



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**ARTHUR ZANELLI**

**Aspectos Contratransferenciais em pacientes com  
ideação ou tentativa de suicídio:  
Um Relato de Experiência.**

ARIQUEMES-RO  
2017

**ARTHUR ZANELLI**

**Aspectos Contratransferenciais em pacientes com  
ideação ou tentativa de suicídio:  
Um Relato de Experiência.**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do título de bacharelado em: Psicologia.

Prof<sup>a</sup>. Orientadora: Ms. Eliane Alves Almeida Azevedo.

Ariquemes – RO  
2017

**ARTHUR ZANELLI**

**Aspectos Contratransferenciais em pacientes com  
ideação ou tentativa de suicídio:  
Um Relato de Experiência.**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do título de bacharel.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Orientador: Ms. Eliane Alves Almeida Azevedo  
FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

---

Prof. Ms. Ana Claudia Yamashiro Arantes  
FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

---

Prof. Esp. Hans-Muller Marques Lopes  
FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 29 de novembro de 2017

Dedico este trabalho, aos meus pais Dejair Zanelli e Maria de Lourdes Zanelli, pela vida que me deram.

E ao meu companheiro Roberson Giovani Casarin, por iluminar meu caminho durante essa jornada me mostrar a satisfação por essa profissão.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida e permitir que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como estudante, mas em todos os momentos.

À Instituição FAEMA e seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter, afetivo e ético da profissão durante o processo de formação profissional, se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender e compreender o quão maravilhoso é ser psicólogo. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Meus agradecimentos aos amigos que conheci durante estes anos, os companheiros da “Van” que levarei para o resto de minha vida, vários momentos foram vivenciados ao longo destes cinco anos e as emoções compartilhadas.

Agradeço aos meus colegas, agora, de profissão; durante estes anos descobrimos como é desafiadora esta profissão que nos faz pensar sobre o sentido da vida.

"Acontece que uma psicanálise não é uma investigação científica livre de tendências, mas uma intervenção terapêutica; não quer provar nada, mas apenas mudar algo"

Sigmund Freud (1909)

## RESUMO

O falar sobre suicídio é complexo, possui vários fatores que levam a pessoa a encontrar como única alternativa, a morte. Este trabalho mostra um relato de experiência com pacientes que tem ideação ou tentativa de suicídio, utiliza instrumentos como, transferência e contratransferência da abordagem psicanalítica que consiste em discutir e analisar a importância da contratransferência enquanto ferramenta terapêutica e uma constituição do suicídio com um aporte histórico e estatístico de algumas organizações, situando como o suicídio se apresenta na contemporaneidade.

**Palavras-chaves:** Relato de Experiência, Contratransferência, Ideação/Tentativa de suicídio.

## ABSTRAT

Talking about suicide is complex, has several factors that lead the person to find death as the only alternative. This work shows an experience report with patients who have suicidal ideation or attempt, using instruments such as transference and countertransference of the psychoanalytic approach, which consists of discussing and analyzing the importance of countertransference as a therapeutic tool and a suicide constitution with a historical and statistical analysis of some organizations, situating how suicide presents itself in contemporaneity.

**Keywords:** Experience Report, Countertransference, Ideation / Attempted suicide.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

OMS – Organização Mundial de Saúde.

CFM – Conselho Federal de Medicina.

CFP – Conselho Federal de Psicologia.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde.

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1. Objetivo Geral. ....	13
2.2. Objetivos Específicos. ....	13
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
4.1. CONCEITUAÇÃO DE IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	16
4.1.2. Concepção Filosófica. ....	17
4.1.3. Concepção Sociológica. ....	18
4.1.4. Concepção Psicológica. ....	20
4.1.5. Breves apontamentos quantitativos e qualitativos sobre o suicídio.....	22
4.2. CONCEITUAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA .....	25
4.3. CONCEITUAÇÃO DE CONTRATRANSFERÊNCIA .....	28
4.3.1 Contratransferência somática.....	30
<b>5. ANÁLISE DO RELATO DE EXPERIÊNCIA EM PACIENTES COM IDEAÇÃO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO</b> .....	<b>32</b>
<b>6. DISCUSSÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA NO <i>SETTING</i> TERAPÊUTICO</b> .....	<b>35</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>40</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>46</b>

## INTRODUÇÃO

Os aspectos intrínsecos entre a vida e a morte sempre provocaram curiosidade. Manter-se vivo sempre foi visto como o objetivo de todo ser humano. Mas existem pessoas que preferem a morte e isso nos causa estranheza. Então o que vem a ser suicídio? Este trabalho tem com finalidade apresentar uma conceituação sobre o suicídio, um olhar das Organizações e Conselhos que tratam da temática de uma forma geral, passará por alguns pensadores que apresentam como o suicídio percorreu a história na sociedade e as interpretações do indivíduo e uma breve estatística do suicídio no mundo e no Brasil.

Este é um relato de experiência baseado na teoria psicanalítica, que tem Sigmund Freud como seu precursor. Nos concentraremos na transferência e contratransferência como ferramentas terapêuticas essenciais para o sucesso do processo terapêutico.

A contratransferência sinaliza-se como uma ferramenta terapêutica essencial para compreensão e sucesso do tratamento. Ao mesmo tempo, fixar-se no que o terapeuta está sentindo enquanto atende seu paciente revela-se como um aspecto da técnica que não deve ser menosprezada por aqueles que se lançam a “cuidar”, principalmente daqueles que escolhem a morte como uma opção à vida.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral.**

Apresentar a vivência clínica diante de atendimentos a pacientes com ideação e tentativa de suicídio.

### **2.2. Objetivos Específicos.**

Conceituar ideação ou tentativa de suicídio;

Compreender a dinâmica do termo transferência;

Conceituar contratransferência;

Analisar o relato de experiência;

Discutir a importância da contratransferência enquanto ferramenta terapêutica.

### 3. METODOLOGIA

O relato de experiência é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para a área de atuação, traz as motivações para as ações tomadas na situação e as considerações que a vivência lhe trouxe, de modo contextualizado, com objetividade e aporte teórico. Esta forma segundo Silva & Lima (2009) de pesquisa deve trazer considerações a partir da vivência sobre a qual se relata e reflete que sejam significativas para a área de estudos em questão; com isso deve ir além e estabelecer ponderações e reflexões embasadas na experiência relatada e no seu respectivo aparato teórico. Conforme as autoras, é esperado que tais experiências possam contribuir para outros pesquisadores da área, ampliando o efeito da sua experiência como potencial exemplo para outros estudos e vivências.

O aparato teórico que será trabalhado nessa vivência clínica é o da abordagem psicanalítica, onde a clínica formulada por Freud que iniciou seu trabalho com suas pacientes histéricas pelo viés da linguagem, utilizou elementos observados a sua volta como base para criar suas teorias sobre a mente e o comportamento humano. Freud buscou compreender e explicar a gênese da histeria, da psicose e da neurose. Ele também fez explanações sobre o que denominou de composição da mente humana. A constituição do aparelho psíquico, o complexo de Édipo, a análise, o conceito de libido, a teoria da incompletude, as técnicas de transferência e de contratransferência, entre tantos outros assuntos configuraram-se em estrutura teórica para o que a Psicanálise é hoje.

No curso de psicologia, os estágios são realizados na Clínica Escola de Psicologia, que é inserido no Serviço Escola de Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como componente curricular do curso de Psicologia, sendo realizado entre o segundo semestre de 2016 e segundo semestre de 2017. Os estagiários podem planejar algumas intervenções tendo como base as orientações e supervisões dos professores da instituição. Assim, foram atendidos cinco pacientes, sendo três com ideação e dois com tentativa de suicídio, todos com demandas específicas e produzindo aspectos contratransferências diferentes no terapeuta.

A Clínica Escola de Psicologia tem como finalidade prestar serviços psicoterapêuticos, consistindo em atendimentos contínuos à comunidade, preferencialmente aos indivíduos e instituições carentes de recursos, viabilizando a realização de atividades acadêmicas da clinica-escola.

## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1. CONCEITUAÇÃO DE IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO.

