



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento

Biópsia Psicológica: uma análise do perfil de pessoas com comportamento suicida

CLEONICE ZATTI

Tese de Doutorado

Porto Alegre
2021

CLEONICE ZATTI

Biópsia Psicológica: uma análise do perfil de pessoas com comportamento suicida

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientadora: Lucia Helena Machado Freitas

Coorientador: Sérgio Eduardo Silva de Oliveira (UnB)

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

Zatti, Cleonice

Biópsia Psicológica: uma análise do perfil de
pessoas com comportamento suicida / Cleonice Zatti. --
2021.

126 f.

Orientadora: Lucia Helena Machado Freitas.

Coorientadora: Sérgio Eduardo Silva de Oliveira.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Biópsia Psicológica. 2. Traços de Raiva. 3.
Traços de Personalidade. 4. Traumas na Infância. 5.
Tentativa de Suicídio. I. Machado Freitas, Lucia
Helena, orient. II. Silva de Oliveira, Sérgio
Eduardo, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pela autora.

CLEONICE ZATTI

Biópsia Psicológica: uma análise do perfil de pessoas com comportamento suicida

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Porto Alegre, agosto de 2021.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Maurício Kunz

Relator da banca - UFRGS

Prof^a. Dr^a. Neusa Sica da Rocha

Membro da banca - UFRGS

Prof^a. Dr^a. Bibiana Godoi Malgarin

Membro da banca - convidado externo

Prof^a. Dr^a. Márcia Rejane Semensato

Membro da banca - convidado externo

Prof^a. Dr^a. Keila Maria Mendes Ceresér

Membro da banca - Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese, como outros trabalhos publicados anteriormente sobre comportamento suicida, às pessoas que na sua rotina enfrentam pensamentos e ideias sobre o “ceifar da Vida”. Não há dimensão ou tamanho para a Dor Psíquica, por isso muitas vezes a dor não consegue ser nomeada pelo indivíduo, e aparece através de uma ação desesperada. O trabalho que será apresentado abordará aspectos do comportamento suicida, e pretende-se impulsionar para que cada vez mais pesquisadores possam investigar e dialogar abertamente sobre a temática, objetivando a prevenção eficaz para quem se encontra em sofrimento.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Lucia Helena Machado Freitas, a oportunidade em seu Grupo de Pesquisa e a confiança em minhas capacidades. Tornou-se uma grande parceira da Vida. Foram alguns anos de (con)vivências, desde a pesquisa na residência, passando pelo mestrado e agora a conclusão do doutorado. Agradeço a sua orientação - sempre me oferecendo “um gás”! Ela teve paciência, comprometimento, e principalmente mostrou amizade e parceria para que desse certo a concretização desta conquista. No percorrer do caminho, fui apresentada ao meu coorientador, Prof. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira, um professor presente que fez a diferença para alcançar os objetivos deste trabalho, sempre disposto para ajudar e com uma vasta experiência na comunidade científica. As reuniões, mensagens e ligações com ambos os professores fizeram com que este grande projeto se tornasse real. Agradeço também a todos os meus colegas do grupo de pesquisa pelas horas que passamos juntos, foram momentos de crescimento como grupo. Obrigada, Juliana, Luciane, Taís, Vitor, Vitoria, Francisco, Stefania, Fernando, Luciano Guimarães e Lucianne Valdivia vocês são ótimos colegas e excelentes profissionais.

Agradeço ao Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela assistência e a permissão para que eu pudesse desenvolver esta pesquisa. Aos membros da banca examinadora, pelo interesse e disponibilidade.

“A Pesquisa me move!” Meu obrigada Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)¹ pela concessão da bolsa de estudos, e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pelo corpo docente qualificado, estrutura de alto nível, pelo ambiente acolhedor e rico em oportunidade na Pesquisa.

À minha terapeuta Cristina, você fez mudar o rumo desta história. Muito obrigada! Por último, mas não menos especial, agradeço aos meus pais, Gabriel Zatti e Iara Fernandes Zatti, minha irmã Gabriela Zatti e ao meu marido Tiago André Blauth, por todo o incentivo que recebi. Nos momentos de queda, sempre tive a mão de um deles para me ajudar a seguir em frente e realizar este grande projeto de vida. Sou grata por Tudo...

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo. As causas que levam ao comportamento suicida são complexas e multifatoriais. Alguns fatores do estado emocional, traços de personalidade e trauma precoce frequentemente estão associados ao comportamento suicida. O principal objetivo desta tese é analisar o perfil de pessoas que realizaram uma ou mais tentativas de suicídio, através do método Biópsia Psicológica. No artigo 1, empregou-se a conceitualização do termo “Biópsia Psicológica”. Após esse processo, foi desenvolvido um questionário de intenção suicida que acessa a história pregressa e atual da pessoa que sobreviveu ao intento de tirar a própria vida. No artigo 2, investigou-se a diferença nos traços e a expressão de raiva entre homens e mulheres com e sem TS. Na amostra, os homens que tentaram suicídio possuíam níveis elevados de temperamento raivoso em relação ao grupo controle. As mulheres que tentaram suicídio, por sua vez, sentiram raiva facilmente, principalmente quando foram criticadas. Portanto, a resposta às contingências ambientais dos pacientes pesquisados revela sua dificuldade em lidar com impulsos agudos de morrer por suicídio. No artigo 3, investigaram-se os traços e a expressão de raiva em pacientes com e sem TS. Os pacientes que tentaram suicídio e tiveram escores elevados na Expressão de Raiva (para Dentro e para Fora), estavam inclinados a apresentar extrema dificuldade em relações interpessoais, rigidez em relação a mudanças, bem como estarem expostos ao desenvolvimento de psicopatologias. No artigo 4, verificaram-se as propriedades psicométricas da versão traduzida e adaptada do PID-5-BF para o português do Brasil, bem como os traços de personalidade que indicaram maior risco de suicídio. Foi constatado que pacientes com escores altos nos fatores de Distanciamento e Desinibição podem apresentar comportamentos e pensamentos suicidas. No artigo 5, investigou-se a relação entre eventos adversos na infância e tentativas de suicídio na idade adulta. Houve uma associação desses fatores, o que realça o papel do trauma psíquico precoce no desejo de interromper a própria vida posteriormente. Evidenciou-se assim, a necessidade de compreensão das consequências dos traumas infantis, bem como a necessidade de serem pensadas intervenções precoces na infância e nos adultos vítimas de trauma. Por último, na investigação quali-quantitativa, o artigo 6, avaliou-se a psicodinâmica através do instrumento OPD2 nos pacientes com histórico de TS e sintomas de desesperança e/ou solidão. Os pacientes entrevistados possuíam conflitos psíquicos e, em suas relações afetivas mostraram-se dependentes, impulsivos e exigentes, ocasionando constantemente a sensação de abandono.

Concluiu-se que a pessoa com tendências suicidas necessita de tratamento em saúde mental, com foco permeado no desenvolvimento de habilidades em áreas de interesse na vida do paciente e no reforço à rede de apoio existente, o que contribui no fortalecimento das próprias razões para permanecer vivo.

Palavras-chave: Biópsia Psicológica. Traços de Raiva. Traços de Personalidade. Traumas na Infância. Tentativa de Suicídio.

ABSTRACT

Suicide is one of the leading causes of death in the world. The causes that lead to suicidal behavior are complex and multifactorial. Some emotional state factors, personality traits and early trauma are often associated with suicidal behavior. The present thesis aims to analyze the profile of people who have attempted suicide at least one time, using the method "Psychological Biopsy". In the first article, the concept of the term Psychological Biopsy was brought to context. Then, a suicide intention questionnaire was developed to access the background, as well as, current information on suicide attempt survivors. In the second article, the difference in anger traits and expression between men and women with and without SA was investigated. In the sample, men who had attempted suicide had high levels of angry temperament compared to the control group. As for women who had attempted suicide, it was shown that they easily felt angry, especially when they were criticized. Therefore, the response to the environmental contingencies of the surveyed patients reveals their difficulty in dealing with acute impulses to die by suicide. In article number 3, anger traits and expression in patients with and without SA were investigated. Patients who attempted suicide and had high scores on anger expression (inward and outward) were inclined to present extreme difficulty in interpersonal relationships, rigidity toward changes, as well as the development of psychopathologies. In article number 4, the psychometric properties of the translated and adapted version of the PID-5-BF into Brazilian Portuguese were verified, as well as the personality traits which indicated a higher risk of suicide. It was found that patients with high scores on Distance and Disinhibition factors may present suicidal thoughts and behaviors. In article number 5, we investigated the relation between adverse events in childhood and suicide attempt in adulthood. There was an association between these factors, which highlights the role of early psychic trauma when it comes to the desire of interrupting one's life years later. Thus, it became evident the need to understand the consequences of childhood trauma, as well as the need to think about early interventions in childhood and in adult victims of trauma. Finally, in the quali-quantitative investigation, article 6, psychodynamics through the OPD2 instrument in patients with a history of SA and symptoms of hopelessness and/or loneliness were evaluated. The interviewed patients had psychic conflicts and they showed dependent, impulsive and demanding behavior when it comes to their affective relationships, which in turn constantly causes themselves a sense of abandonment. It was concluded that the person with suicidal tendencies needs mental health treatment, with a

permeated focus on developing skills in areas of interest in the patient's life and on reinforcing the existing support network, which contributes to the strengthening of their own reasons for staying alive.

Key-words: Psychological Biopsy. Anger Traits. Personality Traits. Childhood Traumas. Suicide Attempt.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

ESTUDO 1

Table 1. Psychological biosy: Questionnaire on suicidal intention	46
---	----

ESTUDO 2

Figure 1. Area analysis graph (mean and standard deviation)	50
---	----

ESTUDO 3

Table 1. Comparison of estimated means of STAXI-2 subdomains between grups	58
--	----

Table 2. Odds ratio of anger facets and domains to predict suicide survivors	59
--	----

ESTUDO 4

Figure 1. Flowchart of procedures for translation and cross-cultural adaptation of the Personality Inventory for the DSM-5-Brief Form (PID-5-BF)	68
--	----

Table 1. Sociodemographic data for the sample	70
---	----

Table 2. Confirmatory factor analysis of the PID-5-BF, reliability coefficients and correlations among factors	71
--	----

Table 3. Correlation of the PID-5-BF scales with degree of suicide risk and number of diagnoses according to the MINI-Plus	72
--	----

Table 4. Comparison of PID-5-BF scores by diagnoses identified by the MINI-Plus	72
---	----

Table 5. Hierarchical logistic regression model using the PID-5-BF total score as predictor for diagnosis of some of the mental disorders identified by the MINI-Plus	73
---	----

ESTUDO 5

Tabela 1. Dados sociodemográficos	83
---	----

Tabela 2. Correlação entre os domínios dos instrumentos Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e Medical Outcomes Study (MOS) discriminados por grupo e sexo 83

Figura 1. Quadro das relações entre os domínios dos instrumentos Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e Medical Outcomes Study (MOS) discriminados por grupo e sexo 85

ESTUDO 6

Tabela 1. Descrição dos casos de acordo com o OPD-2 100

Tabela 2. Escores dos participantes nas medidas de patologia da personalidade, suporte social e depressão na primeira e segunda fases da pesquisa..... 101

Figura 1. Escore do STAXI-2 102

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDI	Beck Depression Inventory
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAFPOA	Central de Atendimento Funerário de Porto Alegre/RS
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP-HCPA	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
CEP-SMS	Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
CZ	Cleonice Zatti
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HPS	Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre/RS
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MOS	Medical Outcomes Study
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPD-2	Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado
PID-5	Personality Inventory for DSM-5
PID-5-BF	Inventário de Personalidade para o DSM-5-Forma Breve
PPG-PSIQ	Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento
PRIMURGE	Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência
STAXI-2	Inventário de Expressão de Raiva como Traço e Estado
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TS	Tentativa de suicídio
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	16
2	INTRODUÇÃO	17
2.1	Biópsia Psicológica	22
2.2	Traços e estados de raiva e as tentativas de suicídio	24
2.3	Traços de personalidade em pessoas com comportamentos suicidas	25
2.4	Traummas precoces e suas relações com tentativas de suicídio	26
2.5	Psicodinâmica do paciente com comportamento suicida	28
3	JUSTIFICATIVA	29
4	OBJETIVOS	30
4.1	Objetivo Geral	30
4.2	Objetivos Específicos	31
5	METODOLOGIA	31
5.1	Delineamento do estudo	31
5.2	Crítérios de Inclusão e Exclusão	31
5.3	Instrumentos da Pesquisa	32
5.4	Amostra	33
5.5	Método de Coleta	34
6	ASPECTOS ÉTICOS	34
7	ARTIGO 1	42
8	ARTIGO 2	49
9	ARTIGO 3	52
10	ARTIGO 4	66

