicídio.
Despedida e encerramento do grupo de pesquisa.	Relatos de casos clínicos e de vivências pessoais.

Quadro 4: temas Desenhos: elementos visuais e associativos

ELEMENTOS VISUAIS	ELEMENTOS ASSOCIATIVOS
Lágrimas-choro-corações.	Tristeza, dor, amor, raiva, falta de sentido, sentimento de impotência, solidão, angústia.
Sol-eclipse; espectro; raios difusos.	Luz-claridade x sombriedade; caos-ordem.
Flores (cores, estrutura da planta e do solo); yin-yang; coração.	Amor-exuberância-positividade; falta de sustentação no solo; fragilidade x integração.
Locais de trabalho ligados ao suicídio (prédios); janelas; cordas. Ambientes profissionais.	Pontos de referência afetiva e profissional; diferenças entre consultório particular x equipamento institucional de saúde; conflitos interdisciplinares; formas de cometer suicídios, luto.
Duplas de pessoas.	Terapeuta-paciente; dois amigos; pai-filha; irmão-irmã; ambivalência (dois corpos: um vivo, outro morto); depressão-hipomania; suicídio-tristeza.
Ponto de interrogação; nuvens escuras; traços sobrepostos; mar-rocha.	Composição caótica, amor, angústia; dificuldade na elaboração verbal-imagem; anseio de integração;

Apêndice A – Divulgação de pesquisa (carta-convite)

CONVITE – Pesquisa de Doutorado

“Uma investigação sobre práticas clínicas junguianas no atendimento a pacientes adolescentes e jovens que apresentam ideação e/ou tentativas de suicídio”.

Comunico e convido aqueles que possam se interessar para participar desta pesquisa a respeito das práticas clínicas junguianas no contexto do atendimento psicoterapêutico oferecido a pacientes que apresentam temas ligados ao suicídio. Trata-se de um tema de extrema relevância para a compreensão dos desafios práticos e éticos que tais situações apresentam aos profissionais do campo junguiano no cenário contemporâneo, uma vez que o suicídio foi elevado a um problema de saúde pública pela OMS e pelo Ministério da saúde.

O **objetivo principal** é investigar representações ligadas à morte que influenciam potencialmente o campo transferencial, além das limitações e desafios éticos experimentados pelos profissionais quando lidam com pacientes e familiares que trazem a temática do suicídio nas sessões psicoterapêuticas. O método usado será uma **pesquisa-ação realizada em grupo de 6 a 8 participantes**, com encontros semanais de 2h30 de duração, na cidade de São Paulo. Para a concretização do estudo necessito da **colaboração voluntária de psicólogos e analistas junguianos**, de ambos os sexos, com mais de 3 anos de experiência clínica. Um **critério básico de inclusão** é que tenham atendido pacientes que apresentavam ideação e/ou tentativas de suicídio durante o tratamento. O **segundo critério** adotado é que tenham alguma especialização *lato sensu* em psicologia analítica, ou que tenham formação como analistas junguianos, realizada em um dos institutos junguianos brasileiros. Este estudo é totalmente sigiloso e segue procedimentos éticos de pesquisa. Sua contribuição será de extrema importância para futuras pesquisas sobre o manejo do suicídio na clínica junguiana. Se você possui esse perfil ou conhece alguém que o tenha, por favor, entre em contato comigo. A participação é voluntária e gratuita.

Santina Rodrigues de Oliveira (Pesquisadora responsável)

Email: santina.rodrigues.oliveira@usp.br; Cel. (11) 99153-9325

Prof. Dr. Lineu N. Kohatsu – Orientador (e-mail: lineu@usp.br)

Instituto de Psicologia – USP. Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (PSA)

Apêndice B – Questionário para triagem telefônica

Data do contato telefônico: ____ / ____ / _____

Nome: _____

Codinome na pesquisa: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

Email: _____

Idade: _____ Sexo: () feminino () masculino () outro _____

Profissão: _____

Tempo de formação: _____

Grau de escolarização: _____

Possui pós-graduação ou formação específica em psicologia analítica? _____

Instituição: _____

Religião: _____

Estado Civil: _____

Filhos? () sim () não Quantos? _____ idade: _____

Atende ou já atendeu pacientes que tentaram o suicídio ou apresentavam ideação suicida? _____ Qual a

faixa etária de tais pacientes? _____

Quanto tempo durou o processo psicoterapêutico? _____

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Uma investigação sobre práticas clínicas junguianas no atendimento a pacientes adolescentes e jovens que apresentam ideação e/ou tentativas de suicídio”

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa de doutorado como colaborador voluntário, cujos objetivos específicos são: conhecer de que maneira analistas e psicoterapeutas junguianos lidam com o referido tema em sua prática clínica; investigar representações ligadas à morte que influenciam potencialmente o campo transferencial, além das limitações e desafios éticos experimentados pelos analistas quando lidam com pacientes e familiares que trazem a temática do suicídio nas sessões psicoterapêuticas. Por fim, problematizar os limites e aproximações entre as áreas da psicoterapia e da psiquiatria, uma vez que se tratam de campos interdisciplinares.

