

Avaliação Psicológica e Risco Suicidário: Algumas Notas Reflexivas

Psychological Assessment and Suicide Risk: Some Reflexive Notes

Rui C. Campos¹

Resumo

Neste artigo, de natureza conceptual e reflexiva, começa por salientar-se que a avaliação do risco suicidário exige conhecimento teórico em suicidologia e que os comportamentos suicidários não são um fenómeno linear. Seguidamente, discute-se em torno do conceito de *unacceptable loss thresholds*. No tópico seguinte destaca-se a necessidade de uma, adequada formação e treino dos psicólogos, dada a dificuldade em avaliar o risco e discute-se em torno dos sinais de alerta para os comportamentos suicidários. O ponto seguinte foca-se especificamente nas situações clínicas de avaliação do risco de suicídio, salientando que a ideação suicida e o risco são extremamente voláteis, pelo que a avaliação não deve ser feita num momento isolado no tempo. A seguir analisam-se diversos tipos de instrumentos de avaliação do risco de suicídio: as escalas de avaliação, as checklists e os indicadores de risco, bem como instrumentos de auto-relato. No tópico seguinte refere-se a escassez deste tipo de instrumentos em Portugal e descrevem-se alguns instrumentos disponíveis no nosso país. Finalmente, discute-se em torno da dicotomia: métodos implícitos / indirectos versus métodos directos / de autoavaliação e apresenta-se uma breve nota clínica. Conclui-se que é útil utilizar vários tipos de métodos mas, também, que uma avaliação “estrita” de factores de risco é insuficiente e que a avaliação do risco deve ser feita a vários níveis.

Palavras-chave: risco suicidário, avaliação psicológica, instrumentos de medida

Abstract

This conceptual and reflective paper begins by emphasising that the assessment of suicide risk requires theoretical knowledge in suicidology, and that suicidal behaviour is not a linear phenomenon. Next, the concept of unacceptable loss thresholds is discussed. The following topic highlights the need for an adequate education and training for psychologists, given the difficulty in assessing risk, and discusses the alert signs for suicidal behaviour. The following topic focuses specifically on clinical risk assessment situations, emphasizing that suicidal ideation and risk are extremely volatile, so the assessment should not be done at an isolated moment in time. Various types of suicide risk assessment instruments are then analysed: assessment scales, checklists and risk indicators, as well as self-report instruments. Then we refer to the scarcity of this type of instrument in Portugal and describe some instruments available in our country. Finally, a dichotomy is discussed: implicit/indirect methods versus direct/self-report methods and a brief clinical note is presented. It is concluded that it is useful to use several types of methods, but also that a “strict” assessment of risk factors is insufficient and that risk assessment should be carried out at several levels.

Keywords: suicidal risk, psychological assessment, measurement instruments

¹ Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais e Comprehensive Health Research Center, Universidade de Évora, Apartado 94, 7002-554 Évora, Portugal. E-mail: rcampos@uevora.pt

Introdução

A avaliação do risco suicidário é uma das tarefas mais exigentes que um técnico de saúde mental terá de enfrentar. Uma adequada avaliação do risco exige, em primeiro lugar, conhecimento teórico em suicidologia. A avaliação do potencial suicida implica uma transposição do conhecimento dos factores de risco para a avaliação daquele paciente em particular (Braz-Saraiva & Garrido, 2014).

Note-se, no entanto, que os comportamentos suicidários devem ser encarados como um fenómeno que se enquadra ou é mais bem explicado pela teoria dos sistemas dinâmicos, do que como um fenómeno linear (Bryan, 2022). Sai fora do âmbito deste artigo detalhar esta perspectiva, um ramo da matemática, que permite descrever o comportamento de sistemas complexos. Refira-se, no entanto, brevemente os seus pressupostos: A mudança é constante; o todo é mais do que soma das partes; cada componente do sistema depende das outras componentes para funcionar; sistemas complexos comportam-se de formas não lineares. Mas, talvez um dos pressupostos com mais implicações para compreender e avaliar os comportamentos suicidários seja, justamente, que inúmeras combinações de factores de risco podem imergir de formas que não são enquadráveis, individualmente, por cada um desses factores por si mesmos. É que, como é sabido, muitos factores de risco foram identificados como relacionados com o suicídio, mas nenhum deles o permite prever, só por si. E, na verdade, a soma de muitos factores não confere obrigatoriamente risco a um indivíduo em particular, da mesma forma que, poucos desses factores não excluem risco, noutra indivíduo (Bryan, 2021).