As questões de vida e morte sempre provocaram estranheza e ao mesmo tempo curiosidade. Mas o que dizer da morte quando a mesma é autoprovocada? Para falar sobre suicídio precisamos entender seu significado, segundo o Dicionário de Filosofia Abbagnano (2003) o suicídio é o ato de tirar voluntariamente a própria vida, trata-se de um termo que deriva de dois vocábulos latinos: sui (“de si mesmo”) e caedĕre (“matar”) e assim, pode se dizer que seja o ato de matar-se a si mesmo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) no Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança de 2002, o suicídio é situado como um ato deliberado e estabelece um grande problema de saúde pública.

Já o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2014) mostra que o suicídio pode ser definido como um ato decidido e executado pelo próprio indivíduo, cuja a intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, segundo o CFM, fazem parte do que habitualmente é chamado de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. O CFM ainda apresenta que é um comportamento com determinantes multifatoriais e resultados de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais.

Conforme o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013) uma grande questão vinculada ao suicídio é que a prevenção, de forma global, é possível, que os comportamentos suicidas podem ser contextualizados como um processo complexo que pode variar desde a ideia de retirar a própria vida, comunicada por meios verbais e não verbais, até o planejamento do ato, a tentativa, e, no pior dos casos, a morte.

Baseados nas contribuições dos Conselhos e da OMS, torna-se importante a busca por apontamentos de alguns pensadores que abordam como o ser humano vem lidando com o suicídio ao longo dos séculos.

#### 4.1.2. Concepção Filosófica.

Numa concepção filosófica, nos primórdios da civilização, o pensamento do filósofo grego Platão (2008) em sua obra *Fédon*, aborda a questão da separação entre o corpo e a alma, dizendo que o suicídio é um ato condenável porque destrói o que não lhe pertence, ou seja, a vida. O filósofo, embora tenha a morte como libertação da alma e almeja-a, condena o suicídio justamente pelo não pertencimento da alma, dessa forma, acredita que “os deuses cuidam dos homens e os homens não são deuses, assim, devem aguardar por um libertador para libertá-lo e não tirar a própria vida”. (p.132)

Já na Idade Média, Netto (2007) situa que, para Santo Agostinho, no século V, a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa ou impura. Na Idade Média a compreensão passa a ser vista como crime, visto que lesava aos interesses da Coroa, de modo que aqueles que se matavam tinham seus bens confiscados pelo Rei. O autor, ainda, ressalta que no final da Idade Média, com a separação da Monarquia e da Igreja, o crescimento do poder médico passa a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de maneira que, a partir de então, são os “médicos” que definem a negatividade da morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura. Assim, a morte voluntária foi se constituindo como um fenômeno que tem características específicas, em momentos históricos distintos.

Com o pensamento moderno o filósofo e historiador, empirista, David Hume (2008) escreve o seguinte: “entre a alma e o corpo, tudo existe em comum (...) os órgãos de um são também os órgãos do outro. Portanto, a existência de um é necessariamente dependente da existência do outro” (p.823). Com isso, podemos considerar que o ato de se matar é um pleno exercício de decisão, ainda que não seja um exercício de vontade. Kiraly (2014) disserta a respeito do pensamento de Hume que o suicídio não encerra uma relação, no sentido de terminar, para uma das partes, certo encarceramento da alma pelo corpo, mas é uma cisão completa entre o corpo e a alma.

Já o filósofo Arthur Schopenhauer (2008) em seu ensaio intitulado “*Sobre o Suicídio*”, defende o direito daquele que sofre de se “libertar do sofrimento



através do auto homicídio” (p. 130). Assim, parece que o filósofo está de acordo que o suicídio pode ser uma real alternativa para quem já chegou ao limite da dor. Santos (2010) mostra que Schopenhauer coloca o suicídio como a solução para o problema do sofrimento; seria enxergá-lo tal como os homens santos, que se matavam por um propósito e através da vontade de afirmação do eu-individual, tonar consciente a individuação e compartilhando a dor do mundo inteiro.

E na fenomenologia existencial, segundo o pensamento do filósofo alemão Martin Heidegger (1981) “o ser humano tenta uma explicação sobre o seu viver e o seu morrer, de onde viemos e para onde vamos, é a interrogação que atravessa a existência” (pp.59-72). Por isso, segundo Heidegger a finitude é uma das questões mais significativas e presentes nas correntes existencialistas, assim, seja a razão da busca dos motivos e da explicação para o desejo de não mais viver. A experiência, segundo o autor, narrada pelo indivíduo é sempre relacionada a momentos de vida e fatos que conduziram ao ato de desespero e o suicídio é algo que está dentro das condutas do ser humano que são levantados pela pressão da vida social, essa vontade de morrer. E o filósofo disserta:

“[...] que entre as condutas que podem ser um indicador de um suicídio iminente, destacam-se a vontade de morrer, a incapacidade de descarregar os receios e as angústias, o esgotamento resultante da pressão da vida social, o comportamento impulsivo e a introversão acentuada”. (Heidegger, 1981, p. 72)

#### **4.1.3. Concepção Sociológica.**

Para abordar a concepção sociológica nada melhor que citar o sociólogo, antropólogo, cientista político, psicólogo social: Émile Durkheim (1897/2000). Em seu livro, O Suicídio – Estudo de Sociologia, apresenta o conceito de corrente suicidógena<sup>1</sup>, aborda que “cada povo tem, coletivamente, uma tendência ao suicídio que lhe é própria e da qual depende a importância do

---

<sup>1</sup> O conceito durkheimiano de indivíduo permite-se vislumbrar o ato particular que há uma necessidade social do indivíduo social-individual, além do indivíduo que resulta da ação educativa da sociedade, há uma esfera psíquica que escapa a toda regulação social, o indivíduo social-individual. Essa esfera psíquica permanece como um limbo entre o que é da constituição orgânica e o que é adquirido socialmente, por meio da educação formal ou informal.

tributo que ele paga à morte voluntária” (p. 392). Assim, apresenta como um fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade, em todas as culturas.

Durkheim (1897/2000) contribui sobre o que deve ser considerado uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito. É a consequência final de um processo.

O sociólogo, em sua obra, também faz uma divisão em três formas de suicídio. O suicídio egoísta pelo qual, o indivíduo se afirma demasiadamente em relação à sociedade que o rodeia, gerando um descompasso entre eu/mundo. A segunda é o suicídio altruísta, que ocorre especialmente movido pelas seguintes razões, o indivíduo percebe a sua inutilidade social ou se vê oprimido pela pressão da sociedade; o indivíduo sacrifica a si próprio por um ideal. A terceira forma de suicídio é a anômica, falta de objetivos e regras e de perda de identidade ocasionada por uma deficiência de regras na sociedade. Essa terceira forma se mostra como uma dessas forças sociais externas.

#### 4.1.4. Concepção Psicológica.

Por último, mas não menos importante, encontramos a concepção psicológica. Em "O ego e o id" (1923/1969b), Freud fala que:

[...] a dor parece desempenhar um papel no processo, e a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo (p. 39).