Os resultados poderão contribuir para que a psicologia analítica amplie sua compreensão sobre certas experiências ligadas ao campo de estudos sobre o suicídio e outros comportamentos autodestrutivos entre pacientes adolescentes e jovens no cenário contemporâneo, além de promover maior conscientização dos profissionais sobre os aspectos éticos e técnicos que constituem suas práticas. E, assim, melhorar o diálogo e a cooperação interdisciplinar entre psicólogos e psiquiatras, que poderão refletir em melhores condições do atendimento oferecido aos pacientes e seus familiares com ideação suicida ou tentativas de suicídio que procuram psicoterapia junguiana. Para os participantes da pesquisa, em especial, são esperados os seguintes benefícios imediatos: ao compartilhar experiências num ambiente protegido com outros profissionais de sua área de trabalho, e refletir sobre as questões propostas, você poderá sentir-se acolhido e amparado em relação a ansiedades relacionadas ao tema desta pesquisa.

O método usado será uma pesquisa-ação realizada em grupo, desenvolvida em duas etapas, com encontros semanais de 2h30 de duração, na cidade de São Paulo. O grupo será formado por 6 a 8 psicólogos e/ou analistas junguianos, de ambos os sexos, que tenham experiência clínica com o tema pesquisado. Sua forma de participação consiste em relatar (narrar) verbalmente ou expressar por meio de um recurso expressivo (desenho), ideias e sensações ligadas a situações vividas em sua prática profissional junto a pacientes adolescentes e jovens que tenham apresentado ideação ou tentativas de suicídio antes ou durante o tratamento. Além das sessões em grupo, após a primeira etapa da pesquisa, pode ser

necessário realizar uma entrevista semiestruturada individual com uma quantidade reduzida de analistas que tenham participado dos encontros em grupo, com vistas a um aprofundamento em algumas questões que podem ser relevantes ao tema da pesquisa. A entrevista poderá ser realizada no melhor horário e local indicados pelo participante que aceitar dar sua contribuição individual à pesquisa. Se experimentar algum sofrimento, ou for muito difícil participar de alguma dessas atividades, você poderá optar por deixar de relatar a situação ou aspectos dela. Também poderá se recusar a desenhar, caso não se sinta confortável com esta forma de expressão. O participante tem também o direito de se recusar a participar da entrevista individual.

Todo procedimento de agendamento e arquivamento do material coletado no grupo, assim como as entrevistas individuais, será realizado exclusivamente pela pesquisadora, a qual compromete-se com o devido sigilo e proteção dessas informações. Quanto à observação e anotação das situações ocorridas durante os encontros do grupo, esse procedimento será realizado por duas colaboradoras-assistentes, que também se comprometem em manter o devido sigilo sobre todas as informações a que tiverem acesso no contato com os participantes.

Os diálogos ocorridos no grupo serão gravados em áudio, bem como a entrevista, caso você aceite participar dela; os desenhos realizados serão fotografados, eles poderão ser levados pelos participantes ao final das sessões, caso assim desejem; se não forem levados, serão mantidos em sigilo pela pesquisadora durante o período de duração da pesquisa. O material verbal será transcrito e enviado a você para que possa conferir, alterar, aprovar ou mesmo não concordar com seu conteúdo antes que seja incluído no trabalho final ou em qualquer outra forma de publicação. Do mesmo modo, os desenhos também serão apresentados para que você possa conferir, aprovar ou desaprovar sua utilização. No final da pesquisa, **você será comunicado a respeito dos resultados e conclusões deste estudo**, se assim o desejar, através de entrevista devolutiva agendada.

Dados relevantes de sua participação poderão ser utilizados para ensino e publicação em periódicos e/ou apresentações em encontros científicos, além da tese, sendo garantido pela pesquisadora que o sigilo de sua identidade será preservado em toda e qualquer situação. **Seu nome não será usado em qualquer fase da pesquisa**, assim como outros nomes citados em seu relato, devendo todos serem substituídos por codinomes ou abreviados. Do mesmo modo, a divulgação dos resultados será feita de forma a não permitir a identificação dos voluntários ou qualquer outra pessoa que venha a ser mencionada em seu relato.

Considerando que toda pesquisa pode oferecer algum risco, **nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo**, uma vez que não se realizará modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos indivíduos que participarem desse estudo. Entretanto, você poderá ser tomado por cansaço ou vivenciar algum tipo de desconforto durante ou após os encontros do grupo, por causa de algum assunto que venha a ser abordado. **Como o suicídio é um tema complexo, pode haver a necessidade de uma assistência individual. Neste caso, será oferecido um espaço de escuta e apoio independente dos encontros do grupo, caso você necessite de uma atenção de modo particular.** Você poderá recorrer à pesquisadora também após o encerramento do processo de coleta de informações em grupo, tendo garantido o direito de ser atendido no melhor dia/horário e local para você.

Sua participação é voluntária e gratuita, e você poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim preferir, em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo. Não será cobrado qualquer valor em dinheiro, e não haverá gastos decorrentes de sua participação, caso haja algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado pela pesquisadora nos termos da Lei.

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, nesta pesquisa serão respeitados os aspectos éticos da resolução no. 466/2012, do Ministério da Saúde. Este termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante, e a outra com o pesquisador principal:

Agradeço sua participação, e coloco-me à disposição para maiores informações.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Santina Rodrigues de Oliveira (Pesquisadora responsável)

Email: santina.rodrigues.oliveira@usp.br; Cel. (11) 99153-9325

Prof. Dr. Lineu N. Kohatsu – Orientador (e-mail: lineu@usp.br)

Instituto de Psicologia – USP. Depto. de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (PSA): Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – bloco A – sala 164. cep 05508-030. Cidade Universitária – São Paulo, SP. Telefones: (11) 3091-4185/4355. Email: psa@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH): Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, bloco G, sala 27. Cidade Universitária – São Paulo/SP – 05508-030. Tel: 3091-4182 ceph.ip@usp.br

Apêndice D – Declaração do participante (ciente das informações da pesquisa e do TCLE)

Eu, _____,
portador do R. G. _____, confirmo que fui informado pela pesquisadora Santina Rodrigues de Oliveira dos objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação proposta em todas as etapas. As alternativas para minha participação também foram discutidas, assim como os possíveis riscos e benefícios. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

(assinatura do participante da pesquisa)

Apêndice E – Declaração da pesquisadora

Eu, Santana Rodrigues de Oliveira, na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa de doutorado “Uma investigação sobre práticas clínicas junguianas no atendimento a pacientes adolescentes e jovens que apresentam ideação e/ou tentativas de suicídio”, desenvolvida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, assumo o compromisso explícito de anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais e o devido respeito a dignidade humana; a garantia de que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa; o compromisso de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo CEPH-IPUSP.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Santina Rodrigues de Oliveira (Pesquisadora responsável)

Email: santina.rodrigues.oliveira@usp.br; Cel. (11) 99153-9325

Prof. Dr. Lineu N. Kohatsu – Orientador (e-mail: lineu@usp.br)

Instituto de Psicologia – USP. Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (PSA)

Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – bloco A – sala 164. cep 05508-030. Cidade Universitária – São Paulo, SP. Telefones: (11) 3091-4185/4355. Email: psa@usp.br

Apêndice F – Declaração de demonstrativo de existência de infraestrutura

Eu, Santana Rodrigues de Oliveira, na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa de doutorado “Uma investigação sobre práticas clínicas junguianas no atendimento a pacientes adolescentes e jovens que apresentam ideação e/ou tentativas de suicídio”, desenvolvida no IP-USP, informo que os encontros do grupo nas duas etapas da pesquisa serão realizados na sala para cursos e eventos da Clínica de Psicologia Oliveira & Mateus Ltda (CNPJ 10.933.045/0001-72), da qual sou proprietária e responsável técnica certificada pelo CRP/SP (certificado no. 06/6387/J – Anexo d). Está localizada à Rua Machado Bittencourt, no. 205, cep 04044-904 – vila mariana, na cidade de S. Paulo, conforme licença sanitária de funcionamento (anexo e);

O espaço dispõe de equipamento audiovisual, uma mesa central e cadeiras com suporte para desenhar, em número suficiente para acomodar os participantes, as colaboradoras-assistentes e a pesquisadora, além de estar localizado ao lado de uma estação de metrô, que pode facilitar o acesso ao local para os participantes que vierem de locais mais distantes da cidade. O espaço é bem iluminado, dispõe de 2 banheiros para que os participantes não precisem se ausentar do local em caso de necessidade, e uma copa caso algum participante deseje se alimentar. Possui também vedação sonora, que garante silêncio e condições para o sigilo das conversas trocadas durante as sessões do grupo. Será de uso exclusivo durante os encontros, o que garante a privacidade do grupo.

São Paulo, ____ de _____ de 2019.

Santina Rodrigues de Oliveira (Pesquisadora responsável)

Email: santina.rodrigues.oliveira@usp.br; Cel. (11) 99153-9325

Prof. Dr. Lineu N. Kohatsu – Orientador (e-mail: lineu@usp.br)

Instituto de Psicologia – USP. Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (PSA)

Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – bloco A – sala 164. cep 05508-030. Cidade Universitária – São Paulo, SP. Telefones: (11) 3091-4185/4355. Email: psa@usp.br