Limiars de perda inaceitáveis

De salientar, ainda, um outro pressuposto que pode ajudar a compreender porque é que o ato suicida ocorre num dado momento temporal, a seguir a um factor/acometimento de vida específico: os sistemas complexos funcionam de forma não proporcional. Este aspecto remete-nos para a evidência empírica da existência dos designados *unacceptable loss thresholds* (Capron

et al., 2022) - limiars de perda inaceitáveis. Por exemplo, quando o indivíduo diz: "Se me voltarem a desrespeitar, mato-me". Se a pessoa já estiver num "estado de prontidão para o suicídio" (ou seja, se estiverem presentes o desejo, a capacidade, o acesso a meios, a desesperança e um risco de base suficientemente elevado), exibindo o indivíduo sinais de alerta para o suicídio, então o "modo de funcionamento suicida" será activado e poderá ocorrer uma tentativa, enquanto a pessoa estiver num estado de activação elevada ou até que haja intervenção externa. A este respeito, Capron et al. (2022) referem que os indivíduos que consideram o suicídio estabelecem *unacceptable loss thresholds*; que estes estão ligados a acontecimentos de vida negativos mais ou menos importantes; que a maioria das pessoas está ciente deles e deseja falar sobre eles com um técnico; que uma tentativa de suicídio ocorre quando uma pessoa está num estado de prontidão para o suicídio e um *unacceptable loss threshold* é violado; que se uma pessoa está num estado de prontidão para o suicídio, mas não há violação de um *unacceptable loss threshold*, não haverá tentativa; que se uma pessoa percebe uma violação inaceitável de um *unacceptable loss threshold* mas não está em um estado de prontidão para o suicídio, não haverá uma tentativa de suicídio.

Dificuldade em avaliar o risco de suicídio e sinais de alerta para o suicídio

A formação e o treino dos psicólogos são fundamentais e permitirão um conhecimento da fenomenologia da entrevista e de como utilizar provas psicológicas, bem como dos procedimentos a adoptar para uma avaliação sistemática do potencial suicida. Exige-se também uma competência relacional forte que permita ganhar o paciente para a relação clínica (Braz-Saraiva & Garrido, 2014). Apesar de tudo, as competências relacionais, inferências e técnicas resolverão apenas em parte o problema da não revelação que alguns pacientes apresentam. Ainda assim, de referir que o sentir contra-transferencial do técnico é fundamental, não só para a avaliação mas, também para a prevenção do próprio comportamento suicidário. Dir-se-ia que o técnico

deseja profundamente que o indivíduo viva; representa-o e confere-lhe internamente um direito a viver, numa intersubjectividade partilhada; e só há um caminho para a prevenção, o de robustecer a identidade do indivíduo e promover elos significativos deste com os outros (Campos, 2014, 2018).

Um dos grandes problemas da avaliação do risco suicidário é que muitos pacientes não referem, de facto, espontaneamente a sua ideação ou plano suicida. E, como é sabido, a presença de um plano suicida marca a presença de uma crise suicidária em curso, com uma elevada probabilidade que um ato suicida possa ocorrer num futuro muito próximo. A crise suicidária é assinalada, muitas vezes, pelos chamados sinais de alerta ou alarme. Os sinais de alarme são muitas vezes classificados em: sinais verbais directos (como expressões directas de pensamentos suicidas, como por exemplo, “quero morrer”); sinais verbais indirectos (como expressões que indiciam o desejo de morrer, como “apetecia-me desaparecer”); sinais comportamentais directos (acções relacionadas com a preparação dos actos suicidas, de que pode ser um exemplo, a compra de produtos tóxicos); sinais comportamentais indirectos (indícios de que a pessoa pode estar a preparar o suicídio, como por exemplo o ato de se desfazer dos seus objectos pessoais significativos ou escrever uma nota de suicídio) (Inoue et al., 2007). Existem aliás, instrumentos estandardizados para avaliar sinais de alarme, como é o caso do Inventário de Reconhecimento de Sinais de Alerta para Atos Suicidas (Brás et al., 2017), que foi construído especificamente para a população de adolescentes portugueses. Os autores identificaram 3 factores correspondentes a três tipos de sinais de alarme: sinais comportamentais, sinais verbais e sinais de isolamento.

