



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LOGOTERAPIA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOÃO ALFREDO ALEIXO DE MELO

**SUICÍDIO E LOGOTERAPIA: CONSIDERAÇÕES E ANÁLISE DE CASOS
CLÍNICOS DE VIKTOR FRANKL**

**CAMPINA GRANDE
2023**

JOÃO ALFREDO ALEIXO DE MELO

**SUICÍDIO E LOGOTERAPIA: CONSIDERAÇÕES E ANÁLISE DE CASOS
CLÍNICOS DE VIKTOR FRANKL**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Curso de Especialização em Logoterapia e Saúde da Família, do Centro Paraibano de Estudos do Imaginário, em parceria com a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito final à obtenção do título de Especialista em Logoterapia e Saúde da Família.

Área de concentração: Tratamento e Prevenção Psicológica.

Linha de Pesquisa: Promoção da saúde e qualidade de vida.

Orientador: Prof. Me. Hallyson Alves Bezerra.

**CAMPINA GRANDE
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M528s Melo, João Alfredo Aleixo de.
Suicídio e logoterapia [manuscrito] : considerações e análise de casos clínicos de Viktor Frankl / João Alfredo Aleixo de Melo. - 2023.
23 p.

Digitado.
Monografia (Especialização em Logoterapia e Saúde da Família) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.
"Orientação : Prof. Me. Hallyson Alves Bezerra, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS. "

1. Logoterapia. 2. Psicologia clínica. 3. suicídio. I. Título
21. ed. CDD 362.28

JOÃO ALFREDO ALEIXO DE MELO

SUICÍDIO E LOGOTERAPIA: CONSIDERAÇÕES E ANÁLISES DE CASOS CLÍNICOS
DE VIKTOR FRANKL

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Curso de Especialização em Logoterapia e Saúde da Família, do Centro Paraibano de Estudos do Imaginário, em parceria com a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito final à obtenção do título de Especialista em Logoterapia e Saúde da Família.

Área de concentração: Tratamento e Prevenção Psicológica.

Linha de Pesquisa: Promoção da saúde e qualidade de vida.

Aprovada em: 31/03/2023

BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Hallyson Alves Bezerra (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba



Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Universidade Estadual da Paraíba



Profª. Ma. Bruna Soares Pires
Psicóloga Clínica da Singular

Dedico a Denise, minha irmã, que nunca estudou Logoterapia, mas a vivencia diariamente; a Diogo, meu sobrinho, que ensinou que a vida não precisa ser longa para ser grande.

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 2 | CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUICÍDIO..... | 6 |
| 2.1 | Suicídios no Brasil..... | 8 |
| 2.2 | Algumas causas que podem levar ao suicídio..... | 8 |
| 2.3 | A atuação do Psicólogo perante casos de ideação suicida: desconstruindo mitos | 9 |
| 2.4 | Graus de risco de suicídio..... | 10 |
| 3 | A LOGOTERAPIA E O SUICÍDIO..... | 12 |
| 3.1 | Situações que fazem surgir questionamentos sobre o sentido da vida..... | 13 |
| 3.2 | Algumas considerações sobre o manejo clínico à luz da Logoterapia..... | 15 |
| 4 | CLÍNICA FRANKLIANA: ESTUDO DE CASOS..... | 17 |
| 5 | CONCLUSÕES..... | 21 |
| | REFERÊNCIAS..... | 22 |
| | AGRADECIMENTOS..... | 23 |

SUICÍDIO E LOGOTERAPIA: CONSIDERAÇÕES E ANÁLISES DE CASOS CLÍNICOS DE VIKTOR FRANKL

João Alfredo Aleixo de Melo¹

RESUMO

O presente trabalho busca aprofundar o conhecimento sobre o manejo clínico de pacientes com comportamento suicida à luz da Logoterapia, valendo-se da análise de casos clínicos de Viktor Frankl, criador da referida abordagem psicológica. Para tanto, o artigo está estruturado em três pilares: inicialmente, são tecidas considerações gerais sobre o suicídio, abordando sua origem e presença ao longo da história, apresentando dados estatísticos mundiais, nacionais e regionais sobre o tema, além de causas que podem levar uma pessoa a atentar contra a própria vida. Em seguida, são apresentadas algumas relações entre a Logoterapia e o suicídio, com a indicação de situações que podem fazer com que os indivíduos tenham dúvidas e se questionem sobre o sentido da vida, abordando alguns aspectos do manejo clínico nesses casos. Por fim, há a análise de alguns casos tratados por Viktor Frankl e a identificação de elementos logoterapêuticos nas narrativas do criador²⁵ da abordagem. Para a elaboração do artigo foi realizada uma revisão bibliográfica não exaustiva na obra de Frankl e de alguns de seus seguidores, a exemplo de Elisabeth Lukas. Os estudos realizados permitem afirmar que a Logoterapia se apresenta como abordagem perfeitamente adequada ao vazio existencial apresentado por pacientes que demonstram, direta ou indiretamente, comportamentos suicidas, devendo ser utilizadas as técnicas próprias, como a derreflexão, evitando-se a intenção paradoxal, visto que os resultados podem ser irreversíveis.

Palavras-Chave: logoterapia; psicologia clínica; suicídio.

ABSTRACT

The present work seeks to deepen the knowledge about the clinical management of patients with suicidal behavior in the light of Logotherapy, making use of the analysis of clinical cases by Viktor Frankl, creator of the aforementioned psychological approach. To this end, the article is structured on three pillars: initially, general considerations are made about suicide, addressing its origin and presence throughout history, presenting world, national and regional statistics on the subject, as well as causes that can lead to a person to take his own life. Then, some relationships between Logotherapy and suicide are presented, with the indication of situations that can make individuals have doubts and question themselves about the meaning of life, approaching some aspects of the clinical management in these cases. Finally, there is the analysis of some cases treated by Viktor Frankl and the identification of logotherapeutic elements in the narratives of the creator of the approach. For the elaboration of the article, a non-exhaustive bibliographic review was carried out in the work of Frankl and of some of his followers, such as Elisabeth Lukas. The studies carried out allow us to state that Logotherapy presents itself as a perfectly adequate approach to the existential void presented by patients who demonstrate, directly or indirectly, suicidal behavior, and proper techniques must be used, such as dereflection, avoiding paradoxical intention, since the results may be irreversible.

Keywords: logotherapy; clinical psychology; suicide.

¹ E-mail: joao-alfredo@hotmail.com. Universidade Estadual da Paraíba. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1879004101350148>.

1 INTRODUÇÃO

A Logoterapia, enquanto abordagem psicológica proposta por Viktor Frankl, diferencia-se das demais abordagens, inicialmente, pela visão tridimensional do ser humano, sendo visto como aquele que apresenta aspectos biológicos, psicológicos e noéticos (espirituais). No entanto, para os fins propostos neste artigo, outros conceitos franklianos serão abordados, a exemplo de sentido da vida, vazio existencial e as técnicas de intenção paradoxal e derreflexão. Não é possível tratar do suicídio, enquanto fenômeno humano de retirada da própria vida, sem relacioná-lo com temas tão presentes nas obras de Frankl.

Busca-se, primordialmente, apresentar relatos de caso de atendimentos de paciente com comportamento suicida realizados pelo criador da Logoterapia. Para tanto, é importante, inicialmente, tecer considerações sobre o suicídio (aspectos históricos, terminológicos, conceituais, estatísticos etc.) e sobre a sua ocorrência no Brasil. Em seguida, o enfoque será voltado à Logoterapia enquanto abordagem psicológica, que apresenta o sentido da vida em seus fundamentos, sem esquecer, por óbvio, do sentido do sofrimento humano. Por fim, os relatos de caso de Viktor Frankl serão apresentados de maneira a dar corpo às explicações teóricas apontadas.

Considerando a natureza da pesquisa, optou-se por uma revisão bibliográfica, tomando por base, principalmente, as obras de Viktor Frankl, de seus discípulos e, também, de autores que tratam da temática do suicídio de forma não vinculada às abordagens psicológicas, mas que são referências nessa área do conhecimento.

O artigo apresentará três seções fundantes: considerações sobre o suicídio, a Logoterapia e o suicídio e, por fim, os relatos de caso apresentados por Frankl. A temática é ampla e delimitá-la é um grande desafio a qualquer um que se proponha a adentrar na área. Entretanto, esperamos contribuir, ainda que minimamente, com a desmistificação do tema e, principalmente, com a expansão da Logoterapia, enquanto abordagem psicológica, no Brasil.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUICÍDIO

Ao contrário do que muitos possam acreditar, o suicídio não é uma novidade para a humanidade: muitos livros, a exemplo da Bíblia e do Gilgamesh, e mitos de povos antigos, apresentam casos dessa natureza. O que ocorre, na verdade, é que essas cenas não são descritas com a palavra atualmente utilizada para especificar a morte autoinfligida e, comumente, eram apresentadas como atos de heroísmo. Bertolote (2012) esclarece que o termo “suicídio” foi utilizado pela primeira vez, em 1643, pelo médico Thomas Browne: *autofonos* (grego) e traduzida como *suicide* para o inglês em 1645. A palavra, em sua etimologia, vem das expressões *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar), ambas do latim.

