

Suicídio e autópsia psicológica *

DANIEL SAMPAIO **

Como fenómeno multideterminado, o suicídio representa para o investigador uma matéria de estudo particularmente difícil. Correspondendo à «auto-destruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir este fim» (Vaz Serra, 1971), o suicídio ultrapassa contudo o acto individual para constituir uma situação de implicação social.

Poderemos abordar a questão das condutas auto-destrutivas de diversos modos (Sampaio, 1985):

- a partir do estudo das estatísticas oficiais;
- pelo estudo das tentativas de suicídio e/ou pelo estudo dos casos em tratamento;
- através de estudos retrospectivos, nos quais se inserem as denominadas «autópsias psicológicas».

A *autópsia psicológica* é o procedimento usado para esclarecer a natureza de uma morte, focando os seus aspectos psicológicos (Shneidman, 1981) e nasceu da colaboração, nos anos sessenta, entre um médico legista de Los Angeles, Theodore Curphey e os técnicos do Centro de Prevenção do Suicídio da mesma cidade,

nomeadamente Edwin Shneidman, Norman Farberow e Robert Litman.

Curphey preocupa-se com o diagnóstico exacto da morte, em casos de morte equívoca: situações em que os técnicos hesitavam no veredicto final da autópsia entre acidente, suicídio ou homicídio. O conceito de autópsia psicológica nasceu assim da convicção de que as dúvidas perante uma morte equívoca podem ser esclarecidas através da reconstrução do papel que a vítima desempenhou na sua morte (Shneidman e Farberow, 1969).

Podemos, de facto, considerar vários tipos de morte, nos quais o papel desempenhado pelo indivíduo é diferente. É assim que Shneidman (1981) distingue:

- *a morte intencional* — na qual o falecido tem um papel directo e consciente na efectivação da sua morte (ex: suicídio por arma de fogo);
- *a morte não intencional* — na qual, pelo contrário, aquele que morre não tem acção directa sobre o seu falecimento;
- *a morte subintencional* chama atenção para o papel parcial, indirecto, muitas vezes inconsciente que o indivíduo teve na sua morte. Corresponde à vida caracterizada pelo permanente risco (uso de álcool, drogas, etc.) ou após a recusa em cumprir um regime terapêutico essencial para a sobrevivência. Nestes casos parece haver certa ligação entre a psicologia do indivíduo e a morte naquele momento, aspecto que a análise

* Este tema foi tratado de um modo semelhante na prova complementar do Doutoramento à Faculdade de Medicina de Lisboa, em Março de 1986.

** Psiquiatra e Terapeuta Familiar, Professor Auxiliar de Psiquiatria na Faculdade de Medicina de Lisboa.

retrospectiva conduzida na perspectiva da autópsia psicológica pode contribuir para esclarecer.

A autópsia psicológica pode assim utilizar-se, de um modo geral, em todas as situações de morte equívoca e em particular na morte por suicídio.

Estudando retrospectivamente o sistema relacional do suicida, a autópsia psicológica contribui para esclarecer as razões do suicídio e determinar os acontecimentos que o precederam. É evidente que este tipo de trabalho exige uma *equipa de trabalho* constituída pelo Especialista de Medicina Legal, psiquiatra, psicólogo, técnico do Serviço Social, sociólogo e outros, *numa perspectiva de trabalho interdisciplinar*. Este grupo pode assim tentar compreender, de um modo multidimensional, a complexidade do acto suicida e detectar os factores de *letalidade* (probabilidade que um individuo tem de atentar contra a própria vida num futuro próximo — Shneidman, 1981).

Diversas equipas de trabalho têm realizado *estudos retrospectivos*, investigando diversos aspectos da vida do suicida antes da conduta auto-destrutiva. É de salientar, no entanto, que a vertente psiquiátrica predomina nestes trabalhos, faltando a dimensão interdisciplinar que atrás acentuámos.