Mas a presença de um plano suicida é, na verdade, o sinal major de risco imediato. O Índice de Risco Suicidário (IRIS) de Alte da Veiga et al., (2014) considera que a presença de um plano organizado, consistente, letal e exequível, equivale à presença de um risco máximo, independentemente da presença ou ausência de outros factores da esfera suicidária, contextual ou socio-demográfica. Este índice considera ainda, na esfera suicidária, a eventual presença de actos

preparatórios recentes, como por exemplo, a escrita de uma nota de suicídio ou mensagem de despedida, bem como o acesso a meios letais, como por exemplo arma de fogo ou pesticidas/herbicidas.

Salientamos adicionalmente, com base na literatura (e.g., Hawton et al., 2009, 2022; Organização Mundial de Saúde, 2006) e no nosso próprio sentir, uma constelação de factores de alto risco, importantes indicadores da presença de uma crise suicidária em curso: uma forte desesperança, um afunilamento da consciência e/ou um afastamento marcado da realidade, numa espécie de anestesia afectiva (como se o indivíduo estivesse no etéreo, no nada) ou, pelo contrário, de uma marcada agitação, ainda, ideação estruturada, acesso a meios letais e forte impulsividade.

A avaliação do risco

Quando se fala em avaliação do risco pode distinguir-se, ainda que apenas em parte, duas situações: a avaliação do doente com ideação suicida, mas que não tentou recentemente o suicídio, daquele que recentemente o fez (Yufitt, 2005). Pode referir-se ainda, a identificação de indivíduos que apresentam um risco, digamos que, "disposicional" para o suicídio, mas que não apresentam risco actual apreciável. É claro que a avaliação dos factores de risco não é estanque. No entanto, existem alguns elementos específicos na avaliação da situação da tentativa de suicídio recente e que se prendem, naturalmente, com as características da tentativa em si. Alguns elementos relativos à letalidade da tentativa de suicídio poderão ser relevantes: o grau de reversibilidade do acto; a probabilidade do indivíduo ser interrompido (que tem a ver com o timing de ocorrência da tentativa); a violência do método usado; o grau de dano físico resultante. Uma prova psicométrica utilizada neste contexto é a *Suicide Intent Scale*, de Beck et al., (1974), mas que, tanto quanto é do nosso conhecimento, não tem estudos de validação em Portugal. Quando se avalia um plano suicida, parâmetros similares poderão ser considerados, como por exemplo, a letalidade do método que o indivíduo tenciona utilizar. Poderá avaliar-se também o grau de ambivalência do indivíduo, a probabilidade do resultado vir a ser a morte e que métodos estão disponíveis (Yufitt, 2005).