11	ARTIGO 5.....	77
12	ARTIGO 6.....	91
13	CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE DE DOUTORADO	111
14	OUTRAS PRODUÇÕES FINALIZADAS DURANTE O PERÍODO DE DOUTORADO.....	112
14.1	Artigos	112
14.2	Capítulos de Livros	113
14.3	Premiações	114
14.3	Registro de marca e Aplicativo.....	114
	ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Casos (fase 1).....	115
	ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Controles (fase 1)	116
	ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (fase 2)	117
	ANEXO IV – Questionário Sociodemográfico.....	118
	ANEXO V: Biópsia Psicológica: Questionário De Intenção Suicida	121
	ANEXO VI: Personality Inventory for the DSM-5 – Brief form (PID-5-BF).....	120
	ANEXO VII: – DSQ-40 - Versão em Português do Defense Style Questionnaire.....	121
	ANEXO VIII: Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado-2.....	123

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido para a tese de doutorado intitulada *Biópsia Psicológica: uma análise do perfil de pessoas com comportamento suicida*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em agosto de 2021. O principal objetivo desta tese foi investigar, por meio da Biópsia Psicológica, o perfil dos pacientes que realizaram uma tentativa de suicídio. Em 2015 e 2016, foi realizada uma pesquisa de mestrado (UFRGS) em que, foram entrevistados 28 pacientes que ingressaram para atendimento no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS), por terem realizado uma tentativa de suicídio (Fase 1). O banco de dados existente foi utilizado para a composição dos estudos desta tese, bem como uma nova entrevista de seguimento foi coletada (Fase 2). A escolha do tema justifica-se pela necessidade de estudos sobre este problema de saúde pública. O aprofundamento proposto ajudará a encontrar os diferentes fatores envolvidos no fenômeno e formas de pensar na sua prevenção. A tese apresenta uma série de produções abrangentes relacionadas ao comportamento suicida, dividida em três partes, na ordem que segue:

- 1) introdução e revisão da literatura;
- 2) artigos;
- 3) considerações finais.

Documentos de apoio estão apresentados em anexo.

2 INTRODUÇÃO

“Não existe ato mais ambíguo do que o suicídio, que parece sempre lançado como um enigma aos sobreviventes. Morrer de acidente ou de doença não é senão morrer - mas matar-se é fazer do silêncio mesmo da morte e eco do labirinto.” (Maurice Pinguet)

O suicídio é um grave problema de saúde pública mundial (WHO, 2018). O número de tentativas de suicídio é vinte vezes maior que o número de mortes (VIDAL et al., 2013). Nos últimos anos, ações foram propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2018), as quais estabelecem que os governantes devem promover o desenvolvimento e a implementação de programa nacional de estratégias para prevenção do suicídio (NAGHAVI, 2019). A ação suicida é multifatorial, podendo sofrer variações regionais, de gênero, relacionadas à idade; fatores socioculturais e econômicos também devem ser considerados como prováveis padrões da mortalidade. Um foco contínuo no fortalecimento dos dados sobre o comportamento suicida é necessário para ações preventivas eficazes com base em avaliação e tratamento psicopatológico precoce (ZALSMAN et al., 2016; NAGHAVI, 2019; KWAN et al., 2021; MANN et al., 2021).

Edwin Shneidman, considerado um importante estudioso mundial da suicidologia, abriu o primeiro centro de prevenção ao suicídio nos Estados Unidos. Nessa época, cunhou o termo *Psychache*, do inglês *psychological pain*, para denominar o estado psíquico de alguém que está prestes a se matar, a dor psíquica insuportável que leva o indivíduo à busca de cessação da consciência, a fim de interromper um sofrimento visto como interminável. Segundo esse autor, trata-se de um estado no qual a mente fica dominada por uma dor intolerável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem imaginar alguma saída possível (BOTEGA, 2015).

No Brasil, um dos maiores suicidologistas é o pesquisador Neury José Botega. Ele acrescenta que certas crises, como as vitais (envelhecimento) e as acidentais (acontecimentos inesperados), podem levar ao colapso existencial, originando vivências angustiantes, desamparo, incapacidade, esgotamento e falta de perspectiva de solução, podendo, dessa forma,

aumentar a vulnerabilidade para o suicídio, que passa a ser a solução para uma situação insuportável de dor (BOTEGA, 2015).

O risco de suicídio pode estar em pequenos eventos estressantes da vida, como separação, falência, intimação judicial, desemprego, exposição a notícias relacionadas ao suicídio, histórico familiar por suicídio, dor crônica, uso prejudicial do álcool (PIRKIS et al., 2020; COPPERSMITH et al., 2019). Destaca-se que o suicídio é um fenômeno dinâmico, o fato de se ter um fator de risco isolado não predispõe ao comportamento suicida. Mas ter vários fatores agindo em conjunto aumenta a vulnerabilidade do indivíduo para tal comportamento (MAINO et al., 2019).

A propósito, a teoria da vulnerabilidade de fluido conceitua risco de suicídio em duas dimensões: linha de base e aguda. A primeira refere-se a fatores de risco e proteção que são históricos e/ou relativamente estáticos por natureza, como, por exemplo, genética, trauma, demografia e comportamento suicida anterior; e a segunda, às propriedades dinâmicas dos fatores de risco e proteção que são reativos a forças externas que flutuam em resposta a contingências ambientais e/ou experiências internas (humor, desesperança, uso de substâncias). A força da influência moderada por estressores ambientais é chamada de gatilho. As predisposições da linha de base ou os gatilhos agudos interagindo tendem a levar, às vezes, a um aumento no risco de suicídio, mas às vezes eles não levam (BRYAN et al., 2020).

Felizmente não é comum vivenciarmos em nossa comunidade compartilhada o evento trágico do suicídio. Porém, dificilmente as pessoas passarão sem notícias sobre o evento ao longo da vida, seja por um conhecido, um colega de trabalho, um familiar, alguém do grupo social que pôs um fim na vida. O suicídio pode ter um efeito cascata para as famílias, amigos e comunidade. Os potenciais fatores de risco posteriores a ele muitas vezes não são capturados por pessoas da rede de cuidado aos sobreviventes* ao suicídio.

Para pessoas que tentam acabar com a vida o Sistema Único de Saúde (SUS) realiza atendimentos nos serviços de urgência em saúde mental. O acolhimento e manejo inicial avaliam o risco de suicídio e as medidas de prevenção. Mas existe um questionamento que intriga a sociedade e profissionais que estudam sobre este fenômeno complexo: o que fazer com o risco de suicídio crônico?

* Em suicidologia, o termo “sobrevivente suicida” refere-se a uma pessoa que está sofrendo após o suicídio de alguém próximo, e não a alguém que sobreviveu a uma tentativa de suicídio. (<https://www.gleauty.com/XX/Unknown/104070840975025/GASSA---Grupo-de-Apoio-aos-Sobreviventes-do-Suic%C3%ADdio-An%C3%B4nimo>)

Profissionais de diversos estados brasileiros relatam a deficiência no acompanhamento sistemático pós-alta hospitalar dessa população em risco. Pacientes que tentam suicídio com grau de letalidade considerável, recebem o atendimento hospitalar no SUS e, com a estabilidade clínica, têm alta ou, no caso de haver um risco iminente de suicídio, são encaminhados para avaliação psiquiátrica de emergência (internação) ou Atenção Primária. Nesse último caso, não podemos deixar de citar a deficiência de recursos humanos, que inviabiliza que se dê a continência psicológica necessária aos pacientes que estão enfrentando uma crise suicida. Os pacientes e/ou familiares, apesar de buscarem atendimento em saúde mental, não encontram psicólogo ou psiquiatra para tratar de suas dores psíquicas, ao passo que, do ponto de vista psicológico, um dos principais fatores de ideação e comportamento suicidas é a definição de dor psicológica insuportável que necessita de cuidado (TURECKI et al., 2019).

Dessa forma, mesmo inseridos em uma política assistencial fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, os hospitais, ambulatórios e unidades básicas de saúde (UBSs) deveriam contar com inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia. Mas, infelizmente, essa não é a realidade de muitos municípios brasileiros. A falta de acompanhamento extra-hospitalar do paciente com risco de suicídio está vinculada, atualmente, com problemas relacionados à baixa articulação na rede de saúde mental, o que favorece o ciclo crise-internação-alta-crise-reinternação (PAIANO et al., 2016). Muitos casos de tentativa de suicídio (TS) atendidos em hospitais são de reinternação, porém, quando se trata de pacientes com comportamento autodestrutivo, pode ser que não haja uma próxima chance de tratá-los. A cronificação dos casos aumenta o grau de risco do suicídio letal. A demanda extra-hospitalar do paciente que apresenta comportamento suicida tem urgência nas intervenções, mas as longas filas de espera para atendimento geram a sua falta de motivação em realizar o tratamento. Uma das formas de superar a desarticulação do sistema seria uma rede de saúde mental extra-hospitalar forte, consistente e corresponsável pelo desenvolvimento de ações de saúde em conjunto com a comunidade, capaz de ampliar o potencial das práticas acolhedoras aos pacientes que necessitam de atendimento (PAIANO et al., 2016). O trabalho com a prevenção da tentativa e a ideação suicidas é um problema fundamental de saúde pública, pois são os fatores de risco mais importantes para o suicídio (ORRI & TURECKI, 2020).

Alguns fatores protetores são percebidos em pessoas sem o risco de suicídio e podem contribuir para a prevenção, como, por exemplo, pessoas que sabem que sentimentos ruins não duram para sempre, amam a si mesmas o suficiente para permanecer vivas; consideram que viver a vida é muito bonito e precioso para trazer um fim; ao se depararem com um problema,

pensam que existe uma solução, sentem amor pela vida, esperança de que o futuro será mais feliz, não vendo razão para apressar a morte. De acordo com alguns pesquisadores, esses são alguns dos fatores internos protetivos para diminuir a probabilidade de um estado vulnerável psicológico. Quando um clínico avalia uma pessoa com obesidade e hipertensão arterial, com estilo de vida sedentário, direcioná-la para uma mudança do estado em que se encontra é uma forma de diminuir o risco de doenças cardiovasculares. Essa conduta deveria acontecer com a mesma frequência nos casos de pacientes com histórico de risco de suicídio e que no momento apresentam pensamentos de acabar com a vida. O clínico poderia direcionar o paciente para tratamento e mudanças do estilo de vida, o que pode ser uma ferramenta-chave; a psicoterapia pode se concentrar em intervenções nesses fatores particulares, promovendo habilidades de enfrentamento atuais, estabilidade pessoal, capacidade de regular emoções, sentimentos de competência pessoal e sentimentos de satisfação consigo mesmo. Esse trabalho também pode servir para desenvolver habilidades e áreas de interesse na vida, para fortalecer as próprias razões para permanecer vivo e reforçar as redes de apoio (BARROS et al., 2020)

Abordagens que possam abranger os fatores de risco, identificar aspectos da interação clínica e da personalidade e a ênfase em fatores de proteção são intervenções que podem ter grande sucesso (PIRKIS et al., 2020; COPPERSMITH et al., 2019).

Na literatura global existem diferentes estudos sobre os multifatores envolvidos no risco de suicídio. A escrita desta tese é um desafio, pois pretende-se adentrar neste tema ambíguo na busca por clarificações do enigma lançado aos sobreviventes, porque “matar-se é fazer do silêncio mesmo da morte e eco do labirinto” (Maurice Pinguet). Além disso, o comportamento suicida não fatal está entre os mais robustos preditores de reincidência e morte por suicídio (TURECKI et al., 2019).