Mussy (2016) apresenta que pela experiência da dor entende-se que ela é única e peculiar ao ser humano e, com ela, o corpo afronta desde o momento em que fazemos nossa entrada na vida. A autora ressalta que Freud fala sobre a experiência da dor na perspectiva psicanalítica que este fenômeno doloroso se organiza no âmbito da pulsão de morte, assim, havendo uma necessidade de busca pelo prazer, pela realização do prazer repete-se o mesmo circuito e retorna ao inconsciente. Mussy afirma que este ciclo de instinto de morte considera-se um significante da vida onde o corpo é o suporte para a presença dessa vida. Freud (1915/1969a) disserta que a dor não é um sinal de dano, ela é autoerotismo<sup>2</sup> e diz quanto ao que é e o que não é de sua relação com o corpo. Pensemos então que uma dor apaga a outra, uma toma a frente e sobrepõe à outra motivando os objetos de desejo e investindo na lei libidinal, assim, a dor emerge para impor limite seja entre o eu e o outro ou entre a psique e o corpo na qual está também sob uma profundidade de amor. Em Luto e Melancolia (Freud, (1915/1969a), o suicídio é o retorno da destrutividade contra o próprio sujeito, visto por um desejo de matar um outro, porém o sujeito se vê incapaz de fazê-lo e retorna para si a agressividade como punição. Em O livro da Dor e do Amor de J.-D. Nasio (1997) parafraseia Freud da seguinte forma:

“Nunca estamos tão mal protegidos contra o sofrimento como quando amamos, nunca estamos tão irremediavelmente infelizes como quando perdemos a pessoa amada ou o seu amor”. O paradoxo incontornável do amor: mesmo sendo uma condição constitutiva da

---

<sup>2</sup> Autoerotismo é, numa perspectiva psicanalítica, a fase de amor próprio da sexualidade infantil, o estágio de desenvolvimento emocional em que o prazer sexual é adquirido somente através da experiência subjetiva. Nesta, uma pulsão parcial encontra prazer num local (zona erógena), sem existir uma unidade corporal. Esta fase autoerótica surge durante o período de amamentação. Deve-se distinguir do narcisismo, já que o autoerotismo não tem objeto, enquanto que no narcisismo o ego é reconhecido como sendo do próprio e a criança sente o seu corpo como objeto de amor.

natureza humana, o amor é sempre a premissa insuperável dos nossos sofrimentos. Quanto mais se ama, mais se sofre. (p.17).

Portanto, Nasio (1997) fala que é interessante observar como se relaciona o sujeito do inconsciente com a dor que se excede bem como com o sofrimento. Nem a dor, tampouco o sofrimento, tem embasamento exclusivamente no organismo, mas no sentido que o sujeito dá às suas experiências do mundo e no mundo.

Mussy (2016) diz que um dos pontos significativos para a temática é a depressão, que se caracteriza por um estado de desânimo absurdamente sofrido, perda de interesse pelo mundo externo, diminuição do sentimento de estima de si, bloqueio em produzir algo, culminando uma autopunição. A autora diz que o sujeito melancólico tem seu eu como incapaz, sem valor e sente-se moralmente desprezível; desta forma, entende-se que a depressão representa a perda do objeto que se converte na perda ao eu. Atualmente, a autora demonstra que as manifestações de depressão e suicídio mostram-se presentes nos diversos espaços sociais, atingindo sujeitos com diversas faixas etárias, culturas, raças e crenças. Destaca-se que a depressão é evidenciada como um fator de risco para o ato suicida. Assim, ela apresenta que a depressão é marcada pela dificuldade de elaborar ou ressignificar aquilo que surge do inconsciente e o sujeito teme enfrentar o seu desejo.

Depois de navegar pelos pensamentos de vários autores, na atualidade buscamos afirmações de autores que reflitam sobre a temática, como Thomas Szasz (2002); o mesmo ressalta que no passado resumia-se a condição suicida como um mal, sem o autor trata de uma forma moralizante, que tende a compreender o suicídio como um fenômeno necessariamente negativo, do qual se quer buscar constantemente um afastamento. Thomas Szasz, em um livro chamado *Libertad Fatal - Ética y Política del Suicidio*, diz que:

[...] usamos a palavra 'suicidio' para expressar duas ideias bastante diferentes: por um lado, com ela descrevemos uma maneira de morrer; ou seja; tirar a própria vida, voluntária e deliberadamente; por outro lado, no lugar de utilizamos para condenar a ação, ou seja, para qualificar o suicídio de pecaminoso, criminoso, irracional, injustificado... em uma palavra, mal. ( p. 21 – trecho original, nota de rodapé).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> [...] usamos la palabra «suicidio» para expresar dos ideas bastante diferentes: por un lado, con ella describimos una manera de morir, es dedr, quitarse la vida, voluntaria y

#### 4.1.5. Breves apontamentos quantitativos e qualitativos sobre o suicídio.

O suicídio pode, na atualidade, apresentar-se em números, o que reforça a necessidade de se trabalhar a questão como um aspecto de saúde pública. Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança de 2002, fornecido pela OMS, em dados estatísticos que a média para 53 países dos quais há dados completos disponíveis, a taxa agregada foi de 15.1 por 100 mil. E, segundo a OMS (2002) a taxa de suicídio é quase universalmente mais elevada entre homens, em comparação com as mulheres, por um coeficiente agregado de 3,5/1.

Há informações, conforme a OMS, disponíveis de 7 dos 11 desses países nos últimos 15 anos. As tendências variam de um aumento de quase 6,2% no México a um declínio de 17% na China, enquanto os EUA e a Federação Russa se encaminham em direções opostas pelos mesmos 5,3%, são necessárias duas observações: primeiro, é muito provável que só o tamanho das suas populações coloque esses países na mesma categoria, uma vez que são diferentes em praticamente todos os outros aspectos e segundo, a magnitude da mudança não reflete a verdadeira magnitude dos índices de suicídio naqueles países. No ano mais recente para o qual há dados disponíveis, os índices de suicídio variam de 3,4 por 100 000 no México a 14,0 por 100 000 na China e 34,0 por 100 000 na Federação Russa.

Após, este relatório o quadro muda um pouco após 10 anos produz outro material, Arrantes (2014) pesquisador da Fiocruz faz o comentário sobre este relatório, trazendo dados segundo a agência da ONU, no qual mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no mundo, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos e sendo 75% dos suicídios ocorrem em países de baixa e média renda. O Brasil é o oitavo país, nas Américas, em número de suicídios. “Tem havido um crescimento expressivo do suicídio no mundo inteiro. No Brasil, a taxa é alarmante porque não se falava abertamente nisso, mas se sabia do problema” diz o pesquisador.

A OMS em 2016 promoveu mundialmente um dia específico, 10 de setembro, para alertar sobre a prevenção ao suicídio, em parceria com Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS,2006) afirma em um relatório que, “para cada suicídio, há muito mais pessoas que tentam a cada ano. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral”. (p.32). Destaca a ingestão de pesticida, enforcamento e armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio em nível global. “Trata-se de um grave problema de saúde pública; no entanto, os suicídios podem ser evitados em tempo oportuno, com base em evidências e com intervenções de baixo custo”, disse a OPAS/OMS.

“Embora a relação entre distúrbios suicidas e mentais (em particular, depressão e abuso de álcool) esteja bem estabelecida em países de alta renda, vários suicídios ocorrem de forma impulsiva em momento de crise, com um colapso na capacidade de lidar com os estresses da vida – tais como problemas financeiros, terminos de relacionamento ou dores crônicas e doenças”. (Organização Mundial de Saúde, 2006).

Além disso, enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados com o comportamento suicida.

Segundo o relatório as taxas de suicídio também são elevadas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI); e pessoas privadas de liberdade. De longe, o fator de risco mais relevante para o suicídio é a tentativa anterior, disse a organização.

A cada quarenta segundos uma pessoa comete suicídio e a cada três segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. Estima-se, segundo a OMS, que até 2020 poderá ocorrer um incremento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo, sendo que o número de vidas perdidas desta forma, a cada ano, ultrapassa o número de mortes decorrentes de homicídio e guerra combinados. Além disso, cada suicídio tem um sério impacto na vida de pelo menos outras seis pessoas.

A OPAS/OMS (2006) alerta que os suicídios podem ser evitados com uma série de medidas que podem ser tomadas junto à população, subpopulação e em níveis individuais. Entre as medidas está a redução de acesso aos meios utilizados; a introdução de políticas para reduzir o uso nocivo

do álcool; identificação precoce, tratamento e cuidados de pessoas com transtornos mentais ou por uso de substâncias, dores crônicas e estresse emocional agudo e entre outras.

O estigma, particularmente em torno de transtornos mentais e suicídio, faz com que muitas pessoas que estão pensando em tirar suas próprias vidas ou que já tentaram suicídio não procurem ajuda e, por isso, não recebam o auxílio que necessitam, disse a OPAS/OMS (2017).

Em diversas sociedades, o tema é um tabu e, por isso, não é discutido abertamente, apenas alguns países incluíram a prevenção ao suicídio entre suas prioridades de saúde e só 28 países relatam possuir uma estratégia nacional para isso. “Sensibilizar a comunidade e quebrar o tabu são ações importantes aos países para alcançar progressos na prevenção do suicídio”. (OPAS/OMS, 2017)

Com isso, a OMS enfatiza que o suicídio é mais que uma questão filosófica ou religiosa, é responsável por 24 mortes diárias no Brasil e 3 mil no mundo todo, além de 60 mil tentativas.