A avaliação do risco suicidário é complexa e o suicídio é muito difícil de prever, precisamente porque é um fenómeno raro. É um importante problema de saúde pública, mas é, em boa verdade e, em termos absolutos, raro. E, estatisticamente, os fenómenos raros, são muito difíceis de prever. Além de que a ideação suicida e o risco são extremamente voláteis (Bryan, 2021). Mais do que a intensidade da ideação num dado momento, poderá ser clinicamente mais relevante observar flutuações extremas e frequentes nessa ideação. Como metáfora, descrita por Bryan (2021), visualize-se a imagem de uma ginasta na trave. Quando ela começa o seu exercício, não sabemos se vai cair. É, alias, provável que não caia. É o mais frequente. Similarmente, é também mais frequente que as pessoas quando experienciam sofrimento psicológico não se suicidem, nem sequer se tentem suicidar. No entanto, se a ginasta se desequilibra um pouco, podemos pensar que poderá vir a cair, mas um ligeiro desequilíbrio não irá, muito provavelmente, prever que caia. Mas quando o desequilíbrio começa a aumentar e a ginasta começa a "abandar" fortemente na trave, num dado momento começamos a ter muita certeza que irá cair. Poderá fazer-se, eventualmente um paralelo, com os comportamentos suicidários. Alguma ideação suicida num dado momento não prevê o ato suicida, mas flutuações acentuadas e drásticas na ideação são um forte preditor do ato. Note-se também que existem diversos *pathways* para o ato suicida (Bryan et al., 2020). Podemos identificar a progressão clássica por fases, desde a ideação passiva até ao ato suicida, mas haverá indivíduos que simplesmente parecem não passar por estas fases ou passam muito rapidamente e ficam abruptamente num estado de prontidão para o ato. O Cusp Catastrophe Model de Bryan et al. (2020, 2022) ajuda a compreender, justamente, esses diversos "caminhos" para o ato suicida.

Note-se que estas evidências sugerem fortemente que a avaliação do risco não deve ser feita num momento isolado no tempo, mas antes, deverá ser um processo, que nos indivíduos mais vulneráveis deve ocorrer, de facto, ao longo do tempo. Há indivíduos que num dado momento não referem ideação significativa, não porque a desejem ocultar do clínico, mas porque ela

simplesmente não está presente, sendo que pouco tempo depois pode ocorrer um pico nessa mesma ideação.

Antes de nos determos na análise de alguns instrumentos de avaliação dos factores de risco suicidário, note-se apenas que os factores de risco são tipicamente classificados em predisponentes e precipitantes ou desencadeantes (Hawton et al., 2009). A presença de determinados traços de personalidade muito marcados e disfuncionais, como os traços autocríticos/perfeccionistas pode ser considerado um factor predisponente e uma ruptura amorosa importante recente é um exemplo de um factor precipitante ou desencadeante.

Diferentes instrumentos de avaliação do risco

As escalas de avaliação, as *checklists* e os indicadores de risco permitem avaliar diferentes tipos de factores de risco, que organizam de formas particulares.

A *Suicide Assessment Checklist* de Yufit (2003, 2005), por exemplo, avalia 60 itens associados ao risco, cotados pelo clínico, que se encontram organizados em sete tópicos: História suicidária prévia; história psiquiátrica; vida escolar/profissional; vida familiar; aspectos sociais; aspectos médicos; comportamento durante a entrevista. Este procedimento permite obter um score global relativo ao potencial suicida, ponderando os diferentes factores com pesos variáveis. O IRIS, já anteriormente mencionado, organiza os diferentes factores em três esferas: sócio-demográfica, contextual e suicidária. Na primeira esfera considera o sexo masculino, idade superior a 45 anos e ausência de religiosidade como factores de risco. Nos factores contextuais considera, por exemplo, o isolamento, a presença de história psiquiátrica ou uma perda recente..

Mas uma questão incontornável na avaliação do risco tem a ver com a utilização clínica ou não de instrumentos estandardizados, sejam eles de auto-avaliação, escalas - como a *Scale for Suicide Ideation* de Beck et al., (1979) - ou índices ou indicadores. Trata-se de uma questão relativa à psicométrica do risco suicidário. Consideramos que as limitações desta abordagem se colocam sempre, bem como a questão da especificidade versus sensibilidade. Quando ganhamos em

especificidade, uma espécie de “pesca à linha”, perdemos em sensibilidade, “pesca de arrasto” e, vice-versa.