O trabalho para a redução da taxa de suicídio requer a avaliação de abordagens mais novas, como algoritmos derivados de registros eletrônicos de saúde e métodos de triagem baseados na internet e no monitoramento passivo do smartphone para prevenir comportamentos e, conseqüentemente, mortes por suicídio (MANN et al., 2021).

Sabe-se socialmente que as pessoas que fizeram uma tentativa de suicídio ou os sobreviventes ao suicídio possuem dificuldades em procurar ajuda nos serviços de saúde mental. Seja pelo medo de entrar em contato com as dores emocionais ou pelo medo do julgamento social, pela vergonha, culpa ou raiva da situação. Os profissionais que irão atender pessoas que sobreviveram a uma tentativa de suicídio ou os sobreviventes ao suicídio precisam estar preparados para entrar em contato com núcleos sobre a Morte e o Morrer.

Academicamente, os cursos da área da Saúde em geral ainda possuem um despreparo sobre o tema da Morte. Após a formação acadêmica, infelizmente alguns profissionais não conseguem oferecer uma escuta qualificada e tratar deste tema, dificultando o entendimento do que o paciente precisa comunicar.

A formação de profissionais da atenção primária focada no reconhecimento de fatores de risco e tratamento da depressão previne o suicídio. Nesse sentido, outro aspecto relevante é educar os jovens sobre a depressão e o comportamento suicida, bem como a divulgar ativamente psicoterapia e antidepressivos aos pacientes psiquiátricos depois da alta ou de uma crise suicida (MANN et al., 2021).

Com a alta hospitalar pós-tentativa de suicídio, o acompanhamento em saúde mental deve ser ativo e rotineiro nesses pacientes, e restringir o acesso a armas de fogo e outros meios letais através da vigilância familiar pode garantir uma amplitude na prevenção de novas tentativas (MANN et al., 2021). A rede familiar precisa estar disposta a ajudar o paciente a seguir o tratamento em saúde mental após a situação de internação por tentativa de suicídio ou comportamento suicida, pois pessoas que possuem o apoio familiar conseguem enfrentar de forma mais fortalecida a situação de crise.

A ideação suicida é vista como um condutor ao risco para uma fatal tentativa de suicídio. A literatura científica identifica a depressão, o uso de substâncias psicoativas, a falta de apoio social, os traumas na infância, o comportamento agressivo como fatores frequentemente associados ao suicídio (OLIVEIRA et al., 2017; ZATTI et al., 2018; TURECKI et al., 2019). Outros fatores mediadores precipitantes que incluem fatores de traços de personalidade estão fortemente associados ao comportamento suicida, dentre eles ansiedade e traços impulsivo-agressivos. No primeiro caso, é bem provável que contribua para o comportamento suicida, interagindo com outras características do indivíduo que já tem uma vulnerabilidade aumentada ao suicídio (TURECKI et al., 2019). O objetivo principal deste trabalho é analisar o perfil de pessoas que realizaram uma ou mais tentativas de suicídio, através do método Biópsia Psicológica, e demais multifatores envolvidos nos casos de TS, através da experiência prática investigativa com pessoas que apresentam comportamento suicida. Secundariamente, estudar a correlação da expressão e traço de raiva em pacientes com e sem tentativa de suicídio, um estudo singular que investigou se as diferentes formas de expressar a raiva podem ocasionar a tentativa de suicídio. Ademais, serão investigados os traços de personalidade, traumas precoces e funcionamento psicodinâmico dos casos. Dessa forma, a composição da amostra – Fase 1 – foi coletada no banco de dados existente do projeto intitulado como Associação entre Tentativa

de Suicídio e História de Vivências Traumáticas em Pacientes Atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – RS, coleta realizada pela pesquisadora CZ entre os anos de 2015-2016 (ZATTI, 2017). A composição da amostra – Fase 2 – ocorreu mediante uma coleta de seguimento com os casos de TS da Fase 1.

A pesquisa contou com o apoio de dois grandes hospitais de Porto Alegre/RS: Hospital de Pronto Socorro (HPS), como unidade como sediadora (coparticipante), e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), como unidade proponente. A pesquisa foi desenvolvida sob orientação do Comitê de Ética do HCPA (CEP-HCPA) e Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP-SMS). Trabalho de cunho acadêmico desenvolvido para o Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

2.1 BIÓPSIA PSICOLÓGICA

Apesar de várias décadas de pesquisa em suicidologia e avanços em descobertas realizadas sobre o tema, a nossa capacidade de compreender os processos subjacentes de risco ainda não melhorou significativamente ao longo dos anos (BRYAN et al., 2020). Não obstante a inexistência de um teste de detecção, sabe-se que o desequilíbrio emocional de um indivíduo pode aumentar o risco, como, por exemplo, alguém que experimenta um estressor agudo: o desemprego. Após esse evento, ele pode experimentar intensa excitação emocional: raiva e tristeza. O indivíduo precisa dar vazão para a intensidade que sente internamente e envolve-se em estratégias de enfrentamento para lidar com o problema. Muitas pessoas conseguem, porém alguns experimentam a intensa excitação através de ruminação e autocrítica, isolamento social e estratégias de enfrentamento desadaptativas (uso de substâncias). Esses estados desadaptativos podem aumentar o risco do comportamento suicida (BRYAN et al., 2020).

No final dos anos 1950, o autor Edwin Shneidman lançou uma expressão inédita no meio científico chamada de “autópsia psicológica”. O termo foi cunhado e conceituado pelo autor afim de compreender os aspectos psicológicos envolvidos em uma morte específica (WERLANG & BOTEGA, 2003). A técnica é utilizada em diversos contextos: clínica, avaliação forense e pesquisas sobre o suicídio (NAUDÓ-MOLIST, 2017). Esse procedimento surgiu para assessorar os médicos forenses na classificação com maior precisão do registro de suicídio no atestado de óbito. Atualmente é um procedimento utilizado mundialmente e com

nível elevado de aceitação nas equipes que trabalham com essa classificação (WERLANG & BOTEGA, 2003).

O método é utilizado com sobreviventes do suicídio, ou seja, pessoas que tiveram a vida modificada pela perda de um ente que morreu por suicídio. No entanto, ao nos depararmos com o termo “autópsia psicológica”, pesquisamos na literatura mundial a expressão “biópsia psicológica”. A expressão foi utilizada uma única vez por McIntire em 1973, em uma tabela com um modelo de avaliação das perturbações emocionais e de potencialidade suicida, que o autor denomina “biópsia psicológica” (MCINTIRE, 1973). Nenhuma explicação técnica ou conceitual foi realizada na literatura mundial posterior a essa data.

No campo da Medicina, autópsia é um procedimento médico realizado em cadáveres para examinar a causa de morte do sujeito, já a biópsia é um exame médico que envolve a remoção de amostras de tecido em pessoas vivas para examinar doenças. Esses são conceitos-base para explanarmos o termo em questão (ZATTI & FREITAS, 2019).

A conceituação do termo “biópsia psicológica” é uma contribuição inédita, uma vez que ainda não existe na literatura a definição formal do termo.

A biópsia psicológica foi definida pelas autoras Zatti & Freitas (2019) como uma entrevista psicológica de cunho qualitativo. O questionário acessa a história pregressa e atual do sujeito que tentou suicídio, além disso investiga traumas, crenças e fantasias sobre a morte, resultando no aumento das chances de uma compreensão mais aprofundada do comportamento suicida. A maioria das pessoas apresenta preconceito em relação ao assunto suicídio, pois esse ato é considerado antinatural. Perguntar sobre aspectos autodestrutivos para uma pessoa que está apresentando ideação suicida não provoca o ato, pelo contrário, falar alivia e trata (BOTEGA, 2015).

Nessa direção, quando se trata de entrevistas realizadas sobre comportamento suicida, até o presente momento, a literatura científica possui apenas o termo “autópsia psicológica”. Esta é destinada aos familiares do paciente que se suicidou, mas e a entrevista realizada com aquele paciente que tentou suicídio e sobreviveu?! Então, a partir da construção desse método investigativo, a literatura científica passa a ter um novo elemento conceitual da entrevista realizada com aquele indivíduo que tentou suicídio e sobreviveu, com o intuito de entender os motivos do ato.

2.2 TRAÇOS E ESTADOS DE RAIVA E AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

O Inventário de Expressão de Raiva em Estado e Traço, apresentado por Spielberger (2010), oferece medidas concisas de dois componentes: estado e traço de raiva. Os componentes são representados sob a forma de doze medidas, que são: Estado de Raiva (ER); Sentimento de Raiva (E-SR); Vontade de Expressar Raiva Verbalmente (E-RV); Vontade de Expressar Raiva Fisicamente (E-RF); Traço de Raiva (TrR); Temperamento de Raiva (Tr-TR); Reação de Raiva (Tr-RR); Expressão de Raiva para Fora (ExRF); Expressão de Raiva para Dentro (ExRD); Controle de Raiva para Fora (CRF); Controle de Raiva para Dentro (CRD); e Índice de Expressão de Raiva (IER) (SPIELBERGER, 2010).

O manual de Spielberger (2010) apresenta duas características sobre a expressão e traço de raiva, a primeira é a definição da raiva como um estado emocional. Esse estado engloba diversos sentimentos, como aborrecimento leve, irritação, fúria intensa e cólera, seguidos geralmente por uma estimulação do sistema neuroendócrino autônomo. A segunda característica denomina a raiva enquanto traço, com diferenças individuais, ou seja, cada indivíduo responderá de acordo com suas tendências de personalidade.

Um estudo da Suíça avaliou 388 pacientes ambulatoriais quanto a transtorno de ansiedade ao longo da vida, traumas na infância e traços de raiva (STAXI). O estudo apontou que o transtorno de ansiedade foi significativamente associado ao número de tentativas de suicídio e sintomas psicóticos. Os níveis de maus-tratos na infância (CTQ) afetaram a impulsividade e o traço de raiva (STAXI) ($p < 0.001$), Transtorno Depressivo severo ($p < 0.001$) (QUENNEVILLE, 2020). Em relação ao número de tentativas, pacientes da Grécia admitidos em um hospital de emergência pós-tentativa de suicídio foram avaliados: os níveis de agressão tiveram total pontuação ($p = 0,002$) e os de hostilidade ($p = 0,001$) foram significativamente maiores em pacientes com tentativas repetidas em sua história (PAPADOPOULOU et al., 2020).

Recentemente, foi apontado que crianças com humor irritável estão em maior risco de ideação suicida e tentativa de suicídio. O estudo longitudinal de 20 anos (5 meses até 18 anos) sugeriu que a vitimização por pares pode ser um mecanismo-chave que explica o aumento do risco de tentativa de suicídio em crianças que apresentam irritabilidade persistentemente alta ou crescente. O trabalho terapêutico com intervenções focadas na redução da vitimização por pares pode ser útil para diminuir o risco de suicídio em crianças irritáveis (FORTE et al., 2021).

Uma avaliação prospectiva naturalista de 2 anos examinou os resultados clínicos pós-tratamento em pacientes que realizaram acompanhamento para transtorno de personalidade borderline (traços impulsivos e autodestrutivos/raiva). Os resultados confirmaram que após o tratamento os participantes ficaram menos deprimidos, tiveram menos raiva e um melhor funcionamento interpessoal, em função da melhora das capacidades de regulação emocional (MCMAIN, 2012). Isso demonstra a necessidade de atingir a regulação das capacidades emocionais dos pacientes em sofrimento ou com comportamento agressivo/autoagressivo o mais cedo possível para prevenir o suicídio.

2.3 TRAÇOS DE PERSONALIDADE EM PESSOAS COM COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Embora a etiologia do suicídio seja complexa, os traços de personalidade parecem estar relacionados com o evento. Diversas pesquisas nacionais (BARBI, 2018; ZATTI et al., 2020) e internacionais (MANN et al., 1999; MANN, 2003; EHRENTHAL et al., 2019; KYOUNG-SAE, 2020; KWAN et al., 2021) há algumas décadas referem que os traços de personalidade podem contribuir para o agravamento do risco de suicídio.