O Quadro 1 resume as investigações de Dorpat e Ripley, citado por Robins (1981) Barraclough et al (1974) e Robins (1981), no que diz respeito aos prováveis diagnósticos psiquiátricos dos suicidas, elaborados retrospectivamente. Verificamos a importância da depressão e do alcoolismo, nas três séries presentes na maioria dos casos.

QUADRO I
AUTÓPSIA PSICOLÓGICA

Estudos Retrospectivos

Diagnósticos	Dorpat e Ripley (1960) N = 108	Barraclough ET AL (1974) N = 100	Robins (1981) N = 134
D. Afectiva, F. Depres.	28 %	70 %	47 %
Alcoolismo	26 %	15 %	25 %
Esquizofrenia	11 %	3 %	2 %
S. Psico-Orgânico	4 %	—	4 %
D. Psiquit. não Esp.	15 %	—	15 %
S/D. Psiquiátrica	—	7 %	6 %

O Quadro II compara os dois estudos mais recentes, no que diz respeito à comunicação da intenção suicida, ao número de tentativas de suicídio anteriores ao suicídio, ao tratamento psiquiátrico no último mês e à ida a uma consulta médica no último ano. Chama a atenção a alta percentagem em que os individuos comunicaram a intenção de atentar contra a própria vida, contrariando a ideia comum de que aquele que se mata não avisa previamente; é também importante destacar a ida a uma consulta médica no ano anterior ao suicídio, o que mostra bem a importância do clínico geral na prevenção do suicídio.

QUADRO II
AUTÓPSIA PSICOLÓGICA

	Barraclough ET AL N = 100	Robins N = 134
Comunicação Intenção Suicida	55 %	69 %
T. Suicídio Anteriores	30 %	18 %
Tratamento Psiquiátrico Último mês	24 %	31 %
Consulta Médica Último ano	80 %	73 %

Mais recentemente Shafii e colaboradores (Shafii et al., 1985) têm realizado autópsias psicológicas após suicídios adolescentes. Estes autores procuram assim explorar e identificar factores que contribuem para o suicídio adolescente, tentando desta forma impedir suicídios futuros.

O Quadro III resume alguns dados encontrados, sendo de salientar uma vez mais a alta frequência de ameaças de suicídio e a importância da depressão e dos comportamentos toxicofílicos.

QUADRO III
AUTÓPSIA PSICOLÓGICA

	N = 20
12-19 Anos	
Ameaças de Suicídio	55 %
Tentativas de Suicídio	40 %
Drogas e Alcool	70 %
Personalidade Inibida	65 %
Comportamento Anti-Social	70 %

Shafii ET AL, 1985

Como realizar a autópsia psicológica no suicídio?

Esta investigação pressupõe entrevistar os *elementos significativos* que se relacionaram com o suicida ao longo da sua vida, com particular destaque para o último ano. Deverão assim ser contactados, o mais precocemente possível, os *familiares, namorados, amigos, colegas de profissão, professores e técnicos de saúde* que tenham privado com o suicida.

De todos estes contactos, o mais importante é aquele em que a equipa da autópsia psicológica contacta a família enlutada. Este encontro reveste-se de particular dificuldade, já que a família do suicida se encontra em fase de grande instabilidade emocional. Os técnicos vão encontrar um ambiente em que sentimentos contraditórios de tristeza, culpa, raiva e amor sobressaem. Diversos autores têm estudado a repercussão da morte por suicídio sobre a família. Bowen (1978) fala da *onda de choque emocional* como uma rede de choques subterrâneos que pode ocorrer na família extensa nos meses ou anos que se seguem a sérios acontecimentos emocionais numa família. Este autor descreve sintomas de doença física, doença emocional ou perturbação social, tanto mais intensos quanto mais central for o papel do falecido na configuração emocional da família. Todd (1980) descreve sentimentos complexos de culpa, identificação com o suicida, isolamento e perturbações na comunicação nos irmãos do suicida e diversos trabalhos chamam a atenção para graves alterações do processo de luto, levando a psicopatologia potencial nos sobreviventes.

Estas constatações levam a considerar a autópsia psicológica não apenas importante na prevenção e no estudo do suicídio, mas também — e talvez de um modo preponderante — como *arma terapêutica fundamental*, se realizada numa óptica sistémica e visando apoiar as famílias após a sua perda. Sanborn (1976) defende que a autópsia psicológica deve assumir um estilo terapêutico, mais do que se limitar a recolher informações, na perspectiva de ajudar os sobreviventes a lidar com a sua perda, prevenindo situações mais graves sob o ponto de vista psicopatológico.

É assim que a autópsia psicológica deverá, pelo menos na primeira entrevista, ser conduzida em casa do suicida, entrevistando toda a família, explorando cuidadosamente os sentimentos negativos e procurando determinar a configuração total da família, a posição em termos de função da pessoa que se suicidou

e o nível geral de adaptação à vida. O trabalho deve prosseguir através de encontros periódicos (uma semana — um mês — seis meses — um ano após o suicídio) e sempre que a família o solicite.

O Quadro IV enumera, de modo esquemático, os principais passos que a equipa interdisciplinar deve efectuar, ao conduzir a autópsia psicológica. Saliente-se que se trata de uma linha de orientação, que necessita dos necessários ajustamentos caso a caso.

QUADRO IV AUTÓPSIA PSICOLÓGICA

-
- 1 — Identificação
 - 2 — Descrição da Morte
 - 3 — História Pessoal:
 - Desenvolvimento
 - Doenças
 - Relações Interpessoais
 - 4 — Letalidade
 - T. de suicídio anteriores
 - Comunicações, apelos, listas-suicídio
 - Alteração dos hábitos
 - Perdas/Sucessos recentes
 - 5 — Sistema relacional-elementos significativos
 - Mortes/Doenças/Suicídios
 - Explicação do suicídio
 - 6 — Síntese final
-

Por vezes as famílias podem considerar intrusiva a presença dos técnicos, mas a condução das entrevistas numa perspectiva terapêutica e a necessidade de apoio sentida pelos sobreviventes faz considerar útil este trabalho, sobretudo se contribuir para o estabelecimento de novas relações, tentando uma atmosfera de crescente equilíbrio e bem estar.

REFERÊNCIAS

- BARRACLOUGH, B; BUNCH, J.; NELSON, B. e SAINSBURY, P. (1974) — A hundred cases of suicide — clinical aspects, *Brit. Journ. Psychiat.*, 125: 355-373.
- BOWEN, M. (1978) — Family reaction to death, in Bowen, *Family therapy in clinical practice* — Jason Aronson, Nova Iorque.

- ROBINS, E. (1981) — *The final months — a study of the lives of 134 persons who committed suicide*, Oxf. Univ. Press, Oxford.
- SAMPAIO, D. (1985) — Tentativas de suicídio na adolescência: interpretação sistêmica e redefinição de estratégias terapêuticas — Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- SANBORN, D. e SANBORN, C. (1976) — The psychological autopsy as a therapeutic tool, *Diseases of the nervous system*, 37 (1): 5-8.
- SERRA, A. S. Vaz (1971) — Considerações gerais sobre suicídio, *Coimbra Médica* XVIII (VII): 683-704.
- SHAFII, M; CARRIGAN, S.; WHITTINGHILL, J. R. e DERRICK, A. (1985) — Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents, *Am. Psychiat.* 142: 1061-1064.
- SHNEIDMAN, E. (1981) — Conducting the psychological autopsy, in Shneidman, *Suicide Thoughts and Reflections*, Human Sc. Press Inc., Nova Iorque.
- SHNEIDMAN, E. e FARBEROW, N. (1969) — Ejemplos de investigaciones sobre muertes dudosamente suicidas, in Shneidman e Farberow, *Necesito ayuda!*, trad. de *The Cry for Help*, La Prensa Médica Mexicana, Cid. de México.

SUMMARY

A brief description of the psychological autopsy after suicide is outlined and its importance as a therapeutic tool in helping the survivors is stressed. Some retrospective studies of suicide are reviewed and the Author closes the paper regarding the psychological autopsy as an important method in studying and treating suicidal behaviour.