Passemos brevemente a diferenciar tecnicamente os vários tipos de instrumentos de avaliação. A *Scale for Suicide Ideation* (Beck et al., 1979) é uma verdadeira escala no sentido estrito do termo, tendo vários itens de certo modo, "redundantes" entre si. Esta escala está focada na caracterização da ideação suicida em si, não tendo em consideração outros factores de risco. Este tipo de escala, habitualmente com elevada consistência interna, é particularmente útil em contextos de investigação, justamente onde as exigências ao nível dessa consistência interna são determinantes. Existem outras escalas, como por exemplo a *Suicide Probability Scale* de Cull e Gill (1988), na verdade um instrumento de auto-relato, que para além da ideação suicida, avalia a desesperança, a auto-estima negativa e a hostilidade.

Uma abordagem alternativa às escalas clássicas, consiste em utilizar outro tipo de instrumentos, eventualmente mais consentâneos com a prática clínica, que contêm o menor número de itens possível, abrangendo o maior número de factores de risco. Maximiza-se o conceito de aditividade, sacrificando-se a consistência interna, mas beneficiando-se a sua aplicabilidade prática. Para os distinguir das escalas clássicas, alguns autores utilizam designações como índices ou indicadores” (Alte da Veiga et al., 2014, p. 6). Claro que as escalas no sentido estrito, utilizadas como medidas de auto-avaliação, e os questionários, nomeadamente as designadas *brief screening measures*, têm vantagens porque o tempo de aplicação é geralmente curto e não exigem um treino específico da parte de quem as aplica. Quer as escalas e os questionários, quer os indicadores, podem complementar uma entrevista, mais ou menos estruturada, e que vise ou não a quantificação. Refira-se, como exemplo, a entrevista da Consulta de Prevenção do Suicídio do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, também designada de entrevista "dos 7 P" e que não visa a quantificação (Braz-Saraiva & Garrido, 2014). Algumas dos instrumentos psicométricos referidos anteriormente têm pontos de corte, servindo como medidas de rastreio, por

exemplo em estudos epidemiológicos. Encontramos, na verdade, diversos tipos de medidas classificáveis de diversas formas: medidas focadas exclusivamente na ideação e nos comportamentos suicidários - eventualmente a maioria - ou medidas que avaliam igualmente outros factores de risco; medidas mais longas ou formas abreviadas, incluindo as *brief screening measures*; instrumentos centrados em factores de risco ou também em factores protectores; escalas de hetero-avaliação/instrumentos de avaliação clínica ou medidas de auto-relato.

Instrumentos de avaliação do risco de suicídio em Portugal

De qualquer modo, há alguma escassez deste tipo de instrumentos, de avaliação do risco, disponíveis em Portugal. De entre os que estão disponíveis para a população portuguesa, salientamos o Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto (Osman et al., 2001), uma medida breve, composta por quatro itens, que permite realizar um rastreio de indivíduos potencialmente em risco, com base em quatro questões relativas à história de ideação/comportamentos suicidários e à estimativa que o indivíduo faz da probabilidade futura de vir a suicidar-se. Nos estudos com a versão portuguesa (Campos & Holden, 2019) obteve-se um índice de risco relativo de 29, utilizando a presença de uma tentativa de suicídio lifetime como critério. Significa isto que, o indivíduo que pontua igual ou superior ao ponto corte, que aliás corresponde à mesma pontuação da versão original, tem 29 vezes mais chance de ser alguém que tentou o suicídio ao longo da sua vida.

O *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory* (PANSI; Osman et al., 1998), que é também uma medida de auto-relato, é composto por 14 itens, que são respondidos numa escala de Likert de 5 pontos e permite avaliar, simultaneamente, um factor de risco (a ideação suicida) e factores protectores. Avalia, com referência às duas semanas anteriores, a "ideação suicida negativa" (ou seja, cognições diversas sobre morte e sobre pôr termo à vida), mas também, uma a "ideação suicida positiva", que se refere à utilização de estratégias de coping, presença de relações de amizades positivas, etc,

enquanto factores protectores para comportamentos suicidários mais graves (Campos, 2023).