Autores consagrados em suicidologia referem que as características de personalidade do tipo impulsivo e com humor instável geralmente indicam que há um maior risco de comportamento suicida (MANN et al., 1999; DALGALARRONDO, 2000; BOTEGA, 2015).

Pacientes que sofrem de um distúrbio de personalidade ou comprometimento do funcionamento da personalidade são significativamente prejudicados em seu convívio psicossocial, o que inclui dificuldades nas relações interpessoais e na autorregulação (EHRENTHAL et al., 2019).

Um estudo americano de corte com 1.219 pacientes psiquiátricos de alto risco explorou as associações entre traços de personalidade e comportamento suicida ao longo da vida (gravidade da ideação, tentativas interrompidas, tentativas reais e autolesão não suicida). Os pesquisadores concluíram que o comportamento suicida foi associado a idade (mais jovem), sexo (feminino) e pontuações elevadas no Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) no item afetividade negativa, escore composto nas características limítrofes. Essa amostra representativa com resultados longitudinais fornece uma avaliação rara de traços de personalidade proximais na previsão do risco de suicídio ao longo da vida. A ideação suicida

foi observada persistente durante o curso de tratamento entre 6 e 8 semanas e resultados de comportamento dentro de 12 meses após a alta de hospitalização (ORME et al., 2020).

A relação entre comportamento suicida e presença de patologias na personalidade foi observada em pesquisas principalmente para os fatores de distanciamento e desinibição. Em outras palavras, traços de isolamento social e constrição afetiva, juntamente com comportamento compulsivo e errático, tendem a estar associados a pensamentos suicidas. Essas constatações sugerem que psiquiatras e psicólogos avaliem o risco de suicídio em pacientes que apresentam escores altos nos fatores de Distanciamento e Desinibição, pois, conforme descrito na literatura, esses fatores estão relacionados a comportamentos e pensamentos suicidas (ZATTI et al., 2020; GOÑI-SARRIÉS et al., 2018; BARBOSA et al., 2011). O quadro psicopatológico de Transtorno de Ansiedade esteve associado à variável Psicoticismo, e esse grupo de pessoas pode apresentar alterações excêntricas, percepções, pensamentos e comportamentos suicidas. No Transtorno Psicótico, a principal variável foi a Desinibição, e as características comuns nessa estrutura são impulsividade e comportamento errático. Entre as análises para qualquer distúrbio, a particularidade mais comum foi o isolamento, que indica que pessoas com transtornos mentais têm problemas em seus relacionamentos sociais (ZATTI et al., 2020), ou seja, os traços de personalidade diminuem o apoio social.

2.4 TRAUMAS PRECOSES E SUAS RELAÇÕES COM TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Além dos dados mencionados até o momento, outro fator importante que pode desempenhar um papel ativo na tentativa de suicídio é o histórico de abuso ou maus-tratos na infância. Existe uma associação significativa entre a história de suicídio, tentativas e histórico de abuso sexual e físico na infância (ZATTI et al., 2020; ZATTI et al., 2017). A depressão e ansiedade também são preditores significativos em relação às tentativas de suicídio (ALBERDI-PARAMO et al., 2020; DUARTE et al., 2019; ZATTI et al., 2018), sendo que a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns nas tentativas de suicídio (REID-RUSSELL et al., 2021; BOROJERDI et al., 2019), e indivíduos que sofreram algum tipo de

abuso ou maus-tratos na infância podem desenvolver esses transtornos (MLADEN et al., 2021; JURUENA et al., 2020; VARES et al., 2015).

Em pessoas que apresentam gravidade clínica, em especial desregulação afetiva, problemas de identidade e transtorno psicótico podem atuar como mediadores entre traumas precoces e comportamento suicida na vida adulta (ALBERDI-PARAMO et al., 2020).

No Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre/RS foi realizada uma pesquisa com adultos que estavam em atendimento na sala de emergência ou nas unidades de internação por tentativa de suicídio, em que foi investigado o histórico de transtornos mentais no núcleo familiar desses pacientes. Os transtornos mais prevalentes no núcleo familiar foram: Transtorno Depressivo e Dependência Alcoólica. Os pacientes relataram sintomas de sofrimento desde a infância, em virtude de presenciarem brigas e agressões no núcleo familiar, em decorrência do constante uso do álcool pelos cuidadores. Situações adversas vivenciadas na infância, como abusos (sexual, físico e psicológico), negligências (física ou emocional), bem como presenciar cenas de embriaguez e conflitos entre os cuidadores, são fortes fatores de risco para muitas das principais causas de sofrimento psíquico, mortalidade, doenças e incapacidades em todas as fases do desenvolvimento (ZATTI et al., 2020).

Os maus-tratos na infância, além de um problema social, são também um fenômeno global, que não respeita os limites de classe, raça, religião, idade ou nível educacional. Este fenômeno terrífico resulta em graves problemas mentais, físicos, lesão ou até morte. Os eventos adversos no início da vida podem provocar doenças, em algumas pessoas elas podem se manifestar décadas após o trauma, outras pessoas podem se adaptar e outras ainda apresentarão um aumento do risco de distúrbios psiquiátricos, especialmente depressão (JURUENA et al., 2020).

Dentre os traumas precoces, o abuso (físico e sexual) apresenta altos níveis de correlação com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), alta correlação com o transtorno bipolar, transtorno de personalidade (NAVARRO-ATIENZAR et al., 2019). Alguns estudos tentaram determinar o impacto de diferentes tipos de abuso em futuros comportamentos suicidas e descobriram que, embora vários tipos de abuso estejam relacionados ao comportamento suicida, o abuso sexual parece ser o mais fortemente relacionado (NAVARRO-ATIENZAR et al., 2019; BROWN et al., 1999). Entretanto, especificamente sobre esse tipo de abuso os participantes tendem a não responder abertamente, pelo fato de se sentirem desconfortáveis em comunicar essas experiências (ZATTI et al., 2020).

Em consequência, o histórico de trauma precoce provoca impacto ao longo da vida dos indivíduos e pode predispor a várias doenças e atos na vida adulta, incluindo o suicídio. Experimentar abusos na infância deixa sequelas sérias nas vítimas (BOROUJERDI et al., 2019).

2.5 PSICODINÂMICA DO PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Conforme as reflexões até o momento, há diversas maneiras psicodinâmicas individuais de compreender de alguma forma as tentativas de suicídio. Levanta-se a hipótese de que, em determinada ocasião, o paciente desvie a raiva para dentro quando deseja atacar o outro, e então cometa o intento (ZATTI et al., 2021). Também pode ser pelos maus-tratos sofridos na infância, que ocasionam imenso sofrimento durante o desenvolvimento e acarretam TS na vida adulta (ZATTI et al., 2020), ou ainda pelos traços de personalidade mal adaptativos com foco no Distanciamento e Afetividade Negativa (ZATTI et al., 2020). Cabe ressaltar que um único fator dificilmente levará ao suicídio, geralmente é uma combinação de diversos fatores.

A psicodinâmica de quem tentou suicídio também pode ser compreendida pelas fantasias apresentadas pela pessoa em relação às suas crenças sobre a morte, aspecto que foi pesquisado na biópsia psicológica.

Os temas dessas fantasias da psicodinâmica do suicida frequentemente incluem desejos de atingir ou retalhar alguém próximo, controle sobre alguma situação (como fuga), punição às suas escolhas, expiação da morte, fantasia do sono (que vai dormir e acordar diferente), renascimento (de algo preso no tempo que não foi resolvido), uma reunião com os mortos ou uma nova vida. A fantasia de suicídio torna-se inevitável. Em algum momento da vida, as pessoas terão algum pensamento sobre a morte, seja na turbulência da adolescência ou aos 50 anos. Mas “o passar no pensamento” é algo muito diferente do “partir para a ação”. A solidão é inevitável, e as fantasias de suicídio não são evitáveis. Todas as pessoas podem passar por isso. É próprio da condição humana (SANTOS, 2018 apud DOLTO, 1998).

Pesquisas recentes têm utilizado o método de Diagnóstico Psicodinâmico Operacional (OPD-2) para avaliar a psicodinâmica de pacientes. Através desse sistema, a amostra pode ser avaliada quanti e qualitativamente. O OPD-2 é uma ferramenta operacional de avaliação diagnóstica multiaxial, composta por eixos que vão percorrer a experiência da doença, relações interpessoais, conflitos, estrutura e transtornos mentais (TASK FORCE OPD-2, 2016).

Normalmente, em estudos bem projetados em hospitais de emergência, são explorados no paciente com histórico de suicídio o funcionamento psicodinâmico global, a adesão ao

tratamento, o efeito de intervenções preventivas, os diferentes tipos de tratamento fornecidos durante a hospitalização ou acompanhamento intensivo posterior à alta. As estratégias preventivas são importantes e podem incluir o fornecimento de apoio adequado aos pacientes psiquiátricos que recebem alta, e aos pacientes que sobreviveram a uma TS um acompanhamento multidisciplinar, considerando não apenas os transtornos psiquiátricos, mas também problemas psicossociais ou mal adaptativos concomitantes (SUÁREZ-PINILLAA et al., 2020). Este é um grande paradoxo, o seguimento em pesquisas no campo da Saúde Mental ou o acompanhamento de pacientes no pós-alta hospitalar, porque há problemas em relação às desistências ou abandono de tratamento. Pesquisas salientam sobre a psicodinâmica de funcionamento que quanto mais doente psiquicamente o paciente estiver, maior a probabilidade em desistir de acompanhamento posterior, em virtude de sua insuficiente consciência da doença (IRIGOYEN et al., 2019; BULLOCH & PATTEN, 2010).

3 JUSTIFICATIVA

A importância desta pesquisa incide na investigação sobre os casos de tentativa de suicídio, ação cometida por pessoas que apresentam intenso sofrimento emocional, seja pelo ato ou por estarem internadas em um hospital por esse motivo. Embora a literatura mundial tenha publicações sobre o tema, após a vivência prática hospitalar, nota-se que há possibilidade de gerar novos conhecimentos, conceitos e entendimentos sobre o que leva uma pessoa a querer tirar a própria vida. Os grandes hospitais de emergência dos estados brasileiros estudam e divulgam dados relevantes para o meio científico sobre esse assunto, a proposta desta pesquisa é justamente somar com dados científicos apresentando dados do HPS de Porto Alegre/RS.

O Hospital de Pronto Socorro é um dos principais hospitais de emergência e urgência do estado do Rio Grande do Sul. Realiza atendimentos aos pacientes da cidade de Porto Alegre e interior do estado (casos graves). Os principais motivos de internação dos pacientes são: politraumatismo, ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca, violência doméstica, picadas de animais peçonhentos e autoenvenenamento. A pesquisadora CZ, durante a prática de Residência em Psicologia Hospitalar, fez atendimentos aos casos citados, e focou seu interesse em pesquisa na identificação dos transtornos mentais nos casos que haviam realizado uma tentativa de suicídio (ZATTI et al., 2015). Salienta-se que a pesquisa investigatória sobre

comportamento suicida traz aportes importantes para a prática clínica, seja ambulatorial, hospitalar ou em consultório.

A pesquisa de mestrado de CZ trouxe contribuições importantes à literatura científica sobre as TSs. A pesquisadora entrevistou 84 pacientes, em um estudo de caso-controle, e trouxe aportes sobre traumas na infância e tentativa de suicídio (ZATTI et al., 2020); apoio social e tentativa de suicídio (ZATTI et al., 2018). A combinação multifatorial de vivências, como traumas na infância, falta de suporte social, histórias de transtornos psiquiátricos no núcleo familiar, envolve risco de comportamento suicida. Foi verificado que quanto maior a severidade do Transtorno Depressivo, menor o número de pessoas que possuem apoio social. Então, concluiu-se que a doença se sobrepõe ao apoio, ou seja, o apoio social não assessora quando a doença é grave (ZATTI et al., 2020; ZATTI et al., 2018). Portanto, devemos ter foco de atenção, prevenção e intervenção nesses casos.

