



Suicídio



Desafios e obstáculos

Em nível mundial, a prevenção do suicídio não tem recebido a devida atenção, devido a falta de consciência sobre o quanto esse é um problema disseminado em todas as faixas etárias e sociais de nossas comunidades, bem como um tabu sobre o qual se evita conversar de modo mais aberto.

Apenas poucos países incluem prevenção do suicídio entre suas prioridades.

Várias mortes por suicídio não recebem essa qualificação, o que prejudica o estudo epidemiológico do fenômeno.

A prevenção adequada requer um envolvimento maior de vários setores sociais, incluindo áreas da saúde, educação, polícia, justiça, religião, leis, política e mídia.

Desafios e obstáculos

A Associação Internacional para Prevenção do Suicídio (IASP) organiza em 10 de setembro o dia mundial para prevenção do suicídio (World Suicide Prevention Day - WSPD), com o propósito de promover conscientização global de que o suicídio pode ser evitado.

Recursos adicionais podem ser encontrados no site da OMS http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/
O maior problema parece ser na região do Báltico e nas antigas repúblicas soviéticas.

Em 2000, na Lituânia, estima-se que 42 em cada 100 mil pessoas cometeram suicídio.

Na Estônia, a incidência foi de 40 por 100 mil e na Rússia, 38 por 100 mil.

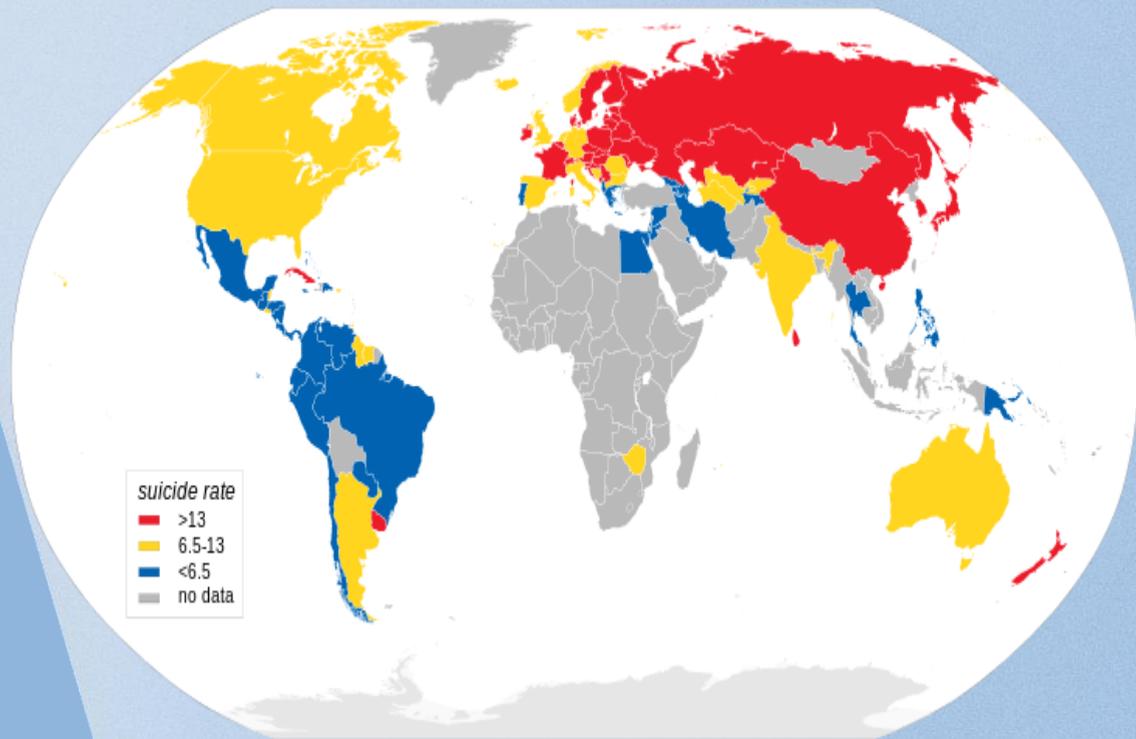
Desafios e obstáculos

Os altos índices de alcoolismo contribuem para explicar o número de suicídios no Leste Europeu.

Na Lituânia, a incidência de suicídios entre homens foi de mais de 80 por 100 mil.

A região com menor incidência de suicídios é a América Latina. Segundo dados da OMS a incidência de suicídios no Brasil, em 1995, foi de 6,6 por 100 mil entre homens e 1,8 em cada 100 mil no caso das mulheres. Há poucos dados confiáveis da África.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria <http://abp.org.br/2011/comunidade/>, no Brasil ocorreram 8639 suicídios registrados em 2006, o que corresponde a um suicídio por hora.



Desafios e obstáculos

A maior incidência ocorre no Rio Grande do Sul.

Em 2005 foram 10 suicídios para cada 100 mil habitantes (17 em homens e 3 em mulheres).

Entre a população indígena no Mato Grosso do Sul há elevado índice de suicídios também, com média de 8,6 (12,4 em homens e 4,7 em mulheres).

No Nordeste ocorrem mais suicídios no Ceará.

Desafios e obstáculos

Jovens e adultos jovens do sexo masculino são os que mais se matam. Nesse grupo (entre 15 e 29 anos de idade), o suicídio responde por 3% do total de mortes e se encontra entre as três principais causas de morte.

Há no Brasil um estudo realizado com apoio da Organização Mundial da Saúde, na área urbana do município de Campinas.

Nesse estudo, a partir de listagens de domicílios feitas pelo IBGE, 515 pessoas foram sorteadas e entrevistadas face-a-face por pesquisadores da Unicamp.

Verificou-se que, ao longo da vida, 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em por fim à vida”, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio.

Desafios e obstáculos

De cada três pessoas que tentaram o suicídio, apenas uma foi atendida em pronto-socorro logo em seguida. (Botega e cols., Rev. Bras. de Psiquiatria, 2005).

A assistência prestada a pessoas que tentaram o suicídio é uma estratégia fundamental na prevenção do suicídio, pois essas constituem um grupo de maior risco para o suicídio.

O risco de suicídio em pacientes que já tentaram o suicídio aproximadamente 100 vezes maior do que o risco na população geral.

Não há uma causa única para o suicídio.

Desafios e obstáculos

No estudo de Bertolote e Fleischmann, (World Psychiatry, 2002) em 15.629 casos de suicídio, 3.2% não apresentavam diagnóstico prévio de transtorno mental; 10.6% esquizofrenia; 11.6% transtorno de personalidade; 22.4% transtornos ligados a uso de substâncias (dependência do álcool e de outras drogas psicoativas) e 35.8% transtorno do humor (depressão, transtorno bipolar).

A situação se agrava quando há combinações de doenças, como depressão e alcoolismo, ou depressão, ansiedade e agitação.

Esses dados não significam que todo o suicídio relaciona-se a transtorno mental, e nem todos que sofrem de transtorno mental irá se suicidar. Mas sem dúvida é fator de risco.



Suicídio

Por que falar de suicídio?

Terapeutas em geral têm medo de clientes com ideação suicida. Nem sempre o encaminhamento para o psiquiatra será suficiente para evitar o suicídio, assim como avisar a família (que muitas vezes já sabe).

Busca de nosso apoio pessoal

Jacques Lacan clientela específica

A certeza total não existe de que vamos conseguir evitar - praticamente todo cliente terá em algum momento a fantasia da ideação suicida como co-morbidade em relação a outro quadro, ao passo que alguns nos procurarão especificamente com essa queixa.

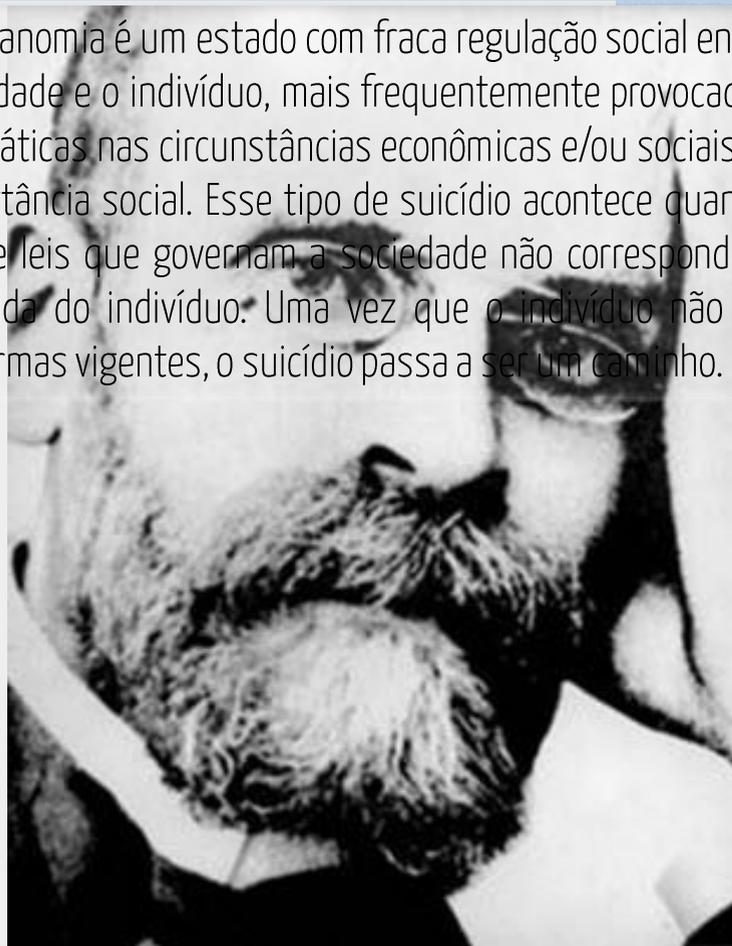
Suicídio

O sociólogo francês Émile Durkheim redigiu monografia sobre o tema, categorizando a motivação suicida conforme três grupos:

Suicídio egoísta - conforme Durkheim, egoísmo é um estado que revela a fraqueza dos laços entre o indivíduo e os outros na sociedade. Se esse vínculo é fraco, terminar a vida terá pouco impacto no resto da sociedade. A escassez de laços sociais tornam o indivíduo dispensável, para o conjunto; pode se matar para por fim ao sofrimento do término de um relacionamento;

Suicídio altruísta ou filantrópico, quando a pessoa justifica o suicídio em nome de um grande ideal, uma motivação às vezes até mesmo religioso (kamikases, homens-bomba); ou quando o indivíduo se vê sem importância ou oprimido pela sociedade e prefere cometer suicídio. Isso pode acontecer em sociedades com poucas instituições estruturadas, bem como em sociedades mais contemporâneas.

Suicídio anômico - anomia é um estado com fraca regulação social entre as normas da sociedade e o indivíduo, mais frequentemente provocadas por mudanças dramáticas nas circunstâncias econômicas e/ou sociais. A pessoa perde importância social. Esse tipo de suicídio acontece quando as normas sociais e leis que governam a sociedade não correspondem aos objetivos de vida do indivíduo. Uma vez que o indivíduo não se identifica com as normas vigentes, o suicídio passa a ser um caminho.



Algumas características de pessoas que cometem suicídio

De acordo com Shneidman:

Características situacionais: sofrimento psicológico extremo e necessidades psicológicas não atendidas;

Características conativas: propósito do suicídio é o de buscar uma solução, o término da consciência;

Características afetivas: desamparo e desesperança, com predominância interna de ambivalência;

Características cognitivas: constrição, redução das habilidades;

Ambivalência



Suicídio

Características relacionais : é comum a comunicação de intenção

Característica serial: consistência no suicídio de padrões de *coping*, tentativas de adaptação;

Apesar de elementos semelhantes, as motivações são idiossincráticas e precisam ser avaliadas de modo individualizado.

Alguns mitos sobre o suicídio

1. Conversar sobre o tema irá incentivar o cliente a assumir o ato final;
2. Clientes que ameaçam cometer suicídio não o fazem;
3. Suicídio é um ato irracional;
4. Pessoas que cometem suicídio são insanas;
5. Suicídio é um traço hereditário;

Alguns mitos sobre o suicídio

6. Uma vez suicida, sempre suicida;
7. O perigo passou para a pessoa que sobreviveu a uma tentativa de suicídio;
8. Pessoa com tendência suicida que mostra generosidade e compartilha seus bens mostra sinais de recuperação;
9. O suicídio é sempre um ato impulsivo;
10. Crianças não cometem suicídio;
11. O uso de anti-depressivos protege a pessoa contra o suicídio.

Áreas de Avaliação

Fatores de risco:

- Cliente tem um histórico familiar de suicídio;
- Cliente tem histórico de tentativas prévias;
- Cliente formulou plano específico;
- Cliente em risco sofreu perda recente de pessoa de referência, por meio de morte, rejeição, traição ou divórcio;
- A família do cliente se encontra desestabilizada por perda, violência doméstica ou cliente sofreu abuso sexual, vítima de *bullying*, assédio virtual;
- Cliente se mostra preocupado com aniversário de morte de perda traumática;

Áreas de Avaliação

- Cliente está em surto psicótico;
- Cliente tem histórico de abuso de substância/álcool;
- Cliente sofreu trauma recente (físico ou psicológico) - síndrome do sobrevivente;
- Cliente tem histórico de doença crônica e tratamentos médicos mal-sucedidos;
- Cliente mora só e não tem rede social;
- Cliente está deprimido ou se recuperando de depressão;
- Cliente começa a fazer organização de suas coisas e entregar/doar bens de valor;

Áreas de Avaliação

- Cliente mostra labilidade emocional intensa, bem como inconsistência nos hábitos (comer/dormir/trabalho);
- Cliente se mostra abatido por desesperança e desamparo;
- Cliente apresenta depressão com hostilidade, desejos de vingança.

Desesperança



Partir da teoria para a prática

- Confie em sua suspeita que a pessoa pode ser autodestrutiva, mesmo se ela for muito jovem;
- Deixe claro para seu cliente que você está preocupado com ele e escute atentamente como a pessoa responde a seu compartilhar;
- Faça perguntas diretas: "você tem pensado em terminar com sua vida?" Se afirmativo, "tem algum plano em mente?"
- Não tenha uma reação de choque ou pânico. Encare a confissão como um sinal de confiança em sua capacidade de suportar a informação. Não entre no debate do certo/errado do suicídio e não prometa o sigilo dessa informação;
- Não deixar a pessoa sozinha, caso tenha a impressão de que o suicídio é iminente;

Partir da teoria para a prática

- Esclareça para a pessoa que você não pode deixá-la desse jeito e peça para que ela escolha (para ter um senso de controle e de participação) alguém para você compartilhar esse conteúdo, preferencialmente um membro da família dela.
- Esclareça que essa crise tende a ser passageira e que você deseja atravessar esse caminho difícil com a pessoa, que se sente honrado por ter sido escolhido para juntos vencerem esse desafio.

Algumas restrições

- ✘ Evite lições de moral ou pregação religiosa;
- ✘ Evite críticas às escolhas do cliente;
- ✘ Evite os debates sobre prós e contras;
- ✘ Evite acreditar em relatos do cliente de que a crise passou;
- ✘ Não negue as ideias suicidas do cliente;
- ✘ Não desafie o cliente a se matar, para conseguir um efeito contrário;

Algumas restrições

- ✘ Evite deixar o cliente sozinho, sem ser observado e desconectado;
- ✘ Evite interpretações e confrontos com o cliente em fase aguda da crise;
- ✘ Não seja passivo;
- ✘ Não reaja de forma brusca, com pânico, aprenda a se conter (observe a própria respiração e a tensão muscular);
- ✘ Não faça pacto de manter o plano suicida do cliente um segredo;
- ✘ Não compare o comportamento do cliente com o de outros clientes ou de pessoas que se mataram;

Intervenções a serem negociadas

- ✓ Destacar ambivalência da motivação, já que cliente procurou ajuda;
- ✓ Estabelecer um contrato (escrito) de não-suicídio durante o tratamento - "comprometo-me a não me matar até a próxima consulta";
- ✓ Esclarecer o quanto a motivação do cliente tem sentido, mas que a morte pode ser parcial;
- ✓ Estabelecer canal de contato extra consulta ou flexibilizar frequência das consultas;
- ✓ Estabelecer apoio extra consulta (acompanhamento medicamentoso com psiquiatra), identificação de pessoa (consultor ad hoc) que pode servir como um braço intermediário entre terapeuta e cliente (membro da família ou amigo de confiança);



Intervenções a serem negociadas

- ✓ Perspectiva de transtorno dissociativo - procurar identificação de parte homicida no sistema de partes do ego;
- ✓ Estabelecer vigilância para prevenção do suicídio (não deixar cliente dormir sozinho; remover de casa possíveis fonte de risco - armas de fogo, cordas, venenos);
- ✓ Exercícios guiados de visualização, relaxamento e meditação, para aumento de sensação de controle, empoderamento.

Quando o suicídio não é evitado ou terapeuta é procurado por membros da família de alguém que suicidou.

Há terapeutas especializados em luto. Procure mais informação sobre eles ou sobre a própria especialização no tema, caso seja de seu interesse profissional.

Alguns pontos a serem observados:

- Acolher o compartilhar dos membros da família, sem julgamento do que deveria ter sido feito ou não;
- Identificar qual o risco de letalidade para os familiares sobreviventes
- Propiciar a elaboração de rituais que permitam melhor fechamento da vivência trágica - escrever cartas, acender velas, o que for mais compatível com a (des)crença dos familiares.

Quando o suicídio não é evitado ou terapeuta é procurado por membros da família de alguém que suicidou.

- Em casos de atendimento familiar, por vezes pode ser conveniente deixar uma cadeira vazia, para que os demais possam :. ventilar as emoções (culpa, raiva, ressentimento) pelo ocorrido; tentar uma construção de sentido, um porquê que explique o que houve; finalizações e despedidas; planos para a vida que continua, apesar do suicídio.
- Identificar o que você terapeuta precisa para prosseguir - há outros clientes que precisam de seu apoio. Não é possível garantir que sejamos perfeitos. Vamos tentar garantir que sejamos humanos.