Destacamos, ainda, a *Psychache Scale* (Holde et al., 2001) que não avalia directamente a ideação/comportamentos suicidários. *Psychache* (i.e. dor psicológica intolerável) pode ser considerada um importante factor de risco para o suicídio, mesmo quando os indivíduos não apresentam ou revelam ideação suicida actual relevante. É aliás, interessante verificar que empiricamente a dor psicológica prevê a ideação e as tentativas de suicídio, mesmo quando se controla o efeito da depressão e da desesperança. Shneidman (1993), o “grande suicidologista”, afirmava liminarmente: *no psychache, no suicide*. Pode ser particularmente interessante avaliar a dor psicológica em situações clínicas em que os indivíduos não relatam ideação suicida significativa. A avaliação da dor psicológica pode ser mais bem aceite pelos pacientes do que indagar logo directamente sobre ideação ou comportamentos suicidários e pode permitir contornar questões de ocultação de planos suicidas. Foi obtido um ponto de corte para a versão portuguesa (Campos et al., 2018; Campos & Holden, 2020) que pode ajudar a identificar indivíduos em risco.

Em nossa opinião, diversos aspectos poderão contribuir para a dificuldade ou mesmo impossibilidade de alguns indivíduos revelarem a sua intenção suicida. Este tópico sai também um pouco fora do âmbito deste artigo, mas não podemos deixar de mencionar três características da personalidade que poderão contribuir para esta tendência: os traços perfeccionistas, os traços narcísicos e os traços masoquistas. Necessariamente estamos a ser simplistas e incompletos, mas a combinação em diferentes graus destes traços poderá contribuir para a dificuldade em revelar ao técnico ideação/intenção suicida, ou seja, revelar o sofrimento psíquico e, logo, fazer um pedido de ajuda.

Uma questão técnica em torno dos instrumentos de avaliação e uma breve nota clínica

Esta referência à avaliação da dor psicológica como indicador indirecto do risco remete-nos,

ainda que parcialmente, para a questão da dicotomia entre métodos implícitos/indirectos versus métodos directos/de autoavaliação (Cogswell, 2008). Esta dicotomia é, em parte fictícia, sendo que os diferentes instrumentos de avaliação se poderão situar ao longo de um contínuo, mas do que num dos dois pólos. É sempre tentador considerar que os métodos mais indirectos, especialmente os métodos projectivos, têm a grande vantagem de, justamente por serem indirectos, avaliarem aspectos que os indivíduos desconhecem, rejeitam em si ou não querem revelar. Esta característica torna-los-ia métodos de excelência, precisamente quando a questão, já mencionada, da não revelação do cliente se coloca.

No entanto, este tipo de método apresenta dificuldades diversas; não existem métodos de avaliação isentos de limitações (Simões, 1999). Pensávamos ao Rorschach, mas no chapéu dos métodos indirectos cabem outro tipo de metodologias, usadas sobretudo em investigação, mais do que na prática clínica. Um exemplo é a construção recente em Portugal de um Teste de Stroop Emocional (Esgalhado et al., 2022) para detectar a ideação suicida.

Defendemos que o Rorschach, um método muito importante em avaliação psicológica, tem também relevância na avaliação do risco suicidário. Podemos considerar, naturalmente, uma análise qualitativa das respostas, muito rica em alguns casos, mas mais subjectiva e que idealmente deverá ser integrada com os dados estruturais. A este propósito importa fazer uma referência à Constelação de Suicídio proposta por Exner (2003). O índice é composto por 12 condições/itens. É considerado positivo quando pelo menos 8 condições (para alguns autores bastariam apenas 7) estão presentes. Este índice foi desenvolvido com base em protocolos de indivíduos que se vieram a suicidar posteriormente. A ocorrência de falsos positivos é baixa, sendo que valores negativos não excluem, naturalmente, risco suicidário. Os seus itens são: respostas de perspectiva em número elevado, presença de respostas de combinação cor-sombreado, valores extremos no índice de egocentricidade, respostas de conteúdo mórbido em número elevado, valores extremos do índice de eficiência do processamento (Zd), percentagem

de respostas de forma adequada baixa, respostas de cor menos bem moduladas superiores às respostas de cor bem moduladas, baixo número de respostas de conteúdo humano, número elevado de respostas de espaço branco, baixa produtividade do protocolo, índice de stress com um valor superior ao índice de recursos disponíveis, número de respostas populares muito baixo ou muito elevado.

É notável como se pode encontrar uma correspondência e complementaridade franca num dado protocolo do Rorschach entre dados estruturais e qualitativos. Repare-se na resposta de um protocolo de uma mulher de 31 anos, em que estão presentes 9 das 12 condições da constelação de suicídio e em que o índice de depressão, de acordo com o Sistema Integrativo do Rorschach cota com o valor de 7 (todas as condições presentes). “Isto lembra-se uma espécie de paisagem ártica e de lado um esboço e um urso polar e, nesse contexto, pela localização e a cor, parece sangue como se o animal estivesse ferido ou a lutar”. No inquérito o examinador repete a resposta e a pessoa diz: “Uma paisagem ártica com um iceberg na água, a cor faz parecer frio e com a simetria parece que o urso polar se está a afastar, a arrastar-se, como se estivesse a arrastar-se para fora de uma poça de sangue, como a arrastar-se para ir morrer ou qualquer coisa assim. “O examinador pergunta, então: “O que há aí que faz parecer um esboço?” e a pessoa responde: “Bem, é mais como um quadro do que real, é representativo do frio e da condição do urso polar”. A projecção é muito marcada; a resposta é, de certo, modo transparente, denotando sofrimento intenso, fragilidade egóica e dano importante na auto-imagem e o colapso de um arranjo defensivo da ordem da intelectualização que, provavelmente, já não é capaz de conter, ou contem mal, a expressão da agressividade contra a própria.

Conclusão

Para concluir, apelar a que o que consideramos ser uma verdadeira máxima do exame psicológico, se possa também aplicar especificamente à avaliação do risco suicidário: utilizar vários tipos de métodos, tais como a entrevista clínica, métodos formais objectivos e

métodos projectivos; tudo articulado no sentir, na intuição, na técnica e conhecimento teórico do psicólogo, sintonizado sempre, porque só assim pode ser, no timbre da ressonância afectiva com o cliente (Campos, 2017).

Mas, uma avaliação “estrita” de factores de risco será, porventura insuficiente. Um modelo de avaliação, formulação e gestão terapêutica do risco (Hawton et al., 2002) considera desde logo todos os pacientes com sofrimento psicológico importante como potencialmente em risco de suicídio. O foco/objectivo será reduzir o risco através do uso de uma abordagem centrada na pessoa, que inclui um planeamento colaborativo de segurança e uma formulação colaborativa, podendo as ferramentas de avaliação disponíveis ser usadas de forma integrada nesta abordagem (Penney & Simpson, 2022).

Importa porventura considerar o risco de suicídio e a sua avaliação em diferentes níveis: o risco de base (considerando factores de risco, factores de protecção e determinadas características do funcionamento interno do indivíduo, avaliados em entrevista e, eventualmente, através de instrumentos estandardizados, incluindo medidas psicométricas tais como escalas, medidas de auto-relato, checklists, índices mas, também, medidas mais indirectas); considerar variáveis situacionais e factores desencadeantes que podem potenciar o risco ou desencadear uma crise suicidária; valorizar sinais de alerta; ter em mente a volatilidade da ideação e do risco suicidário e a necessidade de avaliar/monitorizar a evolução do indivíduo ao longo do tempo; considerar a possibilidade do indivíduo colocar *unacceptable loss thresholds*; ter em mente que a avaliação do risco deve ser integrada numa abordagem clínica mais global, numa perspectiva de avaliação/intervenção em que se pode aceitar que é possível prevenir/intervir, mesmo sem conseguir prever ou estabelecer/quantificar completamente o risco.

Referências

Alte da Veiga, F. et al., (2014). IRIS: Um novo índice de avaliação do risco de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 35, 65-72.

- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 343-352.
- Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H. L. P. Resnik, & D. J. Lettieri (Eds.). *The prediction of suicide*. Charles Press.
- Brás, M., Carmo, C., & Jesus, S. N. (2017). Estudo das propriedades psicométricas do Inventário de Reconhecimento de Sinais de Alerta para Atos Suicidas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 43*, 89-105.
- Braz-Saraiva, C., & Garrido, P. (2014). Entrevista de avaliação do doente com ideação suicida. In C. Braz-Saraiva (Coord), *Depressão e suicídio. Um guia prático nos cuidados de saúde primários* (pp. 45-63). Lidel.
- Bryan, C. J. (2022). *Rethinking suicide: Why prevention fails, and how we can do better*. Oxford University Press.
- Bryan, C., et al., (2020). Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: a conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas in Psychology, 57*, 1-9.
- Campos, R. C. (2014). Porque não posso viver assim, aceito antes de tempo o meu fim: Uma reflexão sobre suicídio. *Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, 5*, 97-118.
- Campos, R. C. (2017). Do processo de avaliação da personalidade em contextos clínicos ao diagnóstico psicodinâmico: Contributos para uma avaliação psicológica psicodinâmica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 44*, 44-56.
- Campos, R. C. (2018). Uma compreensão psicodinâmica dos comportamentos suicidários. *Newsletter do CIEP-UE, Fevereiro, nº 4*.
- Campos, R. C. (2023). O Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa: Estudos de validação para a população portuguesa. In Afonso, M. J., Novo, R., & Jesus, S. N. (Coords.), *Actas do XI Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica | Avaliação Psicológica: Modelos, Metodologias e Aplicações* (pp. 10-14). Faro: Universidade do Algarve.
- Campos, R. C., & Holden R. R. (2019). Portuguese version of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised. Validation data and the establishment of a cut-score for screening purposes. *European Journal of Psychological Assessment, 35*, 190-195.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2020). Psychological pain and previous suicide attempts in young adults: Results with the Portuguese version of the Psychache Scale. *Journal of Clinical Psychology, 76*, 1965-1971.
- Campos, R. C., Holden, R. R., & Gomes, M. (2018). Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the Psychache Scale. *Death Studies, 43*, 527-533.
- Capron, D. W., Bauer, B. W., & Bryan, C. G. (2022). When people die by suicide: Introducing unacceptable loss thresholds as a potential missing link between suicide readiness states and actively suicidal clinical states. *Suicide and Life Threatening Behavior, 52*, 280-288.
- Cogswell, A. (2008). Explicit rejection of an implicit dichotomy: Integrating two approaches to assessing dependency. *Journal of Personality Assessment, 90*, 26-35.
- Cull, J. G., & Gill, W. S. (1988). *Suicide Probability Scale: Manual*. Western Psychological Services.
- Esgalhado, G., Pereira, H., & Silva, P. (2022). Adaptation of an Emotional Stroop Test for Screening of suicidal ideation in Portugal. *Behavior Sciences, 12*(8):281. doi: 10.3390/bs12080281.
- Exner, J. E., Jr. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System (Vol 1): Basic foundations and principles of interpretation* (4rd ed.). John Wiley & Sons
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet, 373*, 1372-1381.
- Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment,

- formulation, and risk management. *Lancet Psychiatry*. Published online [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2).
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, 224–232.
- Inoue, K. et al., (2007). Analysis of pre-suicide signs: Implications for suicide prevention. *West Indian Medical Journal*, 56, 312-312.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443–454.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiro, C. E. (1998). The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82, 783-793.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros*. Departamento de Saúde Mental e consumo de Substâncias: Organização Mundial de Saúde.
- Penney, S. R., & Simpson, A. I. F. (2022). Suicide risk assessment. *Lancet Psychiatry Correspondence*, 938-939.
- Shneidman, E. S. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 18, 145–147.
- Simões, M. R. (1999). O ensino e a aprendizagem da avaliação psicológica: O caso da avaliação da personalidade. *Psychologica*, 22, 135-172.
- Yufit, R. I. (2003). Suicide Assessment Checklist. Unpublished manuscript.
- Yufit, R. I. (2005). Assessment of suicide potencial. In R. J. Craig (Ed.), *Clinical and Diagnostic Interviewing* (2nd edition) (pp. 2385-400). Jason Aronson.