Por esse motivo, até meados do século XVII, o suicídio apareceu atrelado ao campo da Teologia, Filosofia e Religião. Atualmente, observa-se a expansão dos estudos na área e, como consequência, muitas outras ciências refletem sobre o fenômeno (Psicologia, Antropologia, Literatura, Linguística, Demografia, Epidemiologia, Psicanálise...) a ponto de haver uma área específica de estudos denominada Suicidologia.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998), o suicídio pode ser compreendido como o ato deliberado e intencional de causar a morte a si mesmo. Há, portanto, um ato iniciado e executado por uma pessoa que tem a noção (ou a expectativa) que dele pode resultar a sua morte. Importante destacar que, na definição, não há espaço para debate quanto à motivação, de modo que será caracterizado como tal independente de ter sido premeditado ou fruto de um impulso.

Os comportamentos suicidas, como bem esclarecido pelo autor supracitado, dizem respeito a um gênero com algumas espécies de manifestação, de acordo com o “degrau” que o

ato ocupa. Vejamos: a ideação suicida pode ser compreendida como pensamentos relativamente vagos sobre a morte e sobre o morrer (“*Não estou vendo solução para esses problemas que estou enfrentando... Seria mais fácil morrer!*”); há um plano suicida quando essas ideias tornam-se mais frequentes e vão encontrando meios de execução a ponto de evoluir para um planejamento (“*Se eu pular do 18º andar, com certeza eu morro!*”, “*O medicamento X, se tomado em determinada quantidade, é capaz de me fazer morrer... Vou em busca!*”); o plano suicida conduz a um ato suicida que, por sua vez, pode ser fatal (suicídio consumado) ou não (tentativa de suicídio).

O suicídio, hoje, é compreendido como um ato multifatorial, ou seja, não é possível atribuir uma influência ou causa única para o seu acontecimento, de modo que devem ser analisados fatores genéticos, socioculturais, personalidade, experiências de vida e histórico psiquiátrico. É importante destacar que a Fundação Nobel reuniu, em 2008, os principais pesquisadores da genética do suicídio e nenhum estudo foi conclusivo quanto ao tema (Bertolote, 2012).

A OMS colhe sistematicamente dados sobre mortalidade nos países que dela participam e, em relação ao suicídio, as taxas têm se mostrado crescentes desde então para quase todos os países. Nesse ponto, deve-se destacar que o cálculo não considera apenas o número efetivo de mortes registradas, mas o conceito de taxa, “que é o número de casos de um dado evento dividido pelo número de sujeitos em risco de apresentar aquele evento” (Bertolote, 2012, p. 42). Em relação às tentativas de suicídio, os dados são mais imprecisos pois, ao contrário dos relatórios periódicos enviados pelos países à OMS, não há mesma precisão e acurácia quanto aos resultados.

Ainda em relação aos dados coletados pela OMS, e provavelmente tal situação acaba por repetir-se no âmbito interno dos países, é relevante salientar que não é possível informar sobre os dados não enviados à Organização. Dito de outro modo:

(...) pode-se garantir que a informação sobre suicídio constante do banco de dados sobre mortalidade da OMS representa uma informação mínima, e aceita-se amplamente que isso representa um sub-registro da mortalidade causada pelo suicídio, ou seja, o número real de casos de suicídio deve ser maior do que o indicado pelos registros. (Bertolote, 2012, p. 45)

Bertolote (2012) destaca que os motivos que ensejam esse sub-registro variam de região para região: religiosos, financeiros, securitários, sociais etc. Algumas religiões, a exemplo do Catolicismo e do Judaísmo, consideram o suicídio como um pecado grave e contrário à fé. Alguns países consideram o suicídio como um ato criminoso, a exemplo da Índia, e embora o indivíduo não pague diretamente pelo ato, os familiares e médicos são responsáveis por responder inquéritos e seus desdobramentos.

Segundo o autor, o sub-registro tem consequências: as políticas públicas de prevenção ao suicídio são retardadas, desvalorizadas ou inexistentes, pois há uma percepção distorcida sobre o tamanho real da situação e, além disso, os casos reais de óbito por suicídio, quando atribuídos a outras causas, geram maior investimento e gastos excessivos em áreas que não são exatamente as que precisam de atenção – exemplo: aumento de investimentos na área de cardiologia por verificar muitos casos de problemas circulatórios quando, na verdade, são óbitos decorrentes de suicídios sub-notificados.

Quando são analisados os dados relativos ao gênero, observa-se que os casos de suicídio são predominantes em homens, principalmente em razão dos métodos que são utilizados: mais violentos e de alta letalidade (armas de fogo, enforcamento, atirar-se de locais altos etc.) enquanto que mulheres optam por métodos menos letais (envenenamento, cortar-se, queimar-se etc.). A situação, no entanto, inverte-se quando tratamos das tentativas de suicídio: as taxas mais elevadas são observadas em mulheres e atribui-se tal situação aos métodos

escolhidos.

2.1 Suicídios no Brasil

De acordo com os dados do Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, representando um aumento de 43% no número anual (9.454 em 2010 e 13.523 em 2019). Quando são analisadas as taxas por região, tem-se o Sul em primeiro lugar, seguido do Centro-Oeste, Norte, Sudeste e Nordeste. Como já indicado anteriormente, a taxa de suicídios foi bem maior entre homens do que entre mulheres: há um risco 3,8 vezes maior de mortes por suicídio masculino, embora tenha sido registrado aumento de casos em ambos os sexos (26% entre homens e 29% entre mulheres). Observou-se também um aumento da incidência de suicídios em todas as faixas etárias, sendo bastante expressiva a evolução entre adolescentes: 81%, passando de 606 óbitos e uma taxa de 3,5 mortes por 100 mil habitantes para 1.022 óbitos e uma taxa de 6,4 suicídios.

Ainda segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, o Brasil apresentou a taxa de 6,65 mortes por suicídio por 100 mil habitantes. O Rio Grande do Sul é o estado que registra a maior taxa de suicídios (11,8 mortes), seguido por Santa Catarina (11,0 casos) e pelo Piauí (10,6 mortes). Em sentido oposto, registrando as menores taxas, o Rio de Janeiro apresentou 3,4 mortes por 100 mil habitantes, Alagoas tem 4,2 casos e o Pará indica 4,4 mortes. Deve-se destacar que a Paraíba está em 17º lugar, apresentando taxa de 6,5 mortes por 100 mil habitantes, abaixo da média nacional.

2.2 Algumas causas que podem levar ao suicídio

As causas que levam um indivíduo a cometer suicídio são extremamente pessoais e, por vezes, não se tornam conhecidas entre familiares e amigos próximos. Além disso, como já ressaltado anteriormente, o suicídio é causado por um conjunto de fatores interagindo entre si e influenciando na decisão do sujeito. Nesse sentido, a lição cristalina de Bertolote (2012):

Para tentar entender as circunstâncias, os motivos, as razões pelas quais alguém tira a própria vida, em último caso, qual é a “etiologia” do suicídio, deve-se esclarecer que, à diferença de uma doença infecciosa, que tem uma etiologia (ou agente etiológico) conhecida, o suicídio constitui o que se considera uma condição com multicausalidade, ou seja, mais de um fator – ou mesmo vários deles – contribui para a sua ocorrência. Em linguagem técnica, diz-se que o suicídio é um comportamento multifatorial e multideterminado resultante de uma complexa teia de fatores de risco e de fatores protetores que interagem de uma forma que dificulta a identificação e a precisão do peso relativo de cada um deles. (Bertolote, 2012, p. 67- 68)

Os fatores de risco são classificados como predisponentes e precipitantes. Os primeiros, também denominados distais – estão temporalmente distantes do ato suicida, são aqueles que criam um terreno propício para a instalação de um processo suicida: genótipo, história familiar, função serotoninérgica, reguladores neuroquímicos, características demográficas, fisiopatologia, transtornos mentais, uso e abuso de substâncias químicas, perfil de personalidade, história de abusos (físicos, morais e/ou sexuais), doenças físicas graves e/ou incuráveis, doenças neurológicas, tentativas prévias de suicídio.

Os fatores precipitantes, também conhecidos como proximais – estão temporalmente mais próximos do ato suicida, são aqueles que, em terreno propício, geram o resultado final: fatores ambientais (ex. fácil acesso a métodos de suicídio), desesperança, intoxicação aguda por substâncias psicoativas, impulsividade e agressividade, conflitos familiares, separação conjugal, mudança de situação financeira e/ou empregatícia etc.