Durante o percurso de doutorado, a pesquisadora desenvolveu uma entrevista qualitativa nomeada de Biópsia Psicológica. O questionário aprofunda em sintomas de extremo sofrimento emocional, vivências traumáticas/perdas e o desejo de morte. Nos casos de TS, houve também a investigação de expressão de raiva, traços de personalidade, precocidade de trauma psíquico e de compreensão da psicodinâmica dos casos. Esses foram os aspectos que despertaram o interesse para desenvolver o projeto de doutorado. A cada pesquisa, uma nova descoberta. A cada paciente atendido, uma nova chance de tratamento para aquela pessoa buscar saídas saudáveis e prevenir o risco de comportamento suicida.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL:

O objetivo desta tese é analisar o perfil de pessoas com comportamento suicida, através do método Biópsia Psicológica.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Construir um questionário sobre intenção suicida (Biópsia Psicológica) para identificar histórias traumáticas, tentativas de suicídio prévias, conhecimento de letalidade do método, autoagressão, dentre outros aspectos de sofrimento psíquico que poderão ser clarificados com a pessoa que sobreviveu ao intento de tirar a própria vida (artigo 1).
- b) Identificar a diferença nos traços e expressão de raiva entre homens e mulheres com e sem TS (artigo 2).
- c) Investigar os traços e expressão de raiva em pacientes com e sem TS (artigo 3).
- d) Verificar as propriedades psicométricas da versão traduzida e adaptada do PID-5-BF para o português do Brasil, bem como os traços de personalidade com maior risco de suicídio (artigo 4).
- e) Investigar a relação entre eventos adversos importantes na infância em adultos sobreviventes que tentaram suicídio (artigo 5).
- f) Avaliar a psicodinâmica através do instrumento OPD2 nos pacientes com histórico de TS e sintomas de desesperança ou solidão, bem como compreender a situação de experiência pós-tentativa de suicídio (artigo 6).

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Artigos 1 e 6: Estudo de seguimento

Artigos 2 a 5: Estudo de caso-controle

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Neste trabalho foram pesquisados adultos acima de 18 anos que internaram no HPS por tentativa de suicídio. Foram excluídas aquelas pessoas que se recusaram a participar da pesquisa. Aos que concordaram foram explanados os objetivos da pesquisa, além da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); somente foram incluídos no estudo aqueles adultos que assinaram o TCLE (anexos I, II, III).

5.3 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

- a) Questionário sociodemográfico: obtenção de informações gerais e complementares ao estudo, formulado pela pesquisadora de acordo com os objetivos do trabalho (Anexo IV).
- b) Biópsia Psicológica: questionário de avaliação de intenções suicidas. Termo desenvolvido por Zatti & Freitas (2019), visa identificar histórias traumáticas, ideação suicida e tentativas de suicídio prévias, conhecimento de letalidade do método e autoagressão (ZATTI & FREITAS, 2019) (Anexo V).
- c) Inventário de Expressão de Raiva como Traço e Estado (STAXI-2): tem por objetivo a avaliação psicológica da personalidade, mais especificamente da expressão da raiva como estado e traço. Possibilita a investigação não somente da intensidade dos sentimentos de raiva, como também a frequência com que estes são experienciados (SPIELBERGER, 2010). Para aplicação do instrumento, obtivemos os formulários originais adquiridos em uma empresa especializada em testes psicológicos.
- d) Inventário de Personalidade para o DSM-5-Forma Breve (PID-5-BF): este instrumento está atualmente disponível em quatro formatos, sendo eles: a versão completa de autorrelato, que é composta por 220 itens (KRUEGER et al., 2012); a versão que é respondida intermediária, composta por 218 itens (MARKON, 2013); a versão curta de autorrelato, com 100 itens (MAPLES-KELLER et al., 2015); e a versão breve de autorrelato, com 25 itens, traduzida e adaptada para o português brasileiro (ZATTI et al., 2020). As diferentes versões servem às necessidades específicas de clínicos e de pesquisadores. DSM-5 – Forma Breve (Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form; PID-5-BF) se propõe a ser uma ferramenta ágil para a avaliação dos cinco fatores patológicos da personalidade, apresentando-se como um dispositivo de auxílio na tomada de decisões na clínica (WIDIGER & SIMONSEN, 2005; PIRES et al., 2018; KRUEGER et al., 2012) (Anexo VI).
- e) Questionário de Trauma na Infância (CTQ): este questionário avalia cinco traumas infantis: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. A versão original do CTQ tem 70 itens, sua versão traduzida em português foi reduzida para 28 em uma escala Likert de cinco pontos. Os escores totais variam de 25 (ausência de qualquer trauma) a 125 (escore máximo para presença de todos os traumas) (GRASSI-OLIVEIRA et al., 2006).
- f) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da

CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria.

- g) Beck Inventário de Depressão (BDI): instrumento aplicado para medir a severidade de episódios depressivos. O instrumento consiste em 21 questões de autorrelato, com pontuação total de 0 a 63. Para aplicação do instrumento, obtivemos os formulários originais adquiridos em uma empresa especializada em testes psicológicos (GORESTEIN & ANDRADE, 1998).
- h) Defensive Style Questionnaire (DSQ-40): avalia os mecanismos de defesa de um indivíduo através de 40 itens. As defesas são divididas em três fatores: maduro, neurótico e imaturo. A versão adaptada para o Brasil foi concretizada por Blaya (BLAYA et al., 2004) (Anexo VII).
- i) Operacionalização Psicodinâmica de Diagnóstico (OPD2): objetiva operacionalizar os constructos psicanalíticos, através de entrevistas semiestruturadas, e formular um diagnóstico psicodinâmico multiaxial baseado em 5 eixos: I: Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento; II: Relações interpessoais; III: Conflito; IV: Estrutura; V: Transtornos mentais e psicossomáticos (TASK FORCE OPD-2, 2017) (Anexo VIII).

5.4 AMOSTRA

A composição da amostra quantitativa (Fase 1) foi extraída do banco de dados existente. Para tal, a coleta se baseou no cálculo amostral que foi realizado em um estudo que compara dois grupos de mulheres, com tentativas de suicídio (n:52) e sem tentativa de suicídio (n:17), onde o Desvio Padrão encontrado neste artigo foi de $\pm 3,24$ e $\pm 5,07$, respectivamente. Considerando esse estudo, calcula-se um poder de 80% e nível de significância de 5%, sendo utilizada uma diferença de 3 pontos no *Score* geral do CTQ. Usando uma proporção de 2 controles para 1 caso, o cálculo amostral foi de 84 sujeitos, sendo 56 controles para 28 casos. Tal cálculo foi realizado pelo WINPEPI versão 11.43 (ROY, 2011).

Para desenvolvimento da Fase 2 foi definido como base o estudo de seguimento dos casos, com delineamento de cunho misto: qualitativo-quantitativo. A composição da amostra ocorreu por meio da seleção de pacientes da Fase 1. Foram selecionados os casos para uma nova entrevista após dois anos da atuação do comportamento suicida.

5.5 MÉTODO DE COLETA

Nesta pesquisa foram incluídos apenas os pacientes que concordaram participar do estudo e assinaram o TCLE. Todos os participantes (Fase 1 e Fase 2) receberam uma cópia do termo, constando o contato da pesquisadora principal, objetivos, procedimento, contribuições da pesquisa.

Fase 1: Após o aceite do Projeto pelos comitês de ética do Hospital de Clínicas (HCPA/RS) e do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS/RS), a pesquisadora fez as entrevistas com participantes. Durante o período de coleta, a pesquisadora ficou em regime de plantão os 7 dias da semana, inclusive em feriados. O aviso de novos casos ocorreu por mensagem de aplicativo no período de 20 de agosto de 2015 a 21 de março de 2016.

Fase 2: Após o aceite da Emenda ao Projeto existente, foi realizado o estudo de caso segmentado, utilizando-se métodos mistos concomitantes (quali-quantitativa). A coleta ocorreu entre 1 de maio de 2019 e 20 de dezembro de 2019. Nesse período os pacientes foram contatados, e os que aceitaram participar foram entrevistados. As entrevistas foram realizadas por duas psicólogas com experiência na temática, acompanhadas de uma psiquiatra do HCPA. Nenhum dos pacientes apresentou risco de suicídio no momento da entrevista, porém, se isso ocorresse, a Equipe estava preparada para encaminhamentos posteriores via Unidade de Referência do SUS.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo fica regido pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) com o seguinte registro: 44823315.1.0000.5327, via plataforma Brasil, aprovado em 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA. Foi aprovado pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS com o parecer de número 1.180.317, relatado em 30 de junho de 2015. Para a Fase 2, foi submetida uma EMENDA ao projeto 150267, já aprovado por ambos os comitês (SMS e HCPA), via Plataforma Brasil. O documento foi aprovado pelo CEP-HCPA através do parecer de número 2.731.908, relatado em 23 de junho de 2018.

REFERÊNCIAS

1. Alberdi-Paramo I, Saiz-Gonzalez MD, Diaz-Marsa M, Carrasco-Perera JL. Bullying and childhood trauma events as predictive factors of suicidal behavior in borderline personality disorder: Preliminary findings. *Psychiatry Res.* 2020;285:112730. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112730>.
2. Barbi KBS. Impulsividade e manifestações do comportamento suicida em pacientes com diagnóstico de depressão. Recurso on-line (116 p.). Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2018. [consulta na internet: página disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/332680>. Acesso em: 12 de junho de 2020.]
3. Barbosa FO, Macedo PCM, Silveira RMC. Depressão e o suicídio. *Rev SBPH [on-line]*. 2011;14(1):233-243. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582011000100013&script=sci_abstract.
4. Barros J, Morales S, Garcia A, Echavarri O, Fischman R, Szmulewicz M, Moya C, Nunez C, Tomicic A. Recognizing states of psychological vulnerability to suicidal behavior: a Bayesian network of artificial intelligence applied to a clinical sample. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):138. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02535-x>.
5. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolani L, Ceitin LH, Bond M, Manfro GG. Versão em português do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(4):255-258. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000400010>.
6. Boroujerdi FG, Kimiaee SA, Yazdi SAA, Safa M. Attachment style and history of childhood abuse in suicide attempters. *Psychiatry Res.* 2019;271:1–7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.006>.
7. Botega NJ. Crise Suicida: Avaliação e Manejo. Porto Alegre: Editora Artmed; 2015.
8. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Abuso e negligência na infância: especificidade dos efeitos na depressão e no suicídio de adolescentes e adultos jovens. *J Am Acad Criança Adolescente Psiquiatria.* 1999;38:1490-1496. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a02.pdf>.

9. Bryan CJ, Butner JE, May AM, Rugo K, Harris JA, Oakey-Frost N, Rozek DC, Bryan AO. Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas Psychol.* 2020;57:10. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100758>.
10. Bulloch A & Patten S. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(1):47-56. doi: 10.1007/s00127-009-0041-5.
11. Coppersmith D, Kleiman E, Glenn C, Millner A, Nock M. The dynamics of social support among suicide attempters: A smartphone-based daily diary study. *Behavior Research and Therapy.* 2019;120:103348. doi: 10.1016 / j.brat.2018.11.016.
12. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.* Porto Alegre: Artmed Editora; 2000.
13. Duarte TA, Paulino S, Almeida C, Gomes HS, Santos N, Gouveia-Pereira M. Selfharm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2019;287:112553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>.
14. Ehrental JC, Dux A, Baie L, Burgmer M. Níveis de funcionamento da personalidade e não depressão predizem declínio da concentração plasmática de glicose em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Diabetes Res Clin Pract.* 2019;151:106–113. doi: 10.1016 / j.diabres.2019.04.011.
15. Forte A, Orri M, Turecki G, Galera C, Pompili M, Boivin M, Tremblay RE, Côté SM, Geoffroy MC. Identifying environmental pathways between irritability during childhood and suicidal ideation and attempt in adolescence: findings from a 20-year population-based study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2021;15. doi: 10.1111/jcpp.13411.
16. Goñi-Sarriés A, Blanco M, Azcárate L, Peinado R, López-Goñi JJ. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema.* 2018;30(1):33-38. doi: 10.7334/psicothema2016.318.
17. Gorenstein C & Andrade L. Beck Inventário de Depressão: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clín.* 1998;25:245-250. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000100004>.
18. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(2):249-255. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>.