A OMS (2000) ressalta os seguintes assuntos que devem ser abordados na cobertura de um suicídio:

“As estatísticas devem ser interpretadas cuidadosamente e corretamente; fontes de informação confiáveis e autênticas devem ser usadas; comentários improvisados devem ser feitos cuidadosamente, a despeito das pressões de tempo; generalizações baseadas em fragmentos de situações requerem atenção particular; expressões como “epidemia de suicídio” e “o lugar com a mais alta taxa de suicídio do mundo” devem ser evitadas; deve-se abandonar teses que explicam o comportamento suicida como uma resposta às mudanças culturais ou à degradação da sociedade” (OMS, 2000)

Esses números não estão desprovidos de significado e esses números, de certa forma, confirmam o que Bebbington<sup>4</sup> (1976), nos apontou, eles indicam que a doença pode levar a estados depressivos, principalmente em indivíduos de alta reatância perceptiva (sensibilidade a estímulos internos), que por sua vez pode provocar o comportamento suicida.

Bertolote (2009) realizou um estudo de diferentes formas de suicídio no mundo e elabora três fatores que contribuem para o quadro extremamente diverso das características dos comportamentos suicidas:

---

<sup>4</sup> Professor e psiquiatra da Universidade de São Paulo – USP.

- O primeiro é inerente à própria essência dos comportamentos suicidas: a depressão, alcoolismo, esquizofrenia são os transtornos mentais mais frequentemente associados aos comportamentos suicidas. A distribuição desses transtornos não é uniforme através do planeta, isso acaba contribuindo para a diversa ocorrência de suicídios de parte a outra.
- O segundo, este extrínseco ao fenômeno dos comportamentos suicidas, é relativo à eficácia da capacidade e prontidão de resposta dos distintos sistemas de saúde. Quando o sistema é altamente eficiente, podemos ter um desfecho não-fatal, que será registrado, no máximo, como tentativa de suicídio. Quando o sistema não o é, em casos semelhantes o desfecho resultante poderá ser um óbito, que engrossará as estatísticas de mortalidade específica autoinflingida.
- O terceiro fator está relacionado aos fatores de proteção contra os comportamentos de autodestruição. Os fatores de proteção estão profundamente enraizados na cultura e na estrutura de cada grupo social e de sua atuação só poderia resultar uma diversidade geográfica, exatamente o que se observa numa análise dos comportamentos suicidas desde uma perspectiva internacional.

Segundo OPAS (2006) existem estágios no desenvolvimento da intenção suicida, dar o início com a imaginação ou a contemplação da ideia suicida. Após, um plano de como se matar, que pode ser implementado por meio de ensaios realidade ou imaginários e finalmente, culminar em uma ação destrutiva concreta. Com isso, não podemos esquecer que o resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de variáveis que nem sempre envolve planejamento.

#### 4.2. CONCEITUAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

O presente trabalho trata de dois aspectos essencialmente psicanalíticos. A psicanálise teve sua origem em Sigmund Freud em 1893-1897 e estabeleceu, através de suas pesquisas, princípios básicos para o entendimento da psique. A transferência e a contratransferência são aspectos da técnica, imprescindíveis para a compreensão do estado daquele que se dispõe, ou foi encaminhado, a atendimento psicoterapêutico. De forma didática



e coerente o primeiro aspecto tratado será a transferência, requisito básico para a compreensão da contratransferência. Segundo o Vocabulário de Psicanálise, de Laplanche e Pontalis (1967/1996):

O termo transferência designa: "...o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre alguns objetos no enquadre da relação analítica tendo como modelo um tipo de relacionamento preestabelecido. Trata-se de uma repetição de protótipo infantil vivida com um sentimento marcado de atualidade". (p. 492)

Zanello (2007) aponta que para Freud a transferência é uma técnica específica que dirige a vida erótica, um chavão estereotípico constantemente repetido. O autor enfatiza que o analista é colocado num determinado lugar pelo inconsciente do paciente: implica em repetição de um sentido que insiste em se realizar. Freud nos diz que a transferência é também a possibilidade preliminar para a nomeação atos e seu reconhecimento das questões inconscientes.

E, Candi (2008) ressalta que essa técnica rigorosa, desenvolvida por Freud, marca e afirma um grau superior de legalidade teórica, integrando: a sugestão, a repetição e a resistência, assim, são as três vertentes pelas quais se manifesta, no enquadramento clínico e o fenômeno transferencial. O efeito sugestivo, que destaca o autor, provém muito menos do sugestionador (terapeuta) que do sugestionado (paciente), por isso, é de toda maneira sua influência que perpassa e define todo o tratamento psíquico. Já Lacan (1969-1970) disserta que o inconsciente está estruturado como uma linguagem, assim, sua manifestação só se dá sobre forma discursiva. O autor revela que um indivíduo atravessado pela linguagem somente o é na condição de ser amarrado na ligação com o outro. Forma pela qual os sujeitos tecem e estruturam seus laços transferenciais.

A transferência para psicanálise exige, como condição prévia, situar-se no próprio campo da experiência analítica. O conceito de transferência pode ser entendido na obra de Freud, mais especificamente, no capítulo 4 dos "*Estudos sobre a histeria*" (1895), obra em que o termo aparece pela primeira vez. Nessa obra, Bissoli (2006) mostra que trata-se de um estudo preliminar, do processo de análise, que deve levar à verificação da técnica, que sofreu transformação ao longo da elaboração teórica. O autor destaca também, que há mais aparelhamento para se entender a transferência sobre as diferenças e

semelhanças que ocorre dentro do processo de análise, onde as modificações e invariantes, com as quais outros autores, mais contemporâneos, trabalham a noção de transferência, sem que estes deslizamentos semânticos, técnicos estejam necessariamente explicitados.

Já, segundo Candi (2008) Freud, em 1900, na “*Interpretação dos sonhos*”, utiliza o termo “transferência” para designar os deslocamentos dos investimentos libidinais, o que implica uma mobilidade dos investimentos do paciente, tanto no nível intrapsíquico como no nível intersubjetivo, do somático ao psíquico e de um objeto para outro.

Freud (1912/1985b) na “A dinâmica da transferência” introduz o conceito de transferência, dizendo:

“Cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir a sua vida erótica – isto é, nas pré-condições para enamorar-se que estabelece nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela” (p.133).

Assim, para Freud (1912/1985b) as transferências são uma expressão da estrutura pulsional do sujeito, que foi moldada tanto pela predisposição inata como pelas suas primeiras experiências com objetos primários. O autor ainda afirma que é uma predisposição de todos os neuróticos a transportar para os objetos externos parte das expectativas e desejos. O autor continua falando que ela é constituída por um conjunto de impulsos à procura de uma ligação com um objeto capaz de promover “processo de desenvolvimento psíquico”

A transferência cria assim, segundo Zanello (2006), uma região mediadora entre a doença e a vida real, através da qual a mudança de uma para outra é efetuada. O autor demonstra uma nova condição que assumiu todos os atributos da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. Na obra de Freud (1923/1969b) trata-se de um fragmento de experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória. Com isso, a partir das reações exibidas na transferência, “somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada”. (p. 201). A transferência se refere, segundo Freud (1913/1996a) à relação pessoal do paciente com o médico e à influência.

### 4.3. CONCEITUAÇÃO DE CONTRATRANSFERÊNCIA

A contratransferência é abordada por Freud em “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” (1910/1985c), com objetivo prático e no artigo “Observações sobre o amor de transferência” (1915/1980). Estas duas obras nos indicam dois aspectos importantes que contextualizam a inserção da contratransferência nas teorizações psicanalíticas: primeiro, há a preocupação com o aumento de médicos que passaram a exercer a psicanálise, assim Freud procurou demarcar os pressupostos éticos e científicos da psicanálise através dos artigos técnicos; segundo, demarca o aspecto fundamental pode-se verificar que as noções de transferência e de contratransferência nascem a partir de impasses clínicos.

Na verdade pode-se dizer que a psicanálise nasce para objetar a um impasse clínico e Gonçalves (2012) aborda que de todas as transformações paradigmáticas, que já sofreu e ainda sofrerá, a contratransferência é um campo de saber em permanente constituição, são decorrentes do aumento da capacidade de instrumentos e recursos que possibilitam uma maior apreensão de fenômenos vivenciados entre terapeuta e paciente. Freud discute justamente sobre as dificuldades clínicas. E ele aborda o entusiasmo inicial da psicanálise que é decorrente dos resultados obtidos em muitos tratamentos e enfatiza que as descobertas futuras possibilitarão melhorar as perspectivas terapêuticas. Levando em conta que o processo interno do terapeuta, Freud, segundo a autora, distingue dois campos: dos avanços no conhecimento analítico e dos avanços na técnica.

Estes processos internos que ocorrem no terapeuta, mostram que o trabalho do terapeuta passa a ser o da interpretação, considera esse período do método interpretativo, que é, segundo Gonçalves (2012) o terapeuta faz um movimento em direção ao paciente, que conduz o processo de análise, pois somente dessa forma poderá compreender o funcionamento psíquico do paciente e coloca-o a pensar e refletir, com isso possa formular a hipótese de qual conteúdo está sendo protegido pela resistência e fornecer a ideia antecipadora do paciente.

De acordo com Laplanche & Pontalis (1992), a contratransferência é o “Conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e,

mais particularmente, à transferência deste”. (p. 102). Através do texto: “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica”, Freud (1910/1985c) conceitua a contratransferência como um dos “perigos da análise”, pois as próprias exigências pulsionais do terapeuta seriam mais facilmente despertadas ao ter de manejar as pulsões e o material recalçado de seus analisados.

A contratransferência é descrita por Freud (1910/1985c) como o resultado da influência do paciente sobre o inconsciente do analista. Freud escreve para o psiquiatra suíço Ludwig Binswanger, em 20 de fevereiro de 1913, colocando sua posição sobre a contratransferência:

“O problema da contratransferência, que o senhor suscita, é um dos mais difíceis da técnica psicanalítica. Na teoria, segundo penso, é mais fácil de resolver. O que se dá ao paciente não deve ser jamais afeto espontâneo, mas sempre deve ser afeto conscientemente manifesto, em maior ou menor quantidade, conforme as necessidades do momento. Em certas circunstâncias, é preciso dar muito – nada, porém, que venha diretamente do inconsciente do analista. Para mim, esta é a regra”. (Freud & Binswanger, 1908-1938, p. 183).

A contratransferência é, segundo o autor, negativa e prejudicial ao tratamento, sendo necessário seu domínio. Freud considera uma falta técnica o não cumprimento desta regra, no qual o terapeuta nunca deve expressar seu afeto de forma direta. Pereira (2001) prescreve como única possibilidade de expressão afetiva do terapeuta aquela que é precedida por um processo psíquico consciente, o que parece implicar um trabalho psíquico de elaboração. Entretanto, o autor reconhece a dificuldade de se lidar tecnicamente com a contratransferência. Esta questão, segundo ele, é mais facilmente solucionada no campo teórico do que na clínica. No âmbito da teoria, resolve o problema fazendo uma distinção entre “afeto espontâneo” e “afeto conscientemente manifesto”, no qual o primeiro é encarado como erro técnico e o segundo, seja a única via possível para o terapeuta expressar seu afeto no processo psicanalítico.

Esta distinção também pode ser descrita em outros termos: como uma oposição entre atuação contratransferencial e a contratransferência sujeita ao processo de elaboração. A atuação da contratransferência parece ser uma das razões que teriam levado Freud (1914-1915/1980) a formular a regra de abstinência. Assim, esta regra tanto se dirige ao analisando como ao terapeuta,

segundo o autor, o analista deveria estar atento para o risco, ao se deixar levar por sentimentos em relação ao paciente do que havia pretendido. Dessa forma trata-se do risco de responder às demandas do paciente em análise e ao mesmo tempo, responder aos próprios desejos frente a tais demandas.

Freud (1914-1915/1980) dá à possibilidade de ir mais além, parece remeter, mais precisamente, à atuação contratransferencial. Hanns (1996) destaca que seja o caminho para que o terapeuta não incorra numa atuação dentro da situação de análise, seria o da abertura para a via da elaboração. A elaboração da contratransferência é a maneira pelo qual o terapeuta poderia conduzir seu afeto no sentido de uma simbolização.

Andrade & Herzog (2011) afirma que é um caminho em direção à palavra, dando-lhe sentido através do desenvolvimento de redes fantasmáticas, impedindo que venha a emergir no campo do ato. Dessa forma, as autoras tratam da aposta em um processo de elaboração e simbolização contínuo, através do qual seja possível reconhecer e nomear suas impressões afetivas.

Moura & Nikos (2001) destacam que, a fim de edificar um caso, é preciso que o terapeuta reflita sobre sua contratransferência, mostrando que não visa só a psicopatologia do analisado, mas também sua dimensão trans-subjetiva, apontando para sua própria compulsão à repetição e sua impossível resposta à fala do paciente.

Racker (1982) apresenta as duas formas de se ver a contratransferência que distingue reação contratransferencial em direta e indireta. A primeira ocorre pela estimulação do paciente. Já a segunda apresenta-se quando o objeto que provoca essa reação não está na figura do analisando, mas representa as reações emocionais do terapeuta para com seus pais, um supervisor, colegas, professores e outros indivíduos com uma significância para ele.

#### **4.3.1 Contratransferência somática.**

Levantarei aqui algumas ponderações para discussão sobre uma forma de contratransferência. Aquilo que aparece na forma de manifestações nos corpos do terapeuta durante a sessão e a possibilidade de seu uso ao serviço de entendimento do campo analítico. Korovsk (2010) aborda que a resposta

interna do terapeuta ao analisando, inclui, “os conteúdos inconsciente de que transfere sobre ele bem como sua identificação, com o ego, o id e o superego do analisando (identificação concordante) ou com seus objetos internos (identificação complementar)” (p.94). O autor disserta que os terapeutas são mais propensos para considerar reações contratransferenciais, as manifestações corporais são experimentadas nas sessões. Para Korovsk (2010) “nem consideramos, na maioria dos casos, a nossa postura corporal ou as mudanças que adotamos na poltrona. Sim, nós fazemos isso com o paciente no sofá”. (p.94) Assim, o autor assinala várias manifestações no corpo como:

“as dor de cabeça, dor de dente, dor abdominal, desejo de urinar, de defecar, uma sensação de frio ou calor, letargia ou de sono, um membro adormecido, um ataque de tosse ou espirros (sem ser frio), sons do intestino ou qualquer outro tipo de transtorno somático que possa aparecer na sessão com um analisando poderia ser incluído na série de reações contratransferenciais”. (Korovsk, 2010, p.94)

A atenção flutuante durante as sessões é carregada de pensamentos, ocorrências, memórias, sentimentos, que costuma chamar de "psíquico", mas desistimos de nossas sensações corporais sendo um dos pressupostos fundamentais da psicanálise.

Já Korovsk (2010) infere que não formam uma série sem vazios, um modo de elevar os processos físicos ou somáticos concomitantes do psíquico, parece necessário conferir com a perfeição maior do que a série psíquica. Freud (1937-1939/1996c) em sua obra, *Construção em Psicanálise* “afirma que esses processos concomitantes presumivelmente somáticos são o psíquico genuíno, e fazê-lo prescreve ao início da qualidade da consciência”. (p.156)

## **5. ANÁLISE DO RELATO DE EXPERIÊNCIA EM PACIENTES COM IDEAÇÃO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO.**

Após uma breve conceituação teórica sobre suicídio, transferência e contratransferência, apresentarei uma análise vivenciada na Clínica Escola de Psicologia com pacientes com ideação ou tentativa de suicídio.

Primeiramente, o atendimento psicológico a pacientes com a referida temática, levanta questões éticas, sendo notável no que se refere à questão do sigilo. Como o Código de Ética Profissional do Psicólogo (2014) orienta que a ética profissional garante uma relação adequada entre profissional, paciente e sociedade.

Nas orientações do Código de Ética, percebe-se dúvidas sobre como agir, como, por exemplo: no que se trata a oferecer apenas as informações necessárias no caso de quebra de sigilo, como quantificar quais informações podem ser compartilhadas? O psicólogo deve ou não tentar impedir que um paciente cometa suicídio, em caso positivo de que forma e em que situações? Deve avisar os familiares, considerando que a quebra de sigilo pode interferir na relação entre do terapeuta e o paciente, afetando o sentimento de confiança? Mas o Código faz referência que quando o indivíduo está propenso a risco de vida, precisa ser comunicado e informado a família e com isso, o psicólogo para evitar acusações de natureza civil, é importante documentar todas as sessões, contatos telefônicos, sessões extras, a caso de necessidade, além de incluir no contrato terapêutico que o sigilo será quebrado em casos de risco de vida do paciente e de outra pessoa.

Quando há potencial de suicídio, é viável que o paciente não fique sozinho. O trabalho de um sistema de apoio em conjunto com psiquiatras, numa abordagem multidisciplinar, visa congrega a ajuda a família no entendimento do que se passa no indivíduo de tentar ou cometer suicídio, sendo fundamental para o trabalho.

E para os cuidados do terapeuta é fundamental quando se trata das questões sobre o suicídio, pois as tentativas de suicídio não devem ser supervalorizadas e nem desvalorizadas, sendo necessário entender e acolher, pois o que tange a auto-destruição há grande probabilidade do suicídio se

concretizar, levando isso em consideração é recomendável o trabalho de uma equipe multiprofissional e do grupo familiar.

Em análise clínica, trabalhar a questão do acolhimento para estes pacientes é de grande importância, pois, o acolhimento se faz necessário nas urgências subjetivas do indivíduo que são algumas vezes, segundo Freud (1913/1996a) os aspectos conscientes/inconscientes que emergem, colocando em cena o modo como o solicitante funciona, uma vez que estes se reproduzem na entrevista clínica. Assim, os pacientes com ideação/tentativa de suicídio, trazem consigo a morte como única alternativa para aliviar seu sofrimento e fazer o acolhimento a estes pacientes que possuem extrema necessidade. Como uma mãe que acolhe um filho, o terapeuta observa que sentimentos estão sendo emanados do paciente. (Azevedo, 2015) Para que se sintam a vontade ao expor suas vivências do percurso da sua vida, assim, a demanda suas são um grito de socorro para que o ato não seja consumado. A atitude de procurar ajuda, ou mesmo a de terceiros que percebem a necessidade do outro e os encaminha ao tratamento psicológico, mostra como uma brisa de vida que ainda resta do paciente e o terapeuta precisa proporcionar um ambiente acolhedor para que o processo psicoterapêutico prossiga.

Outra ferramenta própria do terapeuta é a escuta, ela trás a sensibilidade inata, escuta seu paciente com a finalidade de captar significados que estão encobertos pelas falas e analisa cada ponto significativo, para a percepção e o entendimento das palavras expressas no *setting*. O método psicanalítico tem a interpretação como principal recurso técnico e Freud (1904) considera que através dessa técnica é possível esclarecer os efeitos enigmáticos da vida psíquica do indivíduo, evitando a continuação e mesmo a reprodução da doença, tornando o inconsciente acessível à consciência, desfazendo-se os recalcamientos e superando-se as resistências. A psicanálise surge e se desenvolve na escuta, a partir da escuta singular à qual se propõe à medida que o campo psíquico pode ser igualado a um sistema aberto e a escuta destaca-se como ponto fundamental no campo intersubjetivo, característico do encontro analítico.



“Pensar o sujeito como um sistema aberto à intersubjetividade, não somente no passado, senão na atualidade, exige refletir sobre as tramas relacionais e seus efeitos constitutivos da subjetividade” (Hornstein, 2003, p.97).

Com a associação livre do paciente, se produz um deslocar da imagem, de fato fixo e este vai se incluindo em múltiplas imagens, sujeitas as combinações possíveis se multiplicam e no qual o ritmo, a cadência, a intensidade maior de alguns fonemas, a excitação explícita no gaguejar de uma palavra, o sentido duvidoso de uma frase mal edificada que se inserem no contexto discursivo. Assim, vão dando tonalidades diferentes a figuras que não passam despercebidas à escuta sutil da atenção flutuante. Ao mesmo tempo, ao ser escutado pelo terapeuta, o próprio paciente que fala se escuta.

Os pacientes com ideação suicida apresentam no discurso uma forma de arquitetar contra sua própria vida e nessa construção o indivíduo coloca significados e razões em cada movimentação para concluir o ato e o terapeuta precisa estar muito atento nessa construção, pois a pulsão de morte vai aumentando e o desejo de aniquilar a vida fica mais presente, dessa forma pode ser comparado com uma bomba-relógio, no qual cada tempo que passar são novas ideias que surgem, ao ponto de estourar na tentativa de aniquilamento da vida

O entendimento das “entrelinhas” ou questões que emergem inconscientemente, na fala dos pacientes, o terapeuta precisa possuir um conhecimento teórico e consistente das técnicas, para que não erre nas interpretações e prejudica o processo analítico.

Já com a tentativa, a exigência empática do terapeuta precisa de mais cuidado, pois o mesmo produz a vida e à sua frente está um indivíduo que apresenta a morte, isso quer dizer que, o paciente já confrontou a vida e tentou matá-la, como falar de vida para um indivíduo, que por algum motivo, não acreditou nela? Pois, pode se deparar com questões do próprio terapeuta sobre a vida.

## 6. DISCUSSÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA NO SETTING TERAPÊUTICO.

O processo de contratransferência é entendido como uma reação do terapeuta provocada pela transferência do paciente, e, como tal, algo a ser entendido e utilizado para que o terapeuta volte a trabalhar em condições adequadas.

“O atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio, pode mobilizar e levar o profissional a entrar em contato com questionamentos, angústias e dúvidas, geradas no terapeuta” (Santos, p. 184),

Estes questionamentos, advindos do atendimento, confrontam os seus próprios limites. No entanto, quando o suicídio é a problemática em questão: o terapeuta pode ter uma atitude objetiva ou subjetiva? A atitude objetiva se mostra sem a relação, só questionamentos como forma de coleta de dados, sem o vínculo, pois o paciente com ideação/tentativa de suicídio não é muito acessível a conteúdos que fazem referência ao suicídio, eles dão voltas e falam de outras queixas, se sentindo envergonhados sobre os pensamentos de tirar a vida e principalmente os que já tentaram, em caso de adolescentes precisa usar recursos (jogos, seleção de figuras, família terapêutica e entre outros) como auxílio para chegar a verbalização, pois um dos pacientes para chegar a verbalizar a causa da queixa precisou de dez sessões e outros um pouco menos, com isso percebe-se uma dificuldade de criar o vínculo. A atitude subjetiva é levantada ao terapeuta onde seus próprios anseios são questionamentos, sobre a fala do paciente.

A contratransferência somática, foi o que chamou muita atenção, como foi pontuado teoricamente nesse trabalho, pelo qual apresentaram durante e depois das sessões, como isso foi motivo de instrumento de análise sobre reações do terapeuta causada inconscientemente pela narrativa do paciente, sintomas como a fome que era o mais intrigante, pois alimentação era feita antes de atender o paciente, quando falava em questão do sentido que ele dava para a vida, irritabilidade era constante após o atendimento, sono as vezes durante e após a sessão, momentos que o terapeuta se desligava sem o paciente perceber, pois ao tocar no assunto que fazia referência ao ato suicida

o sono era muito forte, urinar era o que chamava mais atenção, pois ia de hora em hora após as sessões. Todas essas sensações, além de dar sinais sobre a problemática que se apresenta diante do terapeuta, intrigam e instigam uma análise mais profunda de seus significados, foi de forma primordial o estudo de caso e ajuda da supervisão clínica, para poder entender essa contratransferência apresentada pela somatização do terapeuta em alguns casos sentida pelo próprio supervisor, ao ler o relato clínico.

A fome pode estar inconscientemente representando o vazio que é transmitido para o terapeuta, falta de algo, a falta de crença na vida, de não encontrar objetivos/motivos na vida, de afetividade, foram pontos que fizeram o terapeuta levar o paciente a refletir.

A irritabilidade/nervosismo tem em termos psicanalíticos a relação com o desamparo primário, quando se refletia sobre os cuidados da família e a relação com a mãe as expressões era de desconforto e indignação, que era analisado como uma forma de chamar a atenção outros e não ser ouvido, se irritar facilmente por se sentir esquecido e desamparado não encontrava sentido para a vida.

O sono pode ser analisado de duas formas, uma é a própria resistência aos conteúdos que não estavam elaborados e evitava falar, respeitar o processo de elaboração e amadurecimento sobre o conteúdo que lhe causava dor e angústia, o sono era frequente, após entender e compreender que era um conteúdo difícil do paciente e não do terapeuta, o sono passava. A segunda forma de analisar o “sono da morte” de querer dormir e não acordar, representados nas falas.

Outro sintoma a ser analisado é o de urinar a cada hora, que pode ser analisado como a necessidade de se limpar, limpeza, retirada, anulação da culpa de ter pensamentos suicidas e condenação por tentar tirar a vida.

Outra discussão importante para averiguação, é a questão da contratransferência espontânea, que é um erro grave na devolutiva para o paciente, como exemplo: perguntar sobre qual o sentido da vida! Como falar de vida se o indivíduo não concebe um sentido para ela? Com essa forma de contratransferência o terapeuta poderá prejudicar todo o andamento do processo de análise ou até potencializar o paciente a cometer o real suicídio.

E, por fim a questão da atuação do profissional, pois pacientes com ideação/tentativa de suicídio são de demandas urgentes e o terapeuta precisa encontrar meios rápidos para conter essa pulsão para morte, entender o psiquismo do indivíduo e como foi ou está sendo feita a construção do mesmo, analisar se o terapeuta está gerando reflexão no paciente ou está apenas atuando por não dar conta do caso e fica postergando.

## CONCLUSÃO

Precisa-se investir mais em campanhas em prevenção ao suicídio, pois os índices que a OMS nos oferece em cada relatório é alarmante, sabendo que vivemos uma sociedade massacrante de ideologias e de sistemas que corrompe natureza do indivíduo, mas mesmo assim tem a necessidade de falar mais sobre o suicídio e discutir em todos os campos sociais. A OMS (2017) “ênfatiza que o suicídio é mais que uma questão filosófica ou religiosa, é responsável por 24 mortes diárias no Brasil e 3 mil no mundo todo, além de 60 mil tentativas” estes são dados registrados; mas a grande questão é o silêncio daqueles que não procuram ajuda, por isso, falar sobre o suicídio em redes sociais, mídias, meio de comunicações e afins... fazem essas estatísticas diminuir e a promoção de saúde emergir.

Toda a experiência clínica durante o percurso do curso de Psicologia, foi importante para constatar o quando o trabalho do profissional em psicologia é importante para o ser humano, pois fazer o paciente refletir sobre seus sofrimentos e demandas e conseqüentemente conseguirem elaborar, encontrando um equilíbrio para não gerar mais sofrimento é um ganho impar para a sociedade e para o profissional que se lança a realizar tal atividade; ao mesmo tempo trabalhar com todas as demandas do paciente que possui sintomas graves, como ideação suicida e os que tentaram cometer o suicídio exigem desse profissional muito mais atenção.

Como sugestão importante, o profissional que se depara com o atendimento de pacientes com essas demandas, precisa ter seus próprios conteúdos bem elaborados para que não prejudique o processo. Precisa lançar mão do tripé psicanalítico, estabelecido nos primórdios da teoria, a terapia pessoal, supervisão e estudo teórico. A Terapia pessoal faz-se importantíssima, pois a carga destes pacientes é grande, e o terapeuta aparece como fonte de positividade e que não seja levado pela demanda do paciente, sempre ficar atento ao fazer a devolutiva, verificando se não são seus próprios conteúdos não elaborados ou se são conteúdos do próprio paciente.

Sentir na pele aquilo que o outro sente é imprescindível para que todo o processo de conhecimento de si, por parte do paciente, seja efetivo, procurando resposta sobre a demanda que aflige e causa dor.

A contratransferência há muito já provou que sua utilização como ferramenta terapêutica é imprescindível para todo o processo de “cura”. Um terapeuta nunca viverá a clínica sem seus efeitos, por mais que os negue, a contratransferência está ali, nele, dentro dele... E só por ele poderá anunciar os benefícios de dar novo sentido à palavra vida.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**, 5ª ed. São Paulo – SP, Editora Martins Fontes, 2007, pg. 939.

ARRANTES, Paulo. Suicídio: pesquisadores comentam relatório da OMS, que apontou altos índices no mundo. **Site: Porta Fiocruz, Comunicação e informação**, 2014. Disponível: [portal.fiocruz.br/pt-br/content/suicidio-brasil-e-8o-pais-das-americas-com-maior-indice](http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/suicidio-brasil-e-8o-pais-das-americas-com-maior-indice).

ANDRADE, Ana Bárbara de Toledo; HERZOG, Regina. Os Afetos do Analista na Obra Freudiana. **Revista: Psicologia Clínica**, Vol. 23, N. 1, 2011, pp. 119-131.

AZEVEDO, Eliane Alves Almeida. **Contratransferência: um desconhecido dentro de mim na ótica da psicanálise e da teologia**. (Dissertação de Mestrado) – São Leopoldo – RS, 2015.

BEBBINGTON, P. E. **Neonosymptomatic Hypochondriasis Abnormal Illness Behaviour and Suicide**, Brit. J. Psychiat, 1976, p.128. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101978000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101978000200005).

BERTOLETE, J.M. Fleischmann A. **A Global Perspective on the Magnitude of Suicide**. In: Wasserman D e Wasserman C (Eds.): Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford: Oxford University Press. 2009, p.15.

BISPO, F. M. Milene & ROSA, S. Roberto. O Mito de Sísifo: a decisão de viver ou suprimir a vida. **FILOSOFANDO: Revista de filosofia da UESB**, Ano 1. N. 2. Brasília – DF, 2013, pp.18-26.

BISSOLI, P. da Silva Sidney. O Conceito de Transferência nos "Estudos sobre a histeria" (Breuer & Freud, 1895). **Revista: Paidéia**, Vol.16, N. 33. Ribeirão Preto -SP, 2006, pp.19-23.

CANDI, Talya. Construções da Transferência. **Revista: Jornal de Psicanálise**, Vol.41 N. 75. São Paulo – SP, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio.** Brasília-DF, 2014, pp.09-11. Disponível: [https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio\\_informado\\_para\\_prevenir\\_abp\\_2014.pdf](https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf)

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do Psicólogo.** Brasília-DF, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília-DF, CFP, 2013, pp10-24. Disponível: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>

DURKHEIM, E. **O Suicídio, Estudo de Sociologia.** Ed. Martins Fontes, São Paulo-SP, 2000, pp. 52-65.

DUTRA, Elza. Pensando o Suicídio sob a Ótica Fenomenológica Hermenêutica: algumas considerações. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, Vol. XVII, N. 2. Goiânia – GO, 2011, pp. 152-157.

ELIA, Luciano. A Transferência na Pesquisa em Psicanálise: Lugar ou Excesso? **Revista: Psicologia: Reflexão e Crítica**, Vol.12, N.3. Porto Alegre 1999.

FREITAS, RH., org. História da psicologia: pesquisa, formação, ensino. **Revista Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**, Rio de Janeiro - RJ, 2008. 133 p. <<http://books.scielo.org>>.

FREUD, S. (1969a). **Luto e Melancolia.** In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Ed. Imago, Vol. XIV. Rio de Janeiro-RJ. (Trabalho original publicado em 1917 e escrito em 1915), p.39.

\_\_\_\_\_(1969b). **O Ego e o Id.** In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Ed. Imago Vol. XIX. Rio de Janeiro-RJ. (Trabalho original publicado em 1923).

\_\_\_\_\_(1980). **Observações sobre o amor transferencial.** In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). Obras completas, Ed. Imago, Vol. XII. Rio de Janeiro – RJ,(Trabalho original publicado em 1914-1915), p.214.



\_\_\_\_\_ (1985a). **Interpretação dos sonhos.** In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Ed. Imago, Vol. IV. Rio de Janeiro-RJ:. (Trabalho original publicado em 1900), p. 125.

\_\_\_\_\_ (1985b). **A Dinâmica da Transferência.** In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Ed. Imago, Vol. XII. Rio de Janeiro-RJ:. (Trabalho original publicado em 1912), p.133.

\_\_\_\_\_ (1985c). **As Perspectivas Futuras da Terapia Psicanalítica.** In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Ed. Imago, Vol. XI. Rio de Janeiro-RJ: (Trabalho original publicado em 1910), p.283.

\_\_\_\_\_ (1996a). **Sobre o Início do Tratamento.** In Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago, Vol. XII, Rio de Janeiro –RJ. (Trabalho original publicado em 1913), p.255.

\_\_\_\_\_ (1996b). **O Método Psicanalítico de Freud.** In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago, Vol. VII, Rio de Janeiro – RJ. (Trabalho original publicado em 1904), pp.233-240.

\_\_\_\_\_ (1996c). **Construções em Psicanálise.** In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Ed. Imago, Vol. XXIII, Rio de Janeiro – RJ. (Trabalho original publicado em 1937-1939), pp.94-95.

GONÇALVES, C. B. Alessandra. **A Contratransferência na Clínica Contemporânea: abertura para o inédito.** Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo – SP. 2012, pp. 17-20.

HANNS, L. A. (1996). **Dicionário comentado do alemão de Freud.** Ed. Imago Rio de Janeiro-SP, 1996.

HEIDEGGER, M. (1981). **Todos nós... ninguém. Um enfoque fenomenológico do social.** Trad.: Dulce Critelli. Editora: Moraes (original publicado em 1927) São Paulo – SP, 1981, pp.59-72.

HORNSTEIN, L. **Intersubjetividad Y Clínica**. Ed. Paidós, Buenos Aires – Argetina, 2003, p.45.

HUME, David. “**Do Suicídio**”, in **Os Filósofos e o Suicídio**. Trad. de Livia Guimarães. Organização de Fernando Rey Puente. Editora UFMG, Belo Horizonte – MG, 2008, p. 823.

KIRALY, Cesar. O Suicídio como forma de ação política e social no ceticismo de Montaigne e Hume. **Revista: Brasileira de Ciências Sociais**. Vol.29, N.86, 2014, pp.79-90.

KOROVSK, Edgardo. **Psicosomática Psicoanalítica: El tratamiento psicoanalítico de pacientes con manifestaciones somática de enfermedad**. Ed. Roca Viva, 2ª edición, 2010, p.95.

LACAN, Jacques. **Seminário 17 - o Averso da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992, p.108.

LAPLANCHE, J. **Problemáticas V: a tina: a transcendência da transferência**. Ed. Martins Fontes, São Paulo-SP. 1993, p.171.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da Psicanálise**. Ed. Martins Fontes. São Paulo-SP, 1992, p. 492.

MILNER, J.-C. **L'oeuvre Claire**. Éditions du Seuil. Paris- France. 1995, p.33.

MOURA, A. & NIKOS, I. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. **Revista de Psicanálise**, Ed. Pulsional, Brasília-DF, 2001, pp. 69-76.

MUSSY. M. S. Layanne. **Dor e Suicídio sob o Domínio da Psicanálise**. In. PRATA, Vilmar & MILANEZ Nilton. (Orgs.). **Filosofia do Suicídio: quando o corpo tem vez** Ed: Labedisco/UESB, Vitória da Conquista – BA, 2016, pp. 80-83.

NASIO, J.-D. **O livro da dor e do amor**; tradução, Lucy Magalhães. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro-RJ, 1997, p.27.

NETTO, Berenchtein N. **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. (Dissertação de Mestrado) Programa de

Estudos Pós-Graduados em Psicologia social. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo -SP, 2007, pp.25-26.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - **Prevenção do Suicídio: Um Manual para profissionais da Mídia**, Genebra – Suíça, 2000, pg. 04. Disponível: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, (OMS). **Relatório mundial da saúde: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. 1.<sup>a</sup> edição, Lisboa-PT, 2002. (p. 80). Disponível: <http://www.who.int/whr/>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, (OPAS). **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental & Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde Mental & Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Faculdade de Ciências Médicas Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria**. 2006, p. 51. Disponível: [https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_profissionais\\_saude.pdf](https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, (OMS). **Campanha da ONU busca conscientizar população sobre prevenção ao suicídio**. Brasília- DF, 2017. Disponível: <https://nacoesunidas.org/campanha-da-onu-busca-conscientizar-populacao-sobre-prevencao-ao-suicidio/>

PALHARES, Maria do Carmo Andrade. Transferência e Contratransferência: a clínica viva. **Revista Brasileira de Psicanálise**, Vol. 42, N.1. São Paulo, 2008.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Sobre os Fundamentos da Psicoterapia de base analítico-existencial, segundo Ludwig Binswanger. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Vol. 4, N. 1, 2001, pp. 137-142.

PLATÃO. **Diálogos III: Apologia de Sócrates; Fédon (ou da alma)**. [Tradução, textos complementares e notas de Edson Bini. Ed. Edipro, Bauru – SP, 2008, p. 263.

RACKER, H. **Os Significados e usos da Contratransferência**. In: Estudos sobre técnica psicanalítica. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre-RS, 1982, pp. 120-57.

RODRIGUES, de O. Nadja & TAFURI, Maria Izabel. O Método Psicanalítico de Pesquisa e a Clínica: reflexões no contexto da Universidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Vol. 15, N. 4, 2012, pp. 838-850.

SANTOS, J. dos Élcio. Algumas considerações sobre a questão do suicídio na filosofia de Arthur Schopenhauer. **Revista Voluntas, estudos sobre Schopenhauer**, Vol. 1, N. 2. Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR, 2010, pp. 23-32.

SANTOS, A. B. B. **A Primeira Hora: as dificuldades e desafios dos profissionais de psicologia em tratar e compreender pacientes com ideação ou tentativa de suicídio**. Tese (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007, p.184.

SCHOPENHAUER, A. **Sobre o Suicídio**. in **Os Filósofos e o Suicídio**. Trad. de Fernando Rey Puente. Organização de Fernando Rey Puente. Ed. UFMG. Belo Horizonte - MG, 2008.

SZASZ, Thomas. **Libertad fatal - ética y política del suicídio**. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Mariano Cubí, 92 – 08021. Barcelona – Espanha. 2002, p.21.

ZANELLO, Valeska. Metáfora e Transferência. **Revista: Psicologia: Reflexão e Crítica**. Vol. 20, N.1. Porto Alegre – RS, 2007, pp.132- 137.

## **ANEXOS**

---

## Arthur Zanelli

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1437659218579432>

Última atualização do currículo em 13/11/2017

---

Possui graduação em Filosofia pelo Instituto Filosófico de Apucarana(2006). Atualmente é Gestor da Paraná Industria de Bonés Ltda M.E.. Tem experiência na área de Administração. (Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

### Identificação

---

Nome Arthur Zanelli 

Nome em citações bibliográficas ZANELLI, A.

### Endereço

---

### Formação acadêmica/titulação

---

2013 Graduação em andamento em Psicologia.  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

2004 - 2006 Graduação em Filosofia.  
Instituto Filosófico de Apucarana, IFA, Brasil.  
Título: Ética em Família.  
Orientador: Ms. João Ozório de Oliveira.

### Atuação Profissional

---

**Paraná Industria de Bonés Ltda M.E., PB, Brasil.**

#### Vínculo institucional

2008 - Atual Vínculo: Outro (especifique), Enquadramento Funcional: Gestor

### Áreas de atuação

---

1. Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Administração.

### Idiomas

---

**Espanhol** Compreende Pouco, Fala Pouco, Lê Pouco, Escreve Pouco.

**Português** Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

### Produções

---

**Produção bibliográfica**