Não basta, no entanto, conhecer os fatores predisponentes e precipitantes e desconsiderar os fatores de proteção, podendo atuar nas fases de ideação, planos e atos suicidas. Segundo Bertolote (2012), os fatores protetivos podem estar relacionados a situações ambientais, culturais, sociais, familiares, cognitivas e de personalidade:

a) fatores ambientais: boa alimentação, bom sono, luz solar, prática de atividades físicas, ambiente livre de fumo e outras drogas;

b) fatores culturais e sociais: adesão a valores, normas e tradições positivas, bom relacionamento com amigos, colegas e vizinhos, apoio de pessoas relevantes, amigos próximos que não usam drogas, integração social no trabalho, na igreja, em atividades esportivas, objetivos de vida;

c) padrões familiares: bom relacionamento intrafamiliar, apoio de parte da família, pais dedicados e consistentes;

d) estilo cognitivo e de personalidade: sentimento de valor pessoal, confiança em si mesmo, disposição para buscar ajuda quando necessário, disposição para pedir conselhos na tomada de decisões importantes, abertura à experiência alheia, disposição para adquirir novos conhecimentos e habilidade para se comunicar.

As causas acima apresentadas não esgotam o debate sobre o tema, visto que é necessário analisar cada pessoa na sua individualidade e na sua irrepetibilidade no modo de viver e experienciar o mundo.

2.3 A atuação do Psicólogo perante casos de ideação suicida: desconstruindo mitos

Analisando as medidas indicadas pela OMS, percebe-se que o leque de ações é amplo, mas que algumas atividades são mais destinadas a determinados setores e profissionais. Desse modo, pensando mais especificamente nas atribuições cabíveis aos profissionais de saúde, o primeiro passo a ser dado é, aparentemente, o mais simples: havendo suspeita da ideação suicida, do planejamento do ato e, até mesmo, de tentativas anteriores, o profissional deve dedicar um pouco mais de tempo ao paciente, buscando ouvi-lo com atenção, empatia e acolhimento. Nesse ponto, é importante desmistificar o pensamento “*se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso*”: o questionamento, realizado de modo sincero e interessado, fortalece o vínculo entre o psicólogo e o paciente, de modo que ele passa a sentir-se acolhido e que o espaço terapêutico é adequado para expor suas dores, angústias e pensamentos.

Bertolote (2012) enfatiza que há também um outro mito que paira no imaginário popular e que precisa ser posto por terra: “*quem fala sobre suicídio nunca comente suicídio*”. Os estudos indicam que, em regra, pacientes que efetivamente se suicidaram deram sinais e avisos de sua intenção. O que acontece, no entanto, é que a falta de atenção a esses indicativos, seja por familiares ou profissionais não qualificados para tanto, leva à crença de que a conduta suicida não foi sinalizada pelo paciente. Isso posto, verifica-se um ponto em comum diante dos dois mitos: a falta de comunicação clara, direta, objetiva, respeitosa, acolhedora, respeitosa e interessada pode prejudicar bastante o manejo clínico.

Nesse sentido, o autor apresenta algumas perguntas norteadoras que poderão ser feitas pelo profissional: “*Está se sentindo infeliz ou sem perspectiva? Está se sentindo desesperado? Está se sentindo incapaz de enfrentar o dia a dia? Está achando que não vale mais a pena viver? Está pensando em suicídio?*” Obviamente, essas perguntas não podem ser feitas de qualquer modo e em qualquer momento: exige-se previamente o estabelecimento de um bom *rappor*t entre psicoterapeuta e paciente, visto que é necessário que ele se sinta confortável para responder sinceramente àquilo que lhe foi questionado.

Se as respostas às perguntas acima forem positivas ou capazes de acender um sinal de alerta ao psicólogo, este poderá aprofundar ainda mais os questionamentos: “*Chegou a fazer*

algum plano para por fim à vida? Pode me falar sobre esses planos? Tem algum meio (medicamentos, venenos, armas, cordas etc.) para isso? Quando pretende executar esse plano?" (Bertolote, 2012, p. 110) Mais uma vez observamos a necessidade de um diálogo aberto e após o estabelecimento de uma relação de confiança entre paciente e profissional. As perguntas exemplificadas acima são importantes para o psicólogo pois permitem que ele avalie o risco concreto à vida do paciente: se o paciente apresenta alterações emocionais e/ou vagas ideias sobre a própria morte, o psicólogo pode questionar sobre suicídio e ouvir com empatia o que será exposto; se o paciente indica vagas ideias sobre a morte, mas aponta planos e métodos para executar (caso fosse fazê-lo), é importante investigar as chances reais e concretas de materialização do ato e identificar pontos de apoio psicossocial do paciente etc.

Ainda sobre a desmitificação de algumas ideias presentes no imaginário popular e entre profissionais da saúde, o Prof. Neury José Botega (2015) aponta outros mitos:

a) *Quem quer se matar, se mata mesmo*: quem pensa em suicídio, muitas das vezes, está realmente em dúvida sobre continuar com a vida que tem ou morrer. Pensar que é apenas uma forma de manipulação ou de chamar atenção, pode gerar imobilismo terapêutico.

b) *O suicídio só ocorre quando há uma doença mental*: há uma relação entre transtornos mentais e suicídios, porém, essa relação não permite afirmar que um é causa do outro. O comportamento suicida indica um sofrimento profundo, não necessariamente um transtorno mental.

c) *Veja se da próxima vez você se mata mesmo*: a tentativa de suicídio não pode ser vista apenas como uma chantagem emocional, como uma forma de chamar atenção, mas como um alerta sobre o sofrimento vivido pelo indivíduo. Os sentimentos de hostilidade e rejeição desencadeados em familiares, amigos e alguns profissionais só dificulta a percepção empática sobre a dor do outro.

d) *Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta*: de fato, as pessoas que tentam o suicídio têm características distintas daqueles que efetivamente se suicidam (motivação, intenção, grau de letalidade do método empregado), mas todas elas têm em comum um sofrimento profundo diante da vida e tal situação merece igual atenção da rede de apoio envolvida.

2.4 Graus de risco de suicídio

Vencidos esses mitos, que não podem ganhar espaço no imaginário dos profissionais de saúde, especialmente nos psicólogos, é importante avaliar o risco de o paciente que se apresenta na sessão, seja em consultório particular ou ambulatório. Sobre o tema, Botega (2015) faz considerações relevantes:

O risco de suicídio, por mais cuidado que tenhamos em sua formulação, distancia-se da noção de previsão de quem irá, ou não, tirar a própria vida. Quando nos referimos a graus de risco – baixo, moderado ou alto –, estamos nos referindo a probabilidades, de menor ou maior monta, de que um suicídio venha a ocorrer em um futuro próximo. Não há fórmula simples, nem escalas que possam fazer essa estimativa com precisão. A formulação de risco tem a principal vantagem de orientar o manejo clínico e colocar as ações terapêuticas em ordem de prioridade. (Botega, 2015, p. 134)

O autor apresenta os graus de risco e os associa a alguns aspectos clínicos:

a) agudo: a possibilidade de ocorrência do suicídio é iminente, podendo ser observada a crise suicida (*psychache* – neologismo que designa a dor intolerável e a turbulência emocional enfrentada pelo paciente) e o colapso existencial;

b) subagudo: há uma possibilidade de curto prazo quanto ao ato suicida, podendo ser observados os fatores de risco clássicos (desesperança, sensação de desamparo e abandono),

períodos de estresse, em associação, ou não, a transtornos mentais;

c) crônico: a possibilidade de ocorrência é a longo prazo, devendo ser analisada a impulsividade/agressividade do paciente, eventuais transtornos de personalidade e instabilidade emocional.

É importante esclarecer que o risco de suicídio não é estático, de modo que se faz necessário manter-se alerta às mudanças apresentadas pelo paciente ao longo dos encontros. Botega (2015) exemplifica o tema: um adolescente que sofre de transtorno bipolar passa a ter um risco subagudo ou agudo quando há mudança de fase na doença ou caso sobrevenha algum estressor que o instabilize, como uma reprovação escolar.

Sabendo que o suicídio é um acontecimento multifatorial, a avaliação de risco também deve estar atenta a essa característica e, de forma sistemática, poderá ser realizada considerando cinco passos (Botega, 2015):

1. O que está acontecendo? Averiguação de eventos precipitantes, bem como de estressores agudos e crônicos que podem influenciar as atitudes do paciente;

2. Estado mental atual: observar a presença de afetos intensos que possam estar se manifestando nas demandas do paciente, que possam gerar constrição cognitiva (compreendido como o estreitamento no leque de opções que, normalmente, estariam disponíveis para o indivíduo, caso estivesse em condições normais – exemplo: o papel e a importância das pessoas amadas deixa de existir), ansiedade, inquietude, insônia, desesperança;

3. Intencionalidade suicida manifestada: verificar se o paciente tem ideias distantes ou já passou à fase de planejamento do ato, comumente seguindo a sequência: ideias de morte □ ideias de suicídio □ planos de como se matar □ pesquisa de poder letal de instrumentos □ providências pós-morte;

4. Principais fatores de risco e de proteção: investigar sobre transtornos mentais no paciente e em seu histórico familiar, questionar sobre eventuais tentativas de suicídio pgressas, analisar a história e a personalidade do indivíduo;

5. Formulação do risco de suicídio: registrar as percepções e, a depender do grau, comunicar-se com os responsáveis.

Para Botega (2015), a fase inicial é fundamental para o estabelecimento de um bom *rapport*, sem pressa em estabelecer uma explicação e um plano de intervenção, com acolhimento e escuta atenta àquilo que for apresentado:

Procure sempre compreender o ponto de vista do paciente, levando em consideração o contexto social, cultural e familiar em que ele se encontra inserido. Para algumas pessoas, por exemplo, perdas antecipadas pela imaginação (sentir-se rejeitado, ameaça de separação) são tão estressantes quanto o término real de um relacionamento. Então, não há lugar para comentários apaziguadores feitos de forma rápida, que pareçam desconsiderar o desespero de uma pessoa. (Botega, 2015, p. 138)

O Ministério da Saúde (2006) apresentou alguns parâmetros que permitem classificar o risco de suicídio de forma complementar à apresentada anteriormente:

a) risco baixo: o paciente nunca tentou suicídio, apresenta ideias passageiras sobre o tema, não tem um plano de como se matar, eventual transtorno mental apresentado tem sintomas bem controlados, verifica-se boa adesão aos tratamentos propostos, há vida e apoio sociais bem delimitados;

b) risco moderado: houve tentativa de suicídio anterior, presença de transtornos mentais como depressão ou bipolaridade, ideias persistentes de suicídio como solução para a situação de vida, não tem um plano de como se matar, não é uma pessoa impulsiva, não abusa nem depende de álcool ou outras drogas, conta como apoio social;

c) risco alto: houve tentativa de suicídio anterior, presença de transtornos mentais como depressão grave e agravantes como delírio / alucinação, há abuso ou dependência de álcool e/ou drogas, presença de desespero, tormento psíquico tido como intolerável, planejamento concreto de como se matar e meios/instrumentos bem definidos.

Após a definição do grau de risco do paciente, é necessário que o profissional de saúde tome algumas providências ou oriente o paciente / responsáveis para a superação da crise. Botega (2015) apresenta algumas situações que devem ser manejadas nas primeiras 24-48 horas após o ato suicida e que podem ser resumidas em uma única expressão: manter o paciente seguro. Desse modo, no período inicial, deve-se buscar impedir que o paciente se mate (afastamento dos meios letais, oferecimento de apoio emocional e vigilância, incentivo a atividades programadas), podendo ser feito o uso de psicofármacos (visam diminuir a ansiedade e a impulsividade, além de garantir repouso durante o sono) e, em complemento, deve-se identificar pessoas significativas para o paciente e obter seu apoio nesse momento. É também nessa fase inicial que devem ser feitos os esclarecimentos aos familiares pois, a depender do caso concreto, podem existir muitas dúvidas e incompreensões.

Passadas as primeiras horas, mas ainda nas primeiras semanas, outros pontos são importantes e deverão ser implementados:

a) facilitar o contato entre o paciente e o profissional de saúde: consultas mais frequentes que o habitual, telefonemas periódicos de monitoramento;

b) elaborar um plano de segurança: identificar e diminuir os fatores estressores, aumentar a presença da rede de apoio psicossocial e viabilizar contatos de emergência – pedir, por exemplo, que o paciente indique pessoas importantes e seus telefones de contato;

c) repetir avaliações de risco: prestar especial atenção às mudanças circunstanciais e eventuais estressores que possam aparecer e influenciar no humor;

d) manter o paciente estável: diagnosticar e tratar eventuais transtornos mentais, lidar com estressores crônicos, abordar comportamentos disfuncionais, estimular e encaminhar para a psicoterapia sistemática, cuidar para que o paciente adira ao tratamento.

3 A LOGOTERAPIA E O SUICÍDIO

Frankl (2019) ilustra a íntima relação entre a Logoterapia e o sentido da existência humana ao narrar que, certa feita, um professor de história natural, ao versar sobre a vida dos organismos, afirmava que “em última análise, nada mais é que um processo de oxidação, um processo de combustão”. O jovem Frankl, sem sequer pedir a palavra, pergunta-lhe de pronto: “Sim, mas então o que é que dá sentido a toda uma vida?” Percebe-se claramente que o fundador da Logoterapia compreendia desde cedo que a existência estava para além de um processo oxidativo e que o ser humano era grande demais para sofrer qualquer reducionismo.

Para Frankl (2018), a procura por sentido é própria do homem, visto que ele não é constituído e direcionado para ele próprio, mas destina-se necessariamente a uma ultrapassagem, uma transcendência a si como essencial ao próprio existir humano. Desse modo, tem-se que a vontade de prazer, sustentada por Freud, e a vontade de poder, introduzida por Adler, não constituem o fim último do homem, mas a vontade de sentido. É por essa vontade que o homem se obstina a encontrar e realizar o sentido, movendo-se em direção ao outro como um tu, a quem possa amar. No entanto, ao não o realizar, o homem tem se deparado com outro fenômeno: o vazio existencial e sua sensação de abissal ausência de sentido na existência. Frankl (2019) chega a afirmar que a vontade de sentido não é um simples conceito, mas um fator terapêutico visto que o seu despertar constitui o único recurso que é capaz de ajudar o homem moderno a superar o vazio existencial. O autor da Logoterapia é claro ao indicar a perda da capacidade instintiva e da tradição como causas determinantes desse vazio e, por conseguinte, a manifestação do conformismo e do totalitarismo:

Se eu devesse denunciar as causas determinantes do vazio existencial, diria que elas são redutíveis a uma dupla realidade: a perda da capacidade instintiva e a perda da tradição. Contrariamente ao que sucede em relação ao animal, nenhum instinto revela ao indivíduo o que precisa (*muss*) fazer. E ao ser humano de hoje nenhuma tradição diz o que deve (*soll*) fazer. E não raro parece desconhecer o que efetivamente quer (*will*). Em virtude disso, nele se manifesta com redobrado vigor a tendência de querer apenas aquilo que os outros fazem ou de fazer somente aquilo que os outros querem. No primeiro caso nos deparamos com o conformismo. No segundo, com o totalitarismo. (Frankl, 2018, p. 16)

Frankl é incisivo ao afirmar que o sentido não pode ser dado pois tal atitude resultaria em moralização. O sentido deve, portanto, ser encontrado e, para tanto, o ser humano deve ser guiado por sua consciência, compreendida como “a capacidade de revelar o sentido primordial e singular que cada situação traz em seu bojo” (Frankl, 2018):

Nenhum psiquiatra, nenhum psicoterapeuta – e nenhum logoterapeuta – poderá dizer a um cliente o que é o sentido. Poderá, todavia, dizer-lhe com veracidade plena que a vida tem um sentido. E, mais do que isso, que esse sentido se preserva incólume sob todas as condições e em todas as circunstâncias, graças à possibilidade de se encontrar sentido também no sofrimento. (Frankl, 2018, p. 22)

Mas qual a relação entre sentido e suicídio? Frankl (1989) ensina que o suicídio, juntamente com a agressividade e a dependência, é uma manifestação do vazio existencial, ou seja, da sensação de que a vida não tem sentido. Segundo o autor, existem quatro causas que podem levar ao suicídio: como consequência de um estado físico, corporal; pessoas que tomam a decisão de suicidar-se considerando os efeitos que tal ato gerará à sua volta; pessoas cansadas de viver; pessoas que não podem crer no sentido para seguir vivendo. Todas essas causas, porém, encontram-se vinculadas à mesma origem: a frustração existencial.

Que a frustração existencial de um modo geral, mas particularmente também a neurose dominical, poderá culminar na morte, a morte por opção, o suicídio, foi demonstrada através de um trabalho científico de Plügge, um policlinico internista de Heidelberg. Estudando cinquenta tentativas de suicídio, ele conseguiu comprovar que nem à doença, nem à penúria econômica, nem a conflitos profissionais e outros fatores, podem ser atribuídos, mas, surpreendentemente, a esta causa: ausência de esperança, ausência de conteúdo, gerando o tédio e, portanto, a insatisfação dos anseios humanos, na luta do indivíduo por um conteúdo de vida válido. (Frankl, 2002, p. 125)

3.1 Situações que fazem surgir questionamentos sobre o sentido da vida

Elizabeth Lukas (2016), de forma complementar a Frankl, explica que existem três situações que fazem emergir a questão do sentido: fases particularmente fáceis da vida, fases particularmente difíceis da vida e tempos de conflito. A autora explica que a primeira situação se caracteriza quando o ser humano dispõe de quase tudo que deseja, mas não apresenta um sentido para viver, sem necessidade de esforçar-se por alguma coisa e sem valorizar a felicidade presente. No segundo caso, em que as situações são particularmente difíceis, Lukas faz menção às necessárias despedidas de entes queridos ou de oportunidades de realização de valores essenciais. Os tempos de conflito, por sua vez, são caracterizados como aqueles em que “o que é percebido como dotado de sentido e o que é visto como prazeroso se opõem inconciliavelmente, e a pessoa fica dividida entre o dever e suas inclinações, entre a culpa e os prazeres da vida, entre o cobijado e o permitido.” (Lukas, 2016, p. 162).