19. Irigoyen M, Segovia AP, Galván L, Puigdevall M, Giner L, De Leon S, Baca-Garcia E. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *J Affect Disord.* 2019;247:20-28. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.050.
20. Juruena MF, Erer F, Cleare AJ, Young AH. The Role of Early Life Stress in HPA Axis and Anxiety. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1191:141-153. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0_9.
21. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med.* 2012;42:1879-1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>.
22. Kyoung-Sae N, Seo-Eun C, Jin Pyo H, Jun-Young L, Sung Man C, Hong Jin J, Seong-Jin C. Association between personality traits and suicidality by age groups in a nationally representative Korean sample. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(16):e19161. doi: 10.1097/MD.00000000000019161.
23. Kwan Y, Choi S, Min S, Ahn JS, Kim H, Kim MH, Lee J. Does personality problems increase youth suicide risk?: A characteristic analysis study of youth who visit the emergency department following suicide attempt. *J Affect Disord.* 2021;1(282):539-544. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.066.
24. Maino MP, Morales S, Echávarri O, Barros J, García A, Moya C, Szmulewicz T, Fischman R, Núñez C, Tomicic A. Suicide risk configuration system in a clustered clinical sample: a generalized linear model obtained through the LASSO technique. *Brazilian Journal of Psychiatry.* 2019;41(2):112–121. doi:10.1590/1516-4446-2017-0028.
25. Mladen SN, Williams AB, Griffin SC, Perrin PB, Rybarczyk BD. Models of Trauma Exposure, Depression, and Suicidality in Safety-Net Primary Care. *J Trauma Stress.* 2021;9. doi:10.1002/jts.22658.
26. Mann J, Waternaux C, Haas G, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior. *Am J Psychiatry.* 1999;156:181-189. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9989552/>.
27. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci.* 2003;4(10):819-28. doi 10.1038 / nrn1220.
28. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry.* 2021;18:appiajp202020060864. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20060864.
29. Maples-Keller JL, Carter NT, Few LR, Crego C, Gore WL, Samuel DB, Williamson RL, Lynam DR, Widiger TA, Markon KE, Krueger RF, Miller JD. Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response

- theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychol Assess.* 2015;27(4):1195-1210. <https://doi.org/10.1037/pas0000120>.
30. Markon KE, Quilty LC, Bagby RM, Krueger RF. The development and psychometric properties of an informant-report form of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). *Assessment.* 2013;20(3):370-383. <https://doi.org/10.1177/1073191113486513>.
31. McIntire, M., & Angle, C. Psychological biopsy in self-poisoning of children and adolescents. *American Journal of Disorders of Childhood.* 1973;126:42-6.
32. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical Behavior Therapy Compared With General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder: Clinical Outcomes and Functioning Over a 2-Year Follow-Up. *The Am J Psychiatry.* 2012;169(6):650-661. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091416>.
33. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *BMJ.* 2019;364:194. <https://doi.org/10.1136/bmj.194>.
34. Naudó-Molist J, Nebot FXA, Matavera IS, Villarroel RM, Briones-Buixassa L, Nuno JJ. Análisis descriptivo de los suicidios y la aplicación del método autopsia psicológica durante el período 2013-2015 en la comarca de Osona (Barcelona, España). *RevEspMed Legal.* 2017;43(4):138-45.
35. Navarro-Atienzar F, Zabala-Baños C, Ricarte-Trives JJ. Childhood Trauma as a risk factor for suicidal behaviour in prisons. *Rev Esp Sanid Penit.* 2019;21(1):42-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6788201/pdf/1575-0620-sanipe-21-01-42.pdf>.
36. Oliveira AM, Mayena C, Bicalho S, Teruel FM, Kahey LL, Botti NCL. Comportamento suicida entre adolescentes: Revisão integrativa da literatura nacional. *Adolesc Saude.* 2017;14(1):88-96. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=639.
37. Orme WH, Szczepanek AE, Allen JG, Oldham JM, Madan A, Frueh BC, Fowler C. Lifetime and prospective associations among personality trait domains and suicide-related behaviors in patients with severe mental illness. *J Affect Disord.* 2020;266:492-497. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.182>.
38. Orri, M., e Turecki G. (2020). Brazilian research on child and adolescent suicide: looking at the past to plan the future. *Braz. J. Psychiatry.* 2020;42(5):570-572. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1024>.

39. Paiano M, Maftum MA, Haddad MCL, Marcon SS. Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2016;25(3): e0040014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000040014>.
40. Papadopoulou A, Efstathiou V, Christodoulou C, Gournellis R, Papageorgiou C, Douzenis A, Markianos M. Psychiatric diagnosis, gender, aggression, and mode of attempt in patients with single versus repeated suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2020;284:112747. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112747>.
41. Pires R, Ferreira AS, Guedes D, Gonçalves B, Calado JH. A Study of the Psychometric Qualities of the Portuguese Version of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Full Version, Reduced Form and Brief Form. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 2018;47(2):197-212. <https://doi.org/10.21865/RIDEP47.2.14>.
42. Pirkis J, Nicholas A, Gunnell D. The case for case-control studies in the field of suicide prevention. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29(e62):1–3. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000581>.
43. Quenneville AF, Kalogeropoulou E, Küng A, Hasler R, Nicastro R, Prada P, Perroud N. Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2020;284:112688. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112688>.
44. Reid-Russell A, Miller AB, Cvencek D, Meltzoff AN, McLaughlin KA. Lower implicit self-esteem as a pathway linking childhood abuse to depression and suicidal ideation. *Dev Psychopathol*. 2021;17:1-15. doi: 10.1017/S0954579420002217.
45. Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *J Affect Disord*. 2011;130:205-208. doi: 10.1016/j.jad.2010.09.022.
46. Santos A. A Fantasia de Suicídio – por Françoise Dolto. 2018. [consulta na internet: página disponível em: <http://clinicand.com/2018/09/23/a-fantasia-de-suicidio-por-francoise-dolto>. Acesso em: 25 de maio de 2020].
47. Spielberger CD. Manual do inventário de expressão de raiva como estado e traço (STAXI). São Paulo: Vetor, 2010.
48. Suárez-Pinilla P, Pérez-Herrera M, Suárez-Pinilla M, Medina-Blanco R, López-García E, Artal-Simón JA, Santiago-Díaz AI. Recurrence of suicidal thoughts and behaviors during one year of follow-up: An exploratory study. *Psychiatry Res*. 2020;288:112988. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112988>.
49. Task Force OPD-2. Diagnóstico psicodinâmico operacionalizado: Manual de diagnóstico e plano de tratamento. São Paulo, Honofre CETEPP; 2016.

50. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor R C, Oquendo MA, Pirkis J, Stanley BH. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):74. doi:10.1038/s41572-019-0121-0.
51. Vares EA, Salum GA, Spanemberg L, Caldieraro MA Souza LH, Borges RP, Fleck MP. Childhood trauma and dimensions of depression: a specific association with the cognitive domain. *Braz J Psychiatry*. 2015;38(2):127-134. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1764>.
52. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública: Rio de Janeiro*. 2013;29(1):175-187. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>.
53. Werlang BG & Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Braz J Psychiatry*. 2003;25(4), 212-219.
54. WHO (World Health Organization). 2018. WHO global health observatory data repository. [consulta na internet: página disponível em: [http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEAGEGROUPS15293015?](http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEAGEGROUPS15293015?lang=en) lang=en. Acesso em: 1 de junho de 2020.
55. Widiger TA & Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *J Pers Disord*. 2005;19:110-130. doi:10.1521/pedi.19.2.110.62628.
56. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Heeringen KV, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).
57. Zatti C & Freitas LHM. “Biópsia Psicológica”: releitura do conceito, uma estratégia de avaliação prospectiva. *Rev Bras Psicoter*. 2019;21(3):69-75. http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=313.
58. Zatti C, Azevedo MAO, Soibelman M, Souza SMA, Calegare VC, Freitas LHM. A prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio, HPS – Porto Alegre/RS. *Diaphora*. 2015;15(2):13-17. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/issue/viewFile/12/10>.
59. Zatti C, Guimarães LSP, Soares MA, Neves JPT, Santana MRM, Calegare V, Bastos AG, Freitas LH. Relación entre apoyo social y trastornos mentales en pacientes ingresados por intento de suicidio en un hospital de emergencia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2018;64:261-272. Disponível em: <http://www.acta.org.ar/04-WebForms/frmResumen.aspx?IdArticulo=1372&Abonado=>.

60. Zatti C, Guimarães LSP, Soibelman M, Semensato MR, Bastos AG, Calegari VC, Freitas LHM. The association between traumatic experiences and suicide attempt in patients treated at the Hospital de Pronto Socorro in Porto Alegre, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother.* 2020;42(1): 64-73. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0112>.
61. Zatti C, Oliveira SES, Guimarães LSP, Calegari VC, Benetti SPC, Serralta FB, Freitas LHM. Translation and cultural adaptation of the DSM-5 Personality Inventory – Brief Form (PID-5-BF). *Trends Psychiatry Psychother.* 2020;42(4):291-301. <https://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0073>.
62. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LH, Ceresér KMM, Rocha NS da, Bastos AG, Schuch FB. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res.* 2017;256:353-8. doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.082.
63. Zatti C. Associação entre tentativa de suicídio e história de vivências traumáticas em pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – RS. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Ciências do Comportamento) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/164332>.
64. Zatti C, Oliveira SES, Guimarães LSP, Ratto CG, Waikamp V, Freitas LúciaHM. Association between anger expression and attempted suicide at a general emergency hospital in the south of Brazil. *Trends Psychiatry Psychother.* 2020 (no prelo).

EM SEGUIDA AS PRINCIPAIS PRODUÇÕES DO DOUTORADO



RBPsicoterapia
Revista Brasileira de Psicoterapia
Volume 21, número 3, dezembro de 2019



COMUNICAÇÃO BREVE

“Psychological Biopsy”: Re-reading the concept, a strategy for prospective evaluation

“Biópsia Psicológica”: releitura do conceito, uma estratégia de avaliação prospectiva

“Biopsia Psicológica”: Relectura del concepto, una estrategia para la evaluación prospectiva

Cleonice Zatti^a

Lúcia Helena Machado Freitas^a

^a UFRGS, Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento (PPGPSQ) – Porto Alegre – RS – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20190023

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Abstract

Introduction: To face the topic of death as a natural consequence of life is not easy for many persons, and circumstances become more complex when suicide is brought into the picture. Objective: this brief communication presents a build of a questionnaire about suicidal attempt called “psychological biopsy”. Methods: In the worldwide literature there are no consistent definition of the term “psychological biopsy” according to the search carried out in several databases (PubMed, SciELO, Bireme, PsycInfo, Web of Science, Google Scholar, Embase, SCOPUS, LILACS or BVS Psicologia). Results: questionnaire constructed proposes to investigate suicidal intention, that is, to carry out a psychological biopsy. Conclusion: The psychological biopsy was designed to produce a diagnosis of attempted suicide in order to complement information needed to qualify the emotional disturbances of the person.

Keywords: Psychological; Biopsy; Suicidal ideation

Resumo

Introdução: Enfrentar o tema da morte como uma consequência natural da vida não é fácil para muitas pessoas, e as circunstâncias se tornam mais complexas quando o assunto é suicídio. **Objetivo:** essa comunicação breve visa apresentara construção de um questionário sobre intenção suicida chamado “biópsia psicológica”. **Métodos:** Na literatura mundial não há uma definição consistente do termo “biópsia psicológica” conforme busca em diversas bases de dados (PubMed, SciELO, Bireme, PsycInfo, Web of Science, Google Acadêmico, Embase, SCOPUS, LILACS ou BVS Psicologia). **Resultados:** o questionário construído propõe investigar a intenção suicida, ou seja, realizar uma biópsia psicológica. **Conclusão:** A biópsia psicológica foi projetada para produzir um diagnóstico de tentativa de suicídio, a fim de complementar as informações necessárias para qualificar os distúrbios emocionais da pessoa.

Palavras chave: Psicológico; Biopsia; Ideação suicida

Resumen

Introducción: Para muchas personas, enfrentar el tema de la muerte como una consecuencia natural de la vida no es fácil, y las circunstancias se vuelven más complejas cuando se pone en evidencia el suicidio. **Objetivo:** Esta breve comunicación presenta un cuestionario sobre un intento de suicidio llamado “biopsia psicológica”. **Métodos:** en la literatura mundial no existe una definición coherente del término “biopsia psicológica” según la búsqueda realizada en varias bases de datos (PubMed, SciELO, Bireme, PsycInfo, Web of Science, Google Scholar, Embase, SCOPUS, LILACS o BVS Psicología). **Resultados:** el cuestionario construido propone investigar la intención suicida, es decir, realizar una biopsia psicológica. **Conclusión:** La biopsia psicológica fue diseñada para producir un diagnóstico de intento de suicidio con el fin de complementar la información necesaria para calificar los trastornos emocionales de la persona.

Palabras clave: Psicológico; Biopsia; Ideación suicida

Introduction

According to data from the Pan-American Health Organization/World Health Organization¹, about 3000 persons kill themselves every day, meaning almost 1,200,000 per year. Calculations are that for each person who in fact takes their life, 20 or more make an attempt. Also, according toPAHO/WHO (2018), the majority of the more than one million deaths per year could have been prevented. It is therefore essential to deal with prevention and to articulate an efficacious care net.

To face the topic of death as a natural consequence of life is not easy for many persons, and circumstances become more complex when suicide is brought into the picture. Various researchers on the topic study why some people decide to take their own lives while others, in similar or worse situations, do not^{2,3}. In order to deepen our understanding in this area, certain procedures of research have been developed over time, one of the tools being a "psychological autopsy", a term coined by Edwin Shneidman in the 1960s. The tool is used in various contexts, including clinical contexts, as well as in legal evaluations and research on suicide⁴. However, when we come across the term "psychological autopsy", applied to patients who actually died by suicide, we also searched in the literature the expression "psychological biopsy" as an investigatory method used for patients who survived one or more suicide attempts. This communication represents an attempt to construct a formal definition of the term "psychological biopsy".

Method

A literature search was conducted in the databases: PubMed, SciELO, Bireme, PsycInfo, Web of Science, Google Scholar, Embase, SCOPUS, LILACS or BVS Psicologia, using the term "psychological biopsy" (last date of the search 31/12/2018). No complete definition of the term "psychological biopsy" was found. Therefore, this communication represents an attempt to construct a formal definition of the term. Although "psychological biopsy" was used by Matilda McIntire in 1973⁵, no indication was found as to where the expression came from in the databases. McIntire (1973) presents only a table with a model of evaluation of the emotional and suicidal thoughts that the author calls "psychological biopsy"⁵.

Results and Discussion

An autopsy is a medical procedure carried out on dead bodies to examine the cause of death of the subject, whereas a biopsy is a medical examination involving tissues of living persons in order to examine diseases. These are the basic concepts to explain the term in question.

A psychological biopsy, on the other hand, was defined by the authors here as a psychological interview with a qualitative nature. It makes it possible to enter into the history of the subject, where the chances of a deeper understanding of the act of suicide could be more clearly revealed, thus allowing professionals broader access to the psychic functioning of such persons. A psychological biopsy has the objective of identifying traumatic stories, suicidal ideas, previous suicide attempts, knowledge of lethality, the method, self-aggression and other aspects of psychiatric suffering that can be clarified with persons who survived attempts to take their own lives.

In a study carried out in Spain, deaths by suicide were investigated based on statistical data obtained

from official records as well as from the use of the technique of psychological autopsy^{1*} with survivors of suicide (persons who saw their life change through the loss of a loved one by suicide). The results suggest that among the psychiatric antecedents of the evaluated group, the depressive trend was the most prevalent⁴.

A study of the Vanessa Longaray et al., (2017) carried out at the morgue of the Medical-Legal Department of the General Institute of Expertise (IGP), an autonomous organ of the Secretary of Public Security of the State of Rio Grande do Sul, studied 21 cases of suicide using psychological autopsy. The results suggest that deaths occasioned by suicide represent an opportunity not only to study the biology of suicide, but also the most serious expressions of the various associated mental traits that precede suicide⁶.

Actions of attempted suicide are related to multiple factors such as mistreatment in infancy, sexual abuse, physical negligence, depression, weak social support, loneliness and impulsivity. But even discrete forms of abandonment due to separated families may contribute to risk of suicide⁷. One exploratory Brazilian study at the University Hospital of Santa Maria, in Rio Grande do Sul, showed that patients admitted after suicide attempts presented aspects of aggressive profiles⁸.

A study of the Alec Roy (2011) carried out in the United States shows that a combination of a history of trauma and family suicidal behavior including a significantly higher incidence of traumas in infancy, was associated with a higher risk of attempted suicide. Higher scores from both sexes were obtained from patients with attempted suicides than from those who had never attempted suicide. Of the 281 attempts studied by Roy, 79.1% showed positive results for traumas in infancy. These showed higher occurrence of attempted suicides than those who did not show trauma in childhood. Another finding was that cases of bipolar patients combined with infantile sexual abuse were successful the first time they tried to kill themselves, as compared to patients with the same pathology but without a history of childhood trauma⁹.

When a child undergoes adversities during their vital cycle, such as situations of sexual abuse, negligence, violence or traumatic experiences, this fact can unleash intense mental suffering and a predisposition for a series of mental crises and other problems in adult life, leading to an increase in the risk of suicide. A master's research of the Cleonice Zatti (2017)¹⁰ which investigated patients in situations of crisis following attempts at suicide at the Emergency Treatment Hospital in Porto Alegre, RS, showed results that indicate an important association between child traumas and suicide attempts in adult life. This reinforces the relevance of adopting inventive and therapeutic actions related to treatment during child development as an important fact in reducing suicide.

Most societies show preconceptions in treating the topic because suicidal acts are considered unnatural. Many health professionals, for example, present various counter-transference feelings towards suicide patients, such as irritation and fear. The questionnaire developed by Zatti and her professor adviser Lucia Machado in 2017 had the objective of investigating aspects related to suicidal intentions. It was thus applied in order to

^{1*} This is a post-mortem investigation tool with the objective of analyzing, retrospectively, the profile of death by suicide. It consists of an interview carried out on the basis of secondary thoughts of informers closest to the victim, certificates, medical exams and reports.

psychologically evaluate patients who had tried to kill themselves. To ask someone about suicidal thoughts does not provoke reactions. On the contrary, it alleviates and treats them².

The questionnaire constructed proposes to investigate suicidal intention, that is, to carry out a psychological biopsy. Some questions were drawn up on the basis of the investigation of suicidal behavior from the master dissertation of Zatti, 2017¹⁰, and were therefore suggested in this communication. The following scales were also taken as a basis: Psychological Biopsy (in English) by McIntire (1973)⁵, Beck Depression Inventory (BDI) (also in English) by Gorenstein & Andrade (1998)¹¹, and Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (*Entrevista Semiestruturada para Autópsia Psicológica*) (ESAP) by Werlang & Botega (2003)³.

Based on the above, we sought to present suggestions for questions about how to deal with suicidal behavior.

Table 1. Psychological biopsy: Questionnaire on suicidal intention	
<u>Psychic traumas</u>	Loss, either historical or recent, of a parental figures during infancy? If yes, what happened?
	Did you ever suffer any trauma that left marks?
	What did you do to deal with this? What thoughts came up during this period?
<u>Emotional disturbance</u>	Feel helpless?
	Feel alone? Who offered support?
	Did you feel abandoned?
<u>Suicidal intentions</u>	What are your future projects?
	Did you ever think about suicide?
	Were you aggressive to yourself? Did you cut yourself?
	Have you thought about death in recent weeks?
	If you have ever tried to kill yourself, how long ago was that? Why did you do that? Did you leave a note, or telephone someone? What did you think about not having died?
<u>Fantasies and concepts about death</u>	Did you know how to evaluate if the method would kill you?
	Did you imagine that this situation would provoke some kind of impact on other people? What type of impact or sentiment would you feel it would provoke?
	If you ever attempted suicide, did your view of things in the world become different since then?
	Do you think that one or another person would be unable to live without you?
	What is the worst thing you ever thought about doing? Do you identify a motive? What?
	What do you think would happen if you committed suicide?
	If you died, what do you think would happen afterwards?
	Did you feel that dying would be like sleeping forever?
	After someone dies, do they know what is happening to those who are still alive?
	When someone dies, do their thoughts die too?

Conclusion

It should be noted that these questions in the “psychological biopsy” serve as a compliment to an investigation about intended suicide. For further information, they should be accompanied by other diagnostic tools. The psychological biopsy is designed to produce a diagnosis of attempted suicide in order to complement information needed to qualify the emotional disturbances of the person.

Funding

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001, and by the Research Incentive Fund (Fundo de Incentivo a Pesquisa) of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

References

1. OPAS/WHO (2018). Accessible in: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839
2. Botega, N. J. Crise Suicida: Avaliação e Manejo. Porto Alegre: Editora Artmed; 2015..
3. Werlang, B.G. & Botega, N. J. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2003;25(4), 212-219.
4. Naudó-Molist, J., Nebot, F. X. A., Matavera, I. S., Villarroel, R. M., Briones-Buixassa, L., Nuno, J. J. Análisis descriptivo de los suicidios y la aplicación del método autopsia psicológica durante el período 2013-2015 en la comarca de Osona (Barcelona, España). *RevEspMed Legal*. 2017;43(4):138-45.
5. McIntire, M., & Angle, C. Psychological biopsy in self-poisoning of children and adolescents. *American Journal of Disorders of Childhood*. 1973;126:42-6.
6. Longaray, V. K., Padoan, C.S., Goi, P. D., da Fonseca, R. C., Vieira, D. C., Oliveira, F. H., Kapczinski, F., Magalhães, P. V. Frequency of brain tissue donation for research after suicide. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2017;39(2), 180-2.
7. Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegari, V. C., Freitas, L.H., Ceresér, K. M. M., Rocha, N. S. da, Bastos, A. G., Schuch, F. B. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res*. 2017;256:353-8.
8. Calegari, V. C., Zatti, C., Bastos, A. G., Freitas, L. H. M. Suicidal patients in a psychiatric emergency unit: clinical characteristics and aggression profile. *Trends Psychiatry Psychother*. Trends Psychiatry Psychother [online]. 2019;41 (1),9-17.
9. Roy, A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of affective disorders*. 2011;130:205-8.

10. Zatti, C. Associação entre tentativa de suicídio e história de vivências traumáticas em pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – RS. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Ciências do Comportamento) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. 2017.
11. Gorenstein, C. & de Andrade, L. H. S. G. Beck Inventário de Depressão: propriedades psicométricas da versão em português. Revista de Psiquiatria Clínica. 1998;25(5):245-250.

Contribuições: Cleonice Zatti – Coleta de Dados, Investigação, Redação – Preparação do original;
Lúcia Helena Freitas – Redação – Revisão e Edição, Supervisão.

Correspondência

Cleonice Zatti

e-mail: cleonice.zatti@outlook.com

Lúcia Helena Machado Freitas

e-mail: luciahelena.frei@gmail.com

Submetido em: 01/08/2019

Aceito em: 18/11/2019

8 COVER LETTER: (REVISTA SUICIDOLOGY ONLINE (SOL))

Suicidology Online 2020; VOL. 11:1



Letter to the Editor

Examination of Anger Expression in Female and Male Suicide Attempt Survivors

Cleonice Zatti ^{✉,1}, Sérgio Eduardo Silva de Oliveira ², Luciano Santos Pinto Guimarães ³,
Lucia Helena Machado Freitas ¹

¹ PostGraduate Program in Psychiatry and Behavioral Science, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

² Department of Clinical Psychology and PostGraduate Program in Clinical Psychology and Culture, Institute of Psychology, University of Brasília (UnB), Brasília, DF, Brazil

³ Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brazil

Submitted: June 2nd, 2020; Accepted: July 2nd, 2020; Published: September 17th, 2020

Abstract: Anger can be associated with a lack of mental resources to control impulses, including suicidal behavior risk. We conducted a case-control study on 84 patients with and without suicide attempt at an emergency hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. The results highlighted that men who have attempted suicide tend to have higher levels of angry temperament than the men in the control group, and women who attempted suicide, in turn, tend to feel angry easily, especially when they are criticized or receive negative feedback. Therefore, the response to environmental contingencies of patients surveyed, or their internal experiences reveals their difficulty in dealing with acute urges to die by suicide, according to the fluid vulnerability theory.

Keywords: suicide attempt, anger, gender differences

Copyrights belong to the Author(s). Suicidology Online (SOL) is a peer-reviewed open-access journal publishing under the Creative Commons Licence 4.0.

Anger can be defined as an emotional condition characterized by subjective feelings that vary in intensity and range, from mild annoyance or irritation to intense fury and rage. This state is usually accompanied by muscle tension and stimulation of the neuroendocrine and autonomic systems (Spielberger, 2010). As a trait, anger involves individual differences; there is a wide variety of annoying or frustrating situations, and individuals will respond according to their personality trends. Expressions of anger are associated with a lack of mental resources to control impulses, and can compromise an individual's physical health, including suicidal behavior (Spielberger, 2010). We observed in a

case-control study that gender plays a role in the relationship between suicidal behavior and anger experiences.

A total of 84 patients at an emergency hospital in Rio Grande do Sul, Brazil, participated in this case-control study. The case group (n = 28) included those who were hospitalized for suicide attempt. Data were collected from patients who were hospitalized or were being treated at the emergency room of the Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, RS between August 20, 2015 and March 21, 2016. In both groups, only patients who were at least 18 years old, who could verbally answer the instruments, and gave written informed consent to participate in the study were included. Those who, despite fulfilling the previously mentioned criteria, were unresponsive when the instruments were applied, presented psychotic symptoms or refused to participate were excluded. To estimate the anger level, we used the State-Trait

[✉] Cleonice Zatti

Address: Rua Ramiro Barcelos, Barcelos, 2400 - 2^o andar, School of Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.
E-mail: cleonice.zatti@outlook.com

Anger Expression Inventory (STAXI-2; Spielberger, 2010).

A generalized estimating equation model was used to compare the subdomain and area means between groups according to gender. This model was used due to the sample pairing method (1 case for 2 controls of the same gender and age): the most appropriate analysis should consider this trio as a unit. The model was constructed using a gamma distribution with log binding function, an exchangeable working correlation matrix, and a robust estimator covariance matrix.

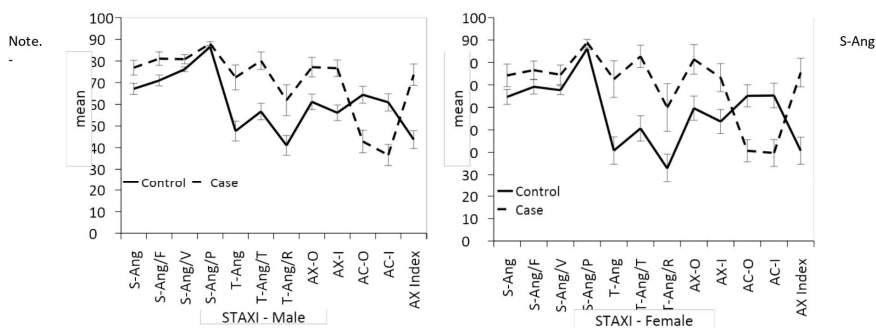
The results highlighted that men who have attempted suicide tend to have higher levels of angry temperament than the men in the control group. They also are more likely to hold in or suppress angry feelings (anger expression-in), but with a low ability for controlling these feelings by calming down or cooling off (anger control-in) themselves. The general expression of anger in men who survived a suicide attempt was also greater than that of the control group. In turn, women who have attempted suicide had higher levels of expressing anger both verbally and physically, as well as of trait-anger, angry temperament, angry reaction, anger expression-out (i.e. expression of anger in an outwardly negative and poorly controlled manner), anger expression-in (i.e. holding things in or suppressing anger when they are angry or furious), and general expression of anger, than women in the control group. Also, they had lower levels of anger control strategies compared to the control group. They showed a low ability to relax and calm down (control-in), as well as low ability to monitor and control the physical or verbal expressions of anger (control-out). Figure 1

shows mean and standard deviation of the variables by group and gender.

The profile of men who attempted suicide, concerning the styles of experiencing anger, is characterized by a trend towards experiencing feelings of anger with little or no provocation, blaming themselves for irritable feelings, and having great difficulty self-regulating and calming down. Women who attempted suicide, in turn, tend to feel angry easily, even for little or no reason and especially when they are criticized or receive negative feedback. They tend to have an irritable personality style, and the way they express anger is by cursing and hitting people. They seem to have a hard time calming down or controlling their outbursts of anger.

The profiles described above can be conceptually fitted into suicide theories such as the interpersonal-psychological theory of suicide (Joiner, 2007) and the fluid vulnerability theory (Rudd, 2006). The profiles may lead to interpersonal conflicts, being the male profile more likely to present a social isolation pattern, while the female profile is more likely to show an antagonistic pattern in addition to internalizing problems. These interpersonal problems based on anger can lead to thwarted belongingness and perceived burdensomeness, the two main components of the interpersonal-psychological theory of suicide (Dillon, Van Voorhees, & Eldogen, 2020). Also, both male and female profiles are characterized by feeling irritated easily and low capacity for anger control. Thus, people with those anger profiles may have difficulty dealing with acute urges to die by suicide when they arise, according to the fluid vulnerability theory.

Figure 1. Area analysis graph (mean and standard deviation).



Note. State Anger; S Ang/F - Feeling Angry; S Ang/V - Feel like Expressing Anger Verbally; S Ang/P - Feel Like Expressing Anger Physically; T Ang - Trait-Anger; T-Ang/T - Angry Temperament; T-Ang/R - Angry Reaction; AX-O - Anger Expression-Out; AX-I - Anger Expression-In; AC-O - Anger Control-Out; AC-I - Anger Control-In; AX Index - Anger Expression Index.

Funding

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Finance Code 001, and by the Research Incentive Fund (Fundo de Incentivo à Pesquisa) of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

Conflict of interests

No potential conflict of interest was reported by the authors.

References

- Dillon, K. H., Van Voorhees, E. E., & Elbogen, E. B., 2020. Associations between anger and suicidal ideation and attempts: a prospective study using the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of psychiatric research*, 122, 17-21.
- Joiner, T. E., Jr., 2005. *Why do people die by suicide?* Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Rudd, M. D., 2006. Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic risk, in Ellis, T.E., (Ed.), *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy* (pp. 355-368). American Psychological Association, Washington, D.C.
- Spielberger, C. D., 2010. *Manual do inventário de expressão de raiva como estado e traço (STAXI)*. São Paulo: Vetor.

9 ARTIGO STAXI-2: (ACEITO NA REVISTA TRENDS IN PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY)

Trends Psychiatry Psychother - Journal Article Pre-Proof (as accepted)

Page 1 of 14

Trends

in Psychiatry and Psychotherapy

JOURNAL ARTICLE PRE-PROOF
(as accepted)

**Association between anger expression and attempted suicide
at a general emergency hospital in the south of Brazil**

Zatti, Cleonice; Oliveira, Sergio; Guimarães, Luciano; Ratto, Cleber;
Waikamp, Vitória; Freitas, Lúcia

<http://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0097>

Original submitted Date: 29-Jul-2020

Accepted Date: 24-Dec-2020

This is a preliminary, unedited version of a manuscript that has been accepted for publication in Trends in Psychiatry and Psychotherapy. As a service to our readers, we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will still undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in final form on the SciELO database (www.scielo.br/trends). The final version may present slight differences in relation to the present version.

Trends Psychiatry Psychother - Journal Article Pre-Proof

Association between anger expression and attempted suicide at a general emergency hospital in the south of Brazil

Cleonice Zatti¹; Sérgio Eduardo Silva de Oliveira², Luciano Santos Pinto Guimarães³, Cleber Gibbon Ratto³, Vitória Waikamp¹, Lucia Helena Machado Freitas^{1,5}

¹ Doctoral Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil.

² Clinical Psychology Department of Brasilia University (UnB), Brasilia, Brazil.

³ Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brazil.

⁴ Department of Education of LaSalle University (UNILASALLE), Canoas, Brazil.

⁵ Department of Psychiatry and Legal Medicine, UFRGS, Porto Alegre, Brazil.

Correspondence author:

Cleonice Zatti

Rua Ramiro Barcelos, Barcelos, 2400 - 2º andar,

School of Medicine,

Federal University of Rio Grande do Sul, UFRGS,

Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

E-mail: cleonice.zatti@outlook.com. (ORCID <http://orcid.org/0000-0002-9021-5165>)

ABSTRACT

Suicide is one of the leading causes of death in the world. For every person who commits suicide, twenty or more have attempted to take their own lives. The emotional state of anger is often associated with suicidal behavior. However, this association needs to be further clarified. **Objectives:** This study sought to investigate the profiles of traits and expressions of anger in inpatients admitted to a general emergency hospital

who survived a suicide attempt. **Methods:** In this case-control study, a sample of 28 suicide survivors was matched for sex, age, and education level with 56 controls. The State-Trait Anger Expression Inventory-2 was used to measure anger traits and expressions. **Results:** Suicide survivors showed higher levels of anger traits and expression and lower levels of anger control than the control group. They also had lower levels of state anger and willingness to express anger verbally than the control group. **Conclusions:** Patients who attempted suicide and had high scores for anger expression (in and out) are inclined to have extreme difficulty in interpersonal relationships, rigidity towards change, and are at higher risk of developing psychopathologies.

Keywords: Attempted suicide; anger; anger expression; anger traits.

INTRODUCTION

Suicide is an important contributor to mortality worldwide¹. Specifically, in Brazil, there is evidence² that the country will not be able to reduce the suicide rate by 10% according to the World Health Organization (WHO) Action Plan for 2020³. This suggests that more efforts are needed to protect people from suicidal behavior, including designing prevention and intervention programs for suicide survivors. To provide a better health service to people with suicidal ideation, it is essential to know as many psychological characteristics as possible that play a protective or risky role for suicidal behavior. The current study focuses on anger experiences related to suicide attempts.

Anger can be described according to two main components: state and trait⁴. The former is an emotional experience involving negative feelings that can vary in intensity depending on the situational event, such as an injustice. The latter is a dispositional tendency to experience angry feelings as a personality trait. In both cases, anger is considered a transdiagnostic feature for several mental disorders⁵, including suicidal behavior^{6,7} and suicidal ideation⁸. Shri et al. (2017)⁹ found a relationship between irritable mood and suicidal behavior in a thorough analysis of suicide attempts. Those who had attempted suicide were more likely to express aggressive traits than those who had not. In another study, Ammerman et al. (2015)¹⁰ investigated the role of anger in the incidence of suicidal and violent behavior in 2,295 undergraduate students, 18 to 57 years old. They found that trait anger was significantly associated with suicide attempts and violent behavior.

The current study arises from the need to seek a deeper understanding of feelings of anger in the forms of state and trait in individuals who attempted suicide and those who did not. We are particularly interested in understanding the role of specific facets of anger in suicidal behavior. Due to the lack of studies on this subject in the literature, we hope our findings can improve prevention and health promotion practices. Thus, this study was designed, first, to assess whether there is a difference in anger expression measures in hospitalized patients who attempted suicide compared to those who did not, and second, to evaluate aspects of anger as a risk factor for suicidal actions.

METHODS

Participants and Procedures

A total of 84 patients at an emergency hospital in Rio Grande do Sul, Brazil, participated in this case-control study. Data were collected from patients who were hospitalized or were being treated at the emergency room of the *Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre* between August 20, 2015 and March 21, 2016. Convenience sampling was used. At the time of data collection, 37 potential participants were identified using data provided by the Data Processing Company of the Municipality of Porto Alegre. Of this total, nine patients were not included in this study because they had one or more of the following criteria: age under 18, refusal to participate, being not responsive to verbal intervention, or having active psychotic symptoms. The control group ($n = 56$), with no history of attempted suicide, was established by balancing age and gender of the case group. Data collection was performed by a researcher with experience in assisting patients with suicidal behavior. Data on the interviewed groups and sample calculation have been described elsewhere by Zