

## DEPRESSÃO E SUICÍDIO: UMA PERSPECTIVA ANALÍTICA

**Lara Andrade Coutinho**

A depressão tem se mostrado um transtorno cada vez mais frequente no dia a dia dos psicólogos clínicos. Em fevereiro de 2017, a Organização Mundial da Saúde divulgou seu novo relatório global “Depressão e outros distúrbios mentais comuns: estimativas globais de saúde”, que explana as atuais estatísticas sobre depressão em todo o mundo. Até o ano de 2015, a estimativa era de que 322 milhões de pessoas conviviam com depressão em todo o mundo. Entre 2005 e 2015, o número de pessoas com depressão aumentou 18,4%, tendo sido estimulado pelo aumento numérico da população mundial assim como pelo aumento do grupo etário em que a depressão é mais prevalente.

Utilizando-se como base o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais da Associação Americana de Psiquiatria (APA), os transtornos depressivos incluem os Transtornos Disruptivos da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior, Transtornos Depressivo Persistente (Distímia), Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica, Outro Transtorno Depressivo Especificado e Transtorno Depressivo Não Especificado. Os sintomas comuns são o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2014, p.155).

São condições para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, cenário clássico desse tipo de transtorno, o humor deprimido ou a perda de interesse e prazer. Além disso, os sintomas precisam provocar sofrimento ou prejuízo na vida social, profissional ou em outra área significativa da vida do indivíduo.

Para a Organização Mundial da Saúde, a depressão é uma doença multifatorial e “tal como acontece na maioria das outras doenças não transmissíveis, a etiologia dos transtornos mentais é multifatorial com risco determinado por uma interação entre fatores genéticos, e outros determinantes biológicas, psicológicas e sociais” (WHO, 2010, p. 118, tradução própria).

Os transtornos mentais estão diretamente relacionados a perdas em qualidade de vida e funcionalidade. Para Bertolote e Fleishmann (2002), os transtornos mentais são importante fator de risco para o suicídio, em que cerca de 90% das pessoas que morrem por consequência do suicídio possuem um diagnóstico psiquiátrico no momento de sua morte. Os transtornos de humor, principalmente a depressão, foram os transtornos mais encontrados ao analisar a população mundial. A esquizofrenia é o segundo diagnóstico mais frequente, seguido pelos distúrbios de personalidade e os distúrbios por abuso de substâncias.

O suicídio pode ser definido como o “ato de matar-se deliberadamente” (WHO, 2014, p. 12). Em 2015, cerca de 788 mil pessoas morreram devido ao suicídio, sendo que neste número não estão inclusas as vítimas de tentativa de suicídio. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), o suicídio representou cerca de 1,5% de todas as mortes em todo o mundo, trazendo-o para as 20 maiores causas de morte em 2015. Além disso, “o suicídio ocorre durante toda a vida e foi a segunda principal causa de óbito entre pessoas de 15-29 anos no mundo em 2015” (WHO, 2017, p.14, tradução própria).

Quando se fala em suicídio, existem dois principais fatores de risco: a tentativa prévia de suicídio e o histórico de transtorno mental. Quanto aos métodos utilizados, “a ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio globalmente, mas muitos outros métodos são usados, variando frequentemente de acordo com o grupo populacional” (WHO, 2014, p. 07, tradução própria).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde elaborou um relatório bastante detalhado sobre a prevenção ao suicídio. Percebe-se que os fatores de risco foram agrupados didaticamente em: sistemas de saúde e fatores sociais, fatores comunitários e de relacionamento e fatores individuais. Os fatores de risco relacionados ao sistema de saúde e à sociedade incluem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, acesso aos meios de suicídio, inadequada divulgação midiática sobre o tema e presença de estigma associado à busca de ajuda. Quanto aos fatores de risco comunitários e de relacionamento, destacam-se vivenciar desastres naturais ou viver em regiões de conflitos (guerras), fazer parte de grupos minoritários ou vulneráveis, sofrer algum tipo de discriminação minoritária, ter sofrido traumas ou abusos (físico, sexual ou emocional), sensação de isolamento e falta de apoio social e vivenciar relações de conflito ou situações de perda. Em relação aos fatores de risco individuais,

incluem-se a tentativa prévia de suicídio, presença de transtorno mental, uso nocivo de álcool ou outra substância, perda financeira ou de emprego, sensação de desesperança, doenças ou dores crônicas, histórico familiar de suicídio e fatores genéticos ou biológicos.

A Organização Mundial da Saúde (2014) ressalta a importância de fortalecer os fatores de proteção aos comportamentos suicidas, como relacionamentos pessoais bem estabelecidos, possuir crenças religiosas ou espirituais e possuir práticas de estilo de vida dotadas de estratégias de enfrentamento positivo e bem-estar.

Um manual de prevenção ao suicídio dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental (2006), elaborado pelo Ministério da Saúde, junto à Organização Pan-Americana e à Universidade Estadual de Campinas, faz um alerta aos diferentes estágios no desenvolvimento da intenção suicida, sendo o primeiro deles o pensamento ou imaginação da ideia suicida, posteriormente a elaboração de um plano suicida e por último a ação concreta de suicídio.

Percebe-se a existência de três características próprias do estado em que se encontra uma pessoa sob o risco de suicídio, são elas: ambivalência, que consiste na dúvida entre alcançar a morte e o continuar vivendo; impulsividade, normalmente desencadeada por algum evento negativo e com duração temporária; e rigidez/constricção, que corresponde ao pensamento sob forma rígida, sendo o suicídio única possibilidade para a resolução dos problemas. Importante destacar que a “maioria das pessoas com ideia de morte comunica seus pensamentos e intenção suicida. [...] Todos esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados” (MINISTÉRIOS DA SAÚDE, 2006, p.52).

Jung propõe uma nova ótica ao falar dos processos psicopatológicos. Na tradição médica, o estudo das patologias é feito sempre a partir do desenvolvimento normal do indivíduo, gerando uma dificuldade em se compreender a relação existente entre os processos fisiológicos e psíquicos. Sendo assim, os sintomas psiquiátricos são frequentemente reduzidos à dimensão patológica, provocando “uma patologização exagerada e, defensiva, dos fenômenos psíquicos e sua supermedicação” (BYINGTON, 2007, p.1).

Jung (2013e) amplia a definição da palavra sintoma dentro do campo das psicopatologias. Para ele, sintoma é toda perturbação à consciência, provocada por certa quantidade de energia

presente no inconsciente. Normalmente, essa energia presente no inconsciente precisa retornar, pois ela é necessária para o processo de desenvolvimento do indivíduo. Sendo assim, os sintomas tentarão se manifestar através de sonhos, reações psicossomáticas ou patologias (GRINBERG, 2003).

Percebe-se que para Jung (2013d), os sintomas se assemelham mais a uma tentativa de autorregulação da psique do que propriamente um “mal a ser eliminado”, como se vê mais comumente nas visões tradicionais sobre os processos de adoecimento. Apesar dos primeiros trabalhos no campo das psicoterapias ter objetivado combater os sintomas, percebeu-se “relativamente depressa, que o combate ao sintoma ou – como passou a chamar-se agora – a análise dos sintomas, era incompleta, e que, na realidade, era preciso tratar o homem psíquico inteiro” (JUNG, 2013b, p. 104).

O surgimento das psicopatologias é impulsionado pelo processo de individuação. O processo de individuação é definido como a “realização da totalidade individual, com a integração de todos os aspectos de nossa personalidade” (GRINBERG, 2003, p. 176). A partir disto, o estudo dos sintomas e das psicopatologias possibilita o entendimento de que atitude do ego o inconsciente está atendendo compensar, sinalizando para qual direção o processo de individuação do indivíduo está apontando.

Desta forma, a depressão pode ser interpretada enquanto um sintoma frente a um processo de individuação que necessita ser retomado. Ela possibilitaria a busca de si mesmo e isso implica confrontar-se com aquilo que muitas vezes se apresenta enquanto devastador. Entretanto, só sua real assimilação é capaz de permitir o pleno desenvolvimento humano.

Byington (2007) utiliza uma analogia para explicar esta situação. Para ele, a reação sensorial da dor é o que desperta a nossa atenção para algo que não está certo. Logo, ao anestésiar a dor, perde-se a oportunidade de descobrir suas causas e lidar inteligentemente com ela. Desta forma, a depressão seria a dor, e o aniquilamento deste sintoma seria o desperdício de potencial frente a um processo de desenvolvimento.

Jung entendia a vida enquanto “um processo energético, como qualquer outro, mas, em princípio, todo processo energético é irreversível, por isto, é orientado univocamente, para um

objetivo” (JUNG, 2013a, p. 362). Desta forma, Jung coloca o tema da morte como um processo natural do ciclo da vida. Para ele, a morte não é um fenômeno que está à parte do ciclo da vida, mas sim, um componente fundamental dentro do ciclo da vida para o qual tende a vida de todo indivíduo.

Para o analista junguiano James Hillman (2011), o suicídio é o lugar onde o problema da morte se coloca de maneira mais enfática. Frequentemente, as questões abordadas durante um atendimento psicoterapêutico mobilizam o terapeuta internamente, uma vez que ele é passível de ser tocado por essas temáticas, e isto não se mostra diferente ao se trabalhar com o suicídio. O autor faz um alerta para que os analistas deixem de lado seus preconceitos e opiniões acerca de temas diversos, a fim de que isso não se torne um obstáculo ao processo do outro.

Durante sua atuação como psiquiatra, Jung (1998) percebeu que seus pacientes eram atravessados por vivências e histórias não reveladas, que eram essenciais para o entendimento do profissional que se propõe a ajudá-lo. Uma vez que elas representariam tanto o motivo quanto a chave de encerramento do tratamento psicoterapêutico.

Assim, depois de compreendida a história de vida do indivíduo junto de suas vivências, o ato suicida não deve ser encarado a partir de posturas “contra ou a favor”, mas sim a partir da compreensão do que o ato suicida significa para a psique daquele indivíduo. Desta forma, o suicídio deve ser encarado a partir de seu simbolismo, “[...] o psicólogo deve observar a simbologia que envolve o suicídio, uma vez que para cada pessoa há um simbolismo diferente, pois cada um organiza sua problemática e sua situação pessoal de maneira singular” (SENA & FRANCO, 2017, p. 223).

Lidar com o suicídio no consultório clínico é compreendê-lo para além das reduções. Compreender o seu significado psíquico é fundamental para o processo de desenvolvimento do indivíduo. É importante que ele se apresente enquanto possibilidade, mas não enquanto a única. Buscar pela morte simbólica de outras formas é o pilar sobre o qual deve se basear o atendimento clínico junguiano ao paciente com ideações suicidas (SENA & FRANCO, 2017).

A partir disto, mostra-se claro que quando o suicídio é potencializado pela presença do transtorno mental e concretizado, levando ao fim biológico de uma vida, encerra-se também um processo de individuação em andamento. Os transtornos mentais, mais claramente a depressão, para a Psicologia Analítica, surgem enquanto tentativa de autorregulação psíquica sendo que a “busca de si mesmo, o encontro com o inconsciente e com as imagens da depressão são essenciais para o desenvolvimento pessoal” (PURCOTES, 2012, p.618). Quando essa tentativa de cura não é desenvolvida e a ação concreta de por fim a própria vida ocorre, entende-se que a individuação deste indivíduo foi interrompida.

Desta forma, conclui-se que a análise simbólica do suicídio é fundamental para o analista junguiano. Ele deve mostrar-se atento; falar abertamente sobre o assunto; verificar a possibilidade de criação de uma rede de atenção com psiquiatra, familiares, pessoas de confiança ou outras intuições focadas na temática (RAPS, CVV) e, acima de tudo, ser franco com si mesmo, cuidando de sua saúde mental e respeitando seus limites.

### **Referências bibliográficas**

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BYINGTON, C. A. B. A Depressão Normal e o Futuro da Civilização. In: **Congresso venezuelano de psicoterapia**, Caracas, 1-18, 2007.

BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. **Suicide and Psychiatric diagnosis**: a worldwide perspective. Mental Health Policy Paper. Geneva: World Health Organization, 2002.

BOTEGA, N. J. (Org). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

GRINBERG, L. P. **Jung**: o homem criativo. 2ª edição. São Paulo: FTD, 2003.

JUNG, C. G. **Memórias, Sonhos e Reflexões**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1998.

\_\_\_\_\_. A estrutura da alma; A alma e a morte. In: Obras Completas de C. G. Jung Volume 8/2. **A natureza da psique**. Tradução de Mateus Ramalho Rocha. 10ª edição, Petrópolis: Vozes, 2013a.

\_\_\_\_\_. Medicina e psicoterapia. In: Obras Completas de C. G. Jung Volume 16/1. **A prática da psicoterapia**. Tradução de Maria Luiza Appy; revisão técnica de Dora Ferreira da Silva. 16ª edição, Petrópolis: Vozes, 2013b.

\_\_\_\_\_. Sobre o inconsciente; A situação atual da psicoterapia. In: Obras Completas de C. G. Jung Volume 10/3. **Civilização em transição**. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth; revisão técnica Jette Bonaventure. 6ª edição, Petrópolis: Vozes, 2013c.

\_\_\_\_\_. A divergência entre Freud e Jung. In: Obras Completas de C. G. Jung Volume 4. **Freud e a Psicanálise**. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth; revisão técnica Jette Bonaventure. 7ª edição, Petrópolis: Vozes, 2013d.

\_\_\_\_\_. A autonomia do inconsciente. In: Obras Completas de C. G. Jung Volume 11/1. **Psicologia e Religião**. Tradução de Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha; revisão técnica de Dora Ferreira da Silva. 11ª edição, Petrópolis: Vozes, 2013e.