É importante destacar que esses momentos são postos como “impulsos fundamentais

para indagar por motivos autênticos para a vida e para a sobrevivência e, no caso de encontrá-los, dizer conscientemente sim à vida, um sim apesar de tudo” (Lukas, 2016, p. 162). Essa consideração feita por Lukas é muito importante pois, segundo a autora, muitos vivem numa irrefletida falta de questionamento sobre o sentido da vida, guiados pelo instinto inato de conservação. Tal posição coaduna perfeitamente com o que já explicitado por Frankl (2019) ao afirmar que o problema do sentido da vida, expressa ou implicitamente manifestado, é caracteristicamente humano e, desse modo, pôr em questão o sentido não pode ser visto como algo doentio, mas como expressão do que de mais humano há no homem. O homem é, portanto, ordenado para o sentido e tal situação se desenha, inclusive, para aquele que se suicida:

o ser humano é já de si um ser ordenado ao sentido, muito embora ainda mal o conheça, havendo aí como que um pré-saber acerca do sentido, e é uma ideia do sentido o que está também na base daquilo que em Logoterapia se denomina ‘vontade de sentido’. Mesmo que o não queira, mesmo que o não reconheça, o homem acredita num sentido, até ao último suspiro. E é assim também no caso do suicida, que afinal crê num sentido: não decerto no sentido da vida, no sentido de continuar vivendo; mas si no sentido da morte. Não acreditasse ele realmente em sentido algum, deixasse ele de crer em qualquer tipo de sentido, e não poderia propriamente mexer um dedo e não daria sequer um passo para o suicídio. (Frankl, 2019, p. 370)

Lukas (2019) indica que cada situação da vida, das três acima mencionadas, exige uma resposta do indivíduo para atribuição do sentido. Nas fases particularmente fáceis, há um sufocamento por falta de conteúdo, de desafio, de pressão e, ao contrário do que se poderia imaginar, muitos se sentem compelidos a atentar contra a própria vida nessas situações. A autora chega a afirmar que 70% de todos os suicidas vivem em condições externas positivas (sem falta de dinheiro, com lugar onde morar, com formação profissional concluída...) mas lhes falta o chamado. Nesses casos, indica-se que o sujeito se guie pela modéstia, autolimitação, iniciativa própria e amor ao próximo como respostas à questão do sentido da vida. Esse ponto, inclusive, está totalmente alinhado à compreensão de Frankl (2019) que afirma não ser possível deduzir a causa do suicídio de alguém ao sentimento de falta de sentido, porém entende que “difícilmente o suicida levaria a cabo o seu propósito se tivesse consciência de algo como o sentido da vida” (Frankl, 2019, p. 90).

Ao tratar das fases particularmente difíceis da vida, Lukas (2019) propõe uma metáfora: o desprendimento de uma pedra no alto de uma montanha pode gerar uma avalanche que vai destruir toda uma aldeia ou permitir o reflorestamento da ladeira. O sentido atribuído à queda da pedra determinará as suas consequências: se interpretado como algo grandioso, poderá representar um colapso psíquico; se for visto como uma missão a ser desempenhada, poderá haver o aumento da força para superar o sofrimento.

Os tempos de conflito, caracterizados pelo choque entre valores, podem ser extremamente angustiantes para algumas pessoas pois, como explicitado pela autora, só a morte é capaz de libertá-las de seus dilemas: “*mas a morte não resolve os problemas, apenas os transfere de uma pessoa para outras. Os sobreviventes recebem sobre os ombros a carga que o suicida alijou.*” A resposta de Lukas (2016) para esses momentos é firme: é preciso ter coragem! Coragem para vencer-se a si mesmo, tomar decisões na incerteza do resultado e na certeza do coração (Lukas, 2016).

Lukas, como discípula de Frankl, apenas manifesta em seus escritos as consequências das lições aprendidas do mestre visto que, segundo ele (2018), se o homem quiser manter-se física e psiquicamente são é preciso ter um objetivo de vida adequado e uma tarefa a cumprir de acordo com suas aptidões, ou seja, uma vida que lhe ofereça desafios permanentes:

A sentença de Nietzsche assim se enuncia: “Quem tiver um por-que-viver suporta quase sempre o como-viver”. Vale dizer que possui condições para superar todas as dificuldades somente aquele que conhece o sentido de sua vida. (Frankl, 2018, p. 77).

Frankl (2019) propõe ainda mais reflexões sobre os motivos que levam um homem, cansado de viver, a por fim à vida. Segundo ele, há o chamado suicídio-balanço, ou seja, aquele em que o homem decide por sua morte voluntária após fazer um balanço de sua vida inteira. Essa atitude traz consigo dois questionamentos: é possível que o balanço de uma vida seja tão negativo a ponto desta ser compreendida como algo sem valor? O homem tem capacidade de fazer um balanço objetivo da própria vida? Para Frankl, tais situações são subjetivas:

Com efeito, a convicção subjetiva é afinal a mesma firme convicção em todos aqueles que se decidem pelo suicídio, e nenhum deles pode saber de antemão se precisamente a sua convicção é objetiva e fundamentada ou, pelo contrário, não virá a ser desmentida pelo acontecer das próximas horas, aquelas horas que, dadas certas circunstâncias... Não mais viverá. (Frankl, 2019, p. 121)

Por fim, há também o suicídio-expiatório, conscientemente oferecido, que não encontra justificção pois, para Frankl (2019), impede a realização dos valores de atitude, o crescimento e amadurecimento pela dor genuína, além de impossibilitar a dor infligida a outrem.

3.2 Algumas considerações sobre o manejo clínico à luz da Logoterapia

Ao tratar do manejo dos pacientes com neurose de angústia, Frankl (2018) revela um importante caminho a ser seguido e observado: em muitos casos, mais importante que investigar a razão e a origem dos sintomas, visando eliminá-los, melhor seria desviar a atenção do paciente deles. Para o autor, quanto mais voltado a uma causa ou ao amor de uma pessoa, tanto mais suas necessidades pessoais – e conseqüentemente seus sintomas – ficarão relegados ao segundo plano e, assim fazendo, o homem experiencia a autotranscendência.

Quando Frankl escreve sobre o tratamento das psicoses, especificamente da demência maniaco-depressiva – também designada como melancolia – estabelece que comumente o melancólico se acusa de ser um peso para todos que o cercam, de não ser digno de viver ou de ser tratado. Nesse caso, o pai da Logoterapia é cristalino ao afirmar que é necessário que o especialista avalie se o paciente apresenta risco de suicídio e, se caso positivo, pode ser indicada a internação para evitar que atente contra a própria vida. Chama atenção a lição frankliana de que a peça-chave nesses casos é a psicoterapia:

No entanto, o tratamento psicoterápico da melancolia deverá ser especificamente executado de modo diferente do usado em situações de depressão neurótica. Relativamente à melancolia é imperioso educar o paciente sob dois aspectos: o da confiança, isto é, educa-lo no sentido de que confie num prognóstico 100% favorável apresentado pelo médico, e o da paciência, isto é, da paciência consigo mesmo, justamente tendo em vista o prognóstico favorável de sua doença. (Frankl, 2018, p. 114-115)

Uma das características dos pacientes com ideação suicida é a sensação de desesperança, de crença que o ato de tirar a própria vida é a única saída para a dor psíquica que lhes ocorre e, dessa forma, pode-se observar que Frankl (2018) é preciso ao indicar a psicoterapia sob o prisma da confiança e da paciência: é necessário que o paciente confie que a melancolia passará por ele como uma nuvem, podendo até obscurecer o céu, mas sem retirar

a certeza que o sol existe. Em outras palavras: é preciso compreender que a doença pode até dificultar a percepção do sentido da vida, mas essa cegueira de valores também passará. Frankl (2019) aponta que esse tipo de sofrimento é absolutamente humano e constitui objeto de uma psicoterapia a partir do espírito, fazendo menção à Logoterapia. Para ele, é importante proporcionar ao paciente apoio espiritual especialmente seguro como forma de compensar a sua insegurança diante do momento de vida experienciado:

Entre eles pode-se contar quem, depois de ter perdido um ser especialmente querido, a cujo serviço havia dedicado a vida inteira, levanta, inseguro, o problema de saber se a sua vida ainda conserva algum sentido. Pobre do homem que, em tais momentos, sente vacilar a sua fé no caráter de sentido da sua existência! Encontrar-se-á sem reservas: aquelas forças, que só lhe pode dar uma cosmovisão que afirma a vida incondicionalmente – ainda que não se trate necessariamente de chegar a uma clara consciência dela ou a uma formulação conceitual –, faltam-lhe nesse instante difícil; e já não lhe fica a possibilidade de ‘encaixar’ o gole do destino compensando por si mesmo o seu ‘poder’. E assim, nascerá nele uma espécie de descompensação anímica. (Frankl, 2019, p. 86)

O pai da Logoterapia entende tratar-se de uma obrigação “*demonstrar aos cansados da vida o contrassentido do suicídio, o incondicional caráter de sentido que a vida sempre tem*” (Frankl, 2019, p. 121-122). Assim, o cansaço de viver deve ser encarado como um sentimento, mas não como um argumento. Desse modo, deve-se compreender que o suicídio não resolve problema algum. De forma metafórica, Frankl (2019) explica que um jogador de xadrez não pode simplesmente jogar fora as pedras do jogo ao deparar-se com um problema: “*com a vida sucede também assim: nenhum problema se resolve deitando fora a vida*” (Frankl, 2019, p. 122). As regras do jogo da vida não exigem e nem garantem a vitória a preço de tudo, mas impõem o não abandonar a luta jamais.

Muito se discute, ao refletir sobre as diferentes abordagens psicológicas, quanto ao nível de diretividade que cabe ao profissional e, em muitos casos, entende-se que o papel do psicólogo / logoterapeuta é agir como um facilitador para que o paciente tome suas próprias decisões e caminhe com autonomia. Frankl (2019), no entanto, alerta que alguns casos urgentes exigem uma postura diferenciada, visto que não é possível desamparar o paciente, comumente tomado por desespero e sofrimento, em razão de um princípio. De forma metafórica, assim ensina:

É como o guia que conduz um alpinista: em geral, a corda que o ata ao alpinista ‘conduzido’ vai meio bamba, para não poupar a este o esforço pessoal da escalada.; mas, se fica em perigo de se despenhar, o guia não hesita em, não digo já ‘segurá-lo’ com a corda, mas sim em prestar-lhe socorro, isto é, esticar a corda e puxá-lo para si. Quer dizer: no campo da Logoterapia e da direção de almas médica, há como uma indicação vital – assim, por exemplo, nos casos de suicídio iminente. São, contudo, casos excepcionais que apenas confirmam a conduta regularmente discreta do médico quanto aos problemas dos valores apresentados pelo doente. E, em termos gerais, é de respeitar em princípio o limite por nós apontado. (Frankl, 2019, p. 386)

Merece destaque o fato de Frankl não propor a exclusão de todas as causas de infelicidade do mundo ou, pelo menos, do paciente que sofre. Mais importante que procurar soluções para as situações de sofrimento, a exemplo de uma renda para aquele que está desempregado, convém permitir que os indivíduos vejam boa parte do sentido de sua vida precisamente em superar interiormente a infelicidade, crescendo com ela e mostrando-se à altura do seu próprio destino. Mas Frankl (2019) faz uma ressalva: para tanto, a vida deve ser tomada como um valor, como algo que sempre tem sentido e com uma missão a ser cumprida:

De fato, o saber-se incumbido duma missão na vida tem um valor psicoterápico e

psico-higiênico extraordinário. Estamos em dizer que não há nada de mais apropriado para que um homem vença ou suporte dificuldades objetivas ou transtornos subjetivos do que a consciência de ter na vida uma missão. (...) Tal missão torna o seu titular insubstituível e confere-lhe à vida o valor de algo único. (...) Mas há mais: uma vez atingida, a compreensão do caráter de missão da vida tem como consequência que, a rigor, a vida se torna tanto mais plena de sentido quanto mais difícil se tornar. (Frankl, 2019, p. 123)

Ainda tratando sobre o manejo clínico e das inúmeras possibilidades que este abarca, deve-se recordar que a Logoterapia não está dissociada da Psicometria e é por isso que hoje já existem diversos testes que podem ser utilizados para averiguar, de algum modo, o grau de frustração existencial do indivíduo, a exemplo: PIL (*Purpose in Life Test*) desenvolvido por James C. Crumbaugh, Logo-Teste criado por Elizabeth Lukas e o Life Purpose Questionnaire de R. R. Hutzell e Ruth Hablas. Mas Frankl faz um alerta:

Mas, a princípio, existe também um limite para os testes. Ele aparece quando tentamos, por exemplo (como realmente aconteceu), descobrir a partir de testes o grau de tendência ao suicídio em pacientes tomados individualmente. O psiquiatra não tira qualquer proveito disso, nem do ponto de vista teórico nem do prático. Pois a intensidade da tendência ao suicídio nesse caso não é o mais relevante; o importante é, talvez, a consequência que o paciente em questão tira da tendência ao suicídio, do seu impulso ao suicídio ou de seu impulso compulsivo ao suicídio – resumindo, como ele, enquanto pessoa espiritual, se comporta frente à tendência ao suicídio, enquanto fato psicológico-organísmico. Sair aplicando testes nesse caso sem levar isso em conta não leva a nada. Pois não é a tendência ao suicídio que mata – mas é a pessoa que ‘se mata’. (Frankl, 2016, p. 100)

Percebe-se, portanto, que Frankl é favorável ao uso dos testes psicológicos, mas desde que esses sejam voltados a uma finalidade específica e sem descuidar de outros aspectos, a exemplo da forma como o paciente se comporta diante da sua própria tendência ao suicídio.

4 CLÍNICA FRANKLIANA: ESTUDO DE CASOS

A Logoterapia, diante de casos de pacientes com ideação suicida, apresenta como objetivo comum permitir que o indivíduo encontre seu sentido concreto e pessoal. Frankl, inclusive, afirma que, em tais casos, “a análise existencial revela-se como uma pesquisa de sentido.” (Frankl, 2022, p. 125). Assim, o sentido procurado é aquele concreto, tanto no que diz respeito à unicidade da pessoa quanto à singularidade da situação (o sentido é *ad personam et ad situationem*). Deve-se, portanto, buscar dar ao paciente uma ampliação do seu campo de visão valorativo, de modo que tenha condições de encontrar o sentido existencial. Essa também era a prática nos campos de concentração: aqueles que apresentavam ideias ou intenções ligadas ao suicídio eram motivados pelos companheiros a dirigir-se para uma meta futura. Os prisioneiros que não conseguiam vislumbrar esse futuro perdiam seu apoio espiritual, deixavam-se derrubar internamente e decaíam física e psiquicamente. Nesses casos:

O lema, então, sob o poder do qual precisavam se colocar todos os empenhos psicoterapêuticos em relação ao preso, era: temos de apelar à vontade de viver, à vontade de continuar vivendo, de sobreviver ao campo de concentração. Mas a coragem de viver ou o cansaço da vida revelam-se como respectivamente dependentes única e exclusivamente de se ainda se possuía a crença em um sentido da vida, de sua vida. (...) No campo de concentração, em toda psicoterapia, o que estava em questão era apelar para aquilo que denominei anteriormente como vontade de sentido. (Frankl, 2002, p. 217-218)

Como já afirmado em outros momentos, o sentido não pode ser dado por ninguém

senão encontrado pelo próprio sujeito. Frankl (2002) narra o caso de dois prisioneiros que estavam decididos a se suicidar mas, em um diálogo, experimentaram uma espécie de virada copernicana: “de tal modo, em verdade, que eles não perguntassem mais se e o que eles teriam de esperar da vida” (Frankl, 2002, p. 2019), mas o que a vida esperava de cada um deles – há, portanto, uma inversão na pergunta. A continuidade do diálogo dos prisioneiros permitiu que eles identificassem que um deles tinha publicado vários livros sobre geografia, mas não havia finalizado ainda a série, enquanto que o outro tinha uma filha que morava no exterior e que nutria um amor gigantesco pelo pai. Ambos eram únicos e insubstituíveis: um na realização do seu trabalho científico, expressão de valor criativo, e o outro no amor de sua filha, materialização do valor vivencial.

Frankl (2019) narra de forma detalhada como proceder quando o paciente parece dissimular intenções suicidas. Vejamos:

Suponhamos um doente que suspeitamos estar dissimulando intenções suicidas. O processo que se recomenda para o exame é o seguinte: em primeiro lugar, interroguemos o doente a respeito dos pensamentos de suicídio, isto é, perguntemos-lhe se pensa em suicidar-se ou, conforme o caso, se persiste nas ideias suicidas que antes manifestou. Em qualquer hipótese, sempre responderá que não a esta pergunta – sobretudo, aliás, na hipótese de pura dissimulação. Em seguida, façamos-lhe outra pergunta que nos permita estabelecer uma diagnose diferencial entre o estar realmente livre do *taedium vitae*, por um lado, e, por outro, a mera dissimulação do mesmo: perguntemos-lhe – por mais brutal que a pergunta lhe pareça – ‘por que’ (já) não tem nenhum pensamento de suicídio. Nessa altura, o doente que estiver livre de tais propósitos ou que já estiver curado logo responderá que, evidentemente, por ter de cuidar dos seus ou por ter de pensar no seu trabalho, ou motivos semelhantes. O doente dissimulador, no entanto, ficará encalhado subitamente na nossa pergunta, com uma perplexidade típica. Sentirá a necessidade de responder à nossa pergunta com argumentos em prol de uma afirmação (simulada) da vida, sem saber como satisfazê-la. No caso de se tratar de um paciente já internado, o mais típico é começar então a insistir em ir-se embora ou a protestar solenemente que não há nesse desejo quaisquer intenções de suicídio. Logo se vê que o homem está psicologicamente incapacitado para fingir sequer argumentos a favor da afirmação da vida, ou argumentos para continuar a viver; argumentos, enfim, que depõem contra os seus prementes pensamentos de suicídio: se realmente os houvesse, se os tivesse já no pensamento, não mais estaria, *eo ipso*, dominado por intenções de suicídio, nada tendo portanto que fingir. (Frankl, 2019, p. 87)

O relato de Frankl (2019) mostra duas importantes condutas a serem observadas pelo logoterapeuta: primeiramente, a sinceridade e objetividade ao perguntar ao paciente sobre os pensamentos suicidas. Como já apontado anteriormente, um dos mitos que circunda o tema é a evitação de falar abertamente sobre ele como se o ato de não abordar o suicídio fosse diminuir ou eliminar o desejo do indivíduo de pôr termo à própria vida. O segundo ponto que merece destaque é a posição do paciente quanto à pergunta: já não há a ideiação pois precisa cuidar dos seus, do trabalho etc. Ora, o indivíduo encontrado em seu sentido da vida, fortemente voltado à autotranscendência não poderia ter outra resposta que não essa mesma e tal posição no mundo só reforça o que já indicado pelos autores quanto à conduta do logoterapeuta diante daquele que sofre: contribuir para que, lançando o olhar para fora de si mesmo, encontre sentido para a vida.

Uma paciente, vitimada por uma tuberculose óssea, tinha que sofrer a amputação duma perna. Na véspera do dia marcado para o efeito, escreveu a uma amiga uma carta em que aludia vagamente a ideias de suicídio. A carta, digamos assim, extraviou-se felizmente a tempo, indo parar às mãos de um médico daquela seção cirúrgica onde estava a remetente. Assim, poucos minutos depois de ter apreendido a carta, o médico improvisou uma breve conversa com a doente. E o que fez foi

também pô-lhe a claro que a existência humana seria paupérrima se realmente perdesse o sentido e o conteúdo só por se ficar com uma perna a menos. Semelhantes circunstâncias poderiam, quando muito, privar de finalidade a vida de uma formiga, dada a hipótese de esta já não poder servir-se das seis patas para andar de um lado para o outro, conforme a finalidade imposta à sua condição de formiga; mas – continuou o médico –, uma coisa é a vida de uma formiga, e outra completamente diferente a vida humana. O resultado desta palestra com o jovem médico, subordinada a uma espécie de estilo socrático, não se fez esperar. Mas o seu chefe, que no dia seguinte efetuou a amputação, ainda hoje ignora que, a despeito do êxito obtido na operação, a paciente esteve a pique de arribar à mesa de dissecação. (Frankl, 2019, p. 387-388)

Frankl (2019) entende que a Logoterapia não pode ser tomada como uma panaceia universal (“*pan*” – todo, “*ákos*” – remédio), de modo que não é aplicável a todos os casos e por todos os médicos. Entende, assim, que a Logoterapia pode ser combinada, conforme a situação concreta, com outros métodos e técnicas. Há, no entanto, uma contraindicação expressa: Frankl (2019) afirma que não é indicado utilizar a intenção paradoxal para pacientes com ideação suicida:

Quanto a mim, creio que o mais importante é determinar as contraindicações a respeito da intenção paradoxal. Assim, a aplicação deste método às ideias de suicídio das depressões endógenas raia num erro técnico. É precisamente para os casos de depressão endógena que se reserva uma técnica logoterápica especial, que nos permite mitigar a tendência dos pacientes para toda a espécie de autoacusações. Converter os sentimentos de culpa ligados a esta tendência numa culpa existencialmente autêntica, no sentido de uma análise do Dasein, que reputo, aliás, tergiversada, é mais do que mera confusão entre efeito e causa, pois pode muito bem, uma vez por outra, incitar o doente ao suicídio. (Frankl, 2019, p. 404)

Nesses casos, conforme mencionado acima, cabe ao logoterapeuta prestar apoio espiritual especialmente seguro aos pacientes que, em determinado momento da vida, precisa compensar sua insegurança. A intenção paradoxal, criada por Viktor Frankl, é indicada para pacientes que sofrem fobias e são orientados a desejar exatamente aquilo que temem como forma de amenizar a ansiedade que gira em torno daquele medo – exemplo: um paciente que sofra com agorafobia é encaminhado a pensar “*hoje vou sair um pouco, para ter um ataque*” como forma de reduzir a ansiedade de tal acontecimento. Há um toque de humor nessa técnica e tal postura diante do medo faz com que o paciente ria de si mesmo e, fazendo isso, distancie-se de sua própria neurose. Pode-se observar, claramente, que tal técnica logoterápica não pode ser indicada para pacientes com ideação suicida pois haveria o “estímulo” a um resultado irreversível e catastrófico.

Frankl (2016) entende que, muito mais importante que chegar às raízes do distúrbio, é preciso ajudar o paciente a desenvolver defesas eficientes e socialmente aceitáveis contra a ansiedade (aqui compreendida em sentido amplo). Para tanto, o autor exemplifica:

Eleonore W. (Policlínica Neurológica, ambulatório 3070/1952) tem 30 anos. Ela sofre de severa psicotofobia e criminofobia, além de fobias de homicídio e suicídio. (...) Além disso, no sentido de uma noogênese, a paciente vive num vazio existencial: ‘Há um ponto morto existencial; estou pendurada no ar; tudo me parece sem sentido; o que sempre mais me ajudou foi cuidar de alguém; agora, porém, estou sozinha; quero que minha vida volte a fazer sentido.’ A motivação da paciente, pela qual ela nos procurou, não estava em sua frustração existencial; mas o efeito da terapia só se fez anotar quando lhe foi apontado o caminho para o preenchimento do seu vazio existencial e a desconstrução de todas as proliferações neuróticas vazias. (Frankl, 2016, p. 187)

A suicidiofobia era apontada por Frankl (2016) como o medo que o paciente expressava de fazer algo errado em relação a si próprio. Pode-se inferir do caso exposto que a paciente narrava seu vazio existencial principalmente após a perda de alguém que ela cuidava, mas essa não era a sua queixa principal. O progresso da mulher foi observado quando o vazio existencial passou a ser preenchido de sentido e, assim, as construções neuróticas noogênicas – aquelas que não decorrem de conflitos ou complexos mentais, mas de problemas espirituais e existenciais (Frankl, 2019) – foram esvaziadas.

Se a intenção paradoxal é explicitamente desaconselhada por Frankl no auxílio de pacientes com ideação suicida, a técnica da derreflexão parece ser adequada ao promover um esquecimento de si mesmo e dos sintomas, promovendo a autotranscendência do indivíduo, seja no serviço a uma causa, seja no amor a uma pessoa. Assim, na derreflexão “ *muito mais importante do que se desprezar (meticulosidade em excesso) ou se observar (consciência em excesso) é se esquecer totalmente*” (Frankl, 2016, p. 2019). A derreflexão ocorre, portanto, quando, para ignorar algo, o paciente passa ao largo desse algo e se dirige para outra coisa:

Não é tarefa do espírito se auto-observar e se refletir. A essência do homem compreende estar orientado e estar entregue a algo ou alguém, uma obra ou um ser humano, uma ideia ou uma pessoa. (...) Quanto mais o doente coloca algo objetivo que dá sentido e valor à sua vida em primeiro plano de sua consciência, mais sua própria pessoa e suas misérias pessoais se retraem ao pano de fundo da vivência. Com frequência, é muito mais importante investir maciçamente no fim da atenção dada aos sintomas do que pesquisar por complexos e conflitos, na tentativa de eliminar esses sintomas. (Frankl, 2016, p. 210)

Essa postura adotada, seja pelo serviço a algo ou pelo amor a uma pessoa, é, de fato, capaz de salvar vidas. Frankl (2016) narra a história de um senhor de 58 anos que não se suicidou porque havia prometido aos amigos que não o faria antes de chegar a Viena e conversar com o criador da Logoterapia. O homem perdera a esposa há pouco tempo, tentara suicidar-se e quando questionado porque não havia tentado novamente contra a própria vida, responde: “Só porque ainda tenho algo a fazer”:

Ele tinha de se ocupar do túmulo da mulher. Perguntei-lhe: ‘Fora isso, o senhor não tem mais nada a fazer?’ Sua resposta: ‘Tudo me parece sem sentido, sem importância.’ Eu: ‘Será que é sua percepção de importante ou desimportante que manda? Não é possível que seu sentimento de falta de sentido possa estar enganando o senhor? O senhor tem o direito de ter a sensação de que nada e ninguém pode substituir sua mulher, mas o senhor tem o dever de se dar uma chance de sentir de um jeito diferente algum dia e vivenciar o período em que fará isso.’ Ele: ‘Não consigo achar mais graça na vida.’ Eu lhe digo que exigir isso dele seria exigir demais, e a pergunta é se ele tem a obrigação de continuar vivendo, apesar de tudo. Ele: ‘Obrigação?... São apenas palavras. Não adianta’. Eu: ‘Será que não existem coisas como a amizade e a palavra de honra, não existem coisas como a colocação da lápide – para mortos, para seres que não existem mais na realidade –, que não estejam acima de toda utilidade e aplicação imediatas? Se o senhor se sente obrigado a colocar uma lápide para uma morta, então o senhor não se sente ainda mais obrigado a continuar vivendo para ela?’ (Frankl, 2016, p. 229-230)

O caso narrado acima é bastante emblemático pois demonstra como a dedicação daquele homem ao túmulo da sua esposa, bem como a importância de manter a sua palavra de honra para com os amigos, foram capazes de fazê-lo esquecer de si mesmo e do seu desejo de pôr termo à própria vida. Também é importante perceber, como já explicitado na primeira parte desse escrito, como os pacientes com ideação suicida são tomados por um sentimento de desesperança e constrição cognitiva, de modo que consideram a morte como única solução possível às situações que se lhe apresentam na vida. A derreflexão age, portanto, permitindo

ao sujeito autotranscender e, assim fazendo, esquecer dos sintomas e pensamentos que lhe incentivam ao suicídio. Frankl (2019, p. 91) sustenta, com base nas suas experiências no Centro Vienense de Valorização da Vida, onde trabalhou por quatros anos e atendeu aproximadamente 12 mil casos, que mesmo em situações muito desesperadoras “era possível encontrar à última hora uma solução, uma resposta, um sentido, ainda que muito tempo depois” e que esse sentido não poderia ser encontrado se o paciente já não mais vivesse até esse dia.

Por fim, é importante apresentar o relato de um estudante californiano que sofria de uma depressão endógena, do modo como ela foi abordada por muitos médicos e como, finalmente, foi tratada pela Logoterapia. O caso é importante pois mostra a visão do paciente sobre como seu tratamento foi conduzido:

Quando me inscrevi em suas conferências, ainda não sabia o que me esperava. Mas quando começou a contar histórias de pacientes de depressões endógenas, ficou claro o que se fez de errado no meu caso. No seu livro, você diz que o paciente, quando deprimido, tem de abster-se de emitir juízos sobre o valor ou a falta de valor e sobre o sentido ou a falta de sentido de sua vida. Pressionaram-me a emitir esses juízos. Em seu livro, você diz que ao paciente que sofre de uma depressão endógena deve ser explicado que essas depressões sempre (de novo) passam. Ninguém me disse algo parecido. Ao contrário. Insistiu-se repetidamente que não melhoraria se não expressasse meus sentimentos ou não me obrigasse a procurar um trabalho regular. Você diz que o paciente não deveria lutar contra a depressão. Também nesse ponto exigiu-se de mim o contrário. E o que aconteceu? Como você diz: censurei-me ainda mais por causa de minha fraqueza. Você diz que, nas depressões endógenas, o médico não deve apelar para a força de vontade ou para o sentido de responsabilidade do paciente. Censurou-se-me constantemente minha fraqueza de vontade e minha falta de sentido de responsabilidade. Você alerta contra a hiper-reflexão. Para mim disseram que tenho que me observar ininterruptamente e estar atento a todos os meus sentidos e aspirações. (Frankl, 2019, p. 260)

O excerto é didático pois indica como muitos profissionais, ainda que bem-intencionados, podem acabar gerando prejuízos ao progresso do paciente ao desconsiderarem conceitos importantes da Logoterapia. Nota-se, portanto, que não é qualquer escuta e qualquer atendimento que são boas escutas e bons atendimentos para o indivíduo que está em sofrimento psíquico dessa grandeza. Não há, nesses atendimentos, nenhuma garantia que haverá um próximo encontro e, por isso, é preciso, além do conhecimento sobre o tema, considerar aquele instante como um verdadeiro encontro existencial, em que, parafraseando Jung, uma alma humana encontra uma outra alma humana.

5 CONCLUSÕES

O presente trabalho buscou, de forma não exaustiva, ampliar o debate e o conhecimento acerca do suicídio e de como a Logoterapia pode contribuir no manejo clínico dos pacientes que apresentem comportamento suicida. O tema é amplo, assim como a vida o é, de modo que seria muito pretensioso, e essa jamais foi a intenção, compreender tal fenômeno da existência em sua plenitude ou esgotar o entendimento sobre o assunto.

É possível afirmar, sem receio algum, que se trata de mais um passo rumo à continuidade da afirmação da Logoterapia enquanto abordagem psicológica perfeitamente aplicável às demandas contemporâneas, especialmente atreladas ao vazio existencial, podendo manifestar-se no ato de atentar e, até mesmo, tirar a própria vida. A Logoterapia surge, então, como luz a guiar os passos do paciente rumo à descoberta do sentido da sua existência, experienciando valores e, com isso, autotranscendendo.

Deve-se destacar, por fim, que é necessário, cada vez mais, que os profissionais

ligados à saúde mental, e não somente os logoterapeutas, busquem afinar o conhecimento sobre o ser humano em sua plenitude, considerado em sua tridimensionalidade, e não apenas nas demandas que podem ser apresentadas nos consultórios e sessões: a vida está muito além dos sintomas narrados e, por isso, é preciso que o olhar do profissional seja apto a proporcionar encontro existencial, acolhimento e diretividade necessária para dar segurança ao paciente.

REFERÊNCIAS

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, n. 33, set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em 09 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional dos Psicólogos**, Resolução n.º 10/05, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 09 out. 2022.

FRANKL, Viktor E. **A psicoterapia na prática: uma introdução casuística para médicos**. Tradução de Vilmar Schneider. Petrópolis: Vozes, 2019.

FRANKL, Viktor E. **O sofrimento humano: fundamentos antropológicos da psicoterapia**. Tradução de Renato Bittencourt, Karleno Bocarro. 1. ed. São Paulo: É Realizações, 2019.

FRANKL, Viktor E. **Psicoterapia para todos: uma psicoterapia coletiva para contrapor-se à neurose coletiva**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2018.

FRANKL, Viktor E. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial**. Tradução de Alípio Maia de Castro. 7. ed. São Paulo: Quadrante, 2019.

FRANKL, Viktor E. **Teoria e terapia das neuroses: introdução à logoterapia e à análise existencial**. Tradução de Claudia Abeling. 1. ed. São Paulo: É Realizações, 2016.

FUKUMITSU, Karina Okajima. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP [online]**. 2014, v. 25, n. 3. p. 270-275. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pusp/a/dn4bjQ5DWvmVx5RkWH6HS7w/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

LUKAS, Elizabeth. **Psicologia Espiritual: fontes de uma vida plena de sentido**. 1. ed. São Paulo: Paulus, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 09 out. 2022.

SAÚDE, Organização Pan-Americana da. OPAS/OMS. **Após 18 meses de pandemia de COVID-19, OPAS pede prioridade para prevenção ao suicídio**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-9-2021-apos-18-meses-pandemia-covid-19-opas-pede-prioridade-para-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em 08 out. 2022.

YONESHIGUE, Bernardo. Preocupação com saúde mental ultrapassa câncer pela primeira vez no mundo, mostra pesquisa. **O Globo**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/bem-estar/noticia/2022/09/preocupacao-com-saude-mental-mais-que-dobra-em-quatro-anos-no-brasil-e-ultrapassa-cancer-mostra-pesquisa.ghtml>. Acesso em: 07 out. 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus. Sem Ele, nada seria possível.

Agradeço aos meus pais, Melo e Lourdinha, por sempre terem visto e apontado a educação como o maior legado que se pode deixar para os filhos. Foram eles que, pelo exemplo diário, ensinaram que podemos ir além de nós mesmos com os nossos estudos.

Agradeço às minhas irmãs, Denise, Raïssa, Marie e Ana Luisa, que sempre foram grandes motivadoras dos meus sonhos e nunca economizaram palavras de apoio nos momentos de desânimo.

Agradeço aos amigos que, apesar de mim, permanecem comigo.

Agradeço ao Prof. Gilvan Melo, coordenador do Curso, pelo cuidado e zelo com que nos conduziu ao longo de todos esses meses.

Ao Prof. Hallyson Alves Bezerra, orientador paciente e motivador, que sugeriu leituras, indicou melhores caminhos a trilhar e permitiu que a escrita tomasse forma.

Aos demais professores do Curso de Especialização em Logoterapia e Saúde da Família, pelo tempo despendido, por terem se derramado nos finais de semana para que cada um pudesse encher-se de conhecimento e inspiração.

Aos colegas de curso que contribuíram com conhecimento, partilhas e com suas essências, permitindo que as aulas fossem trocas de experiências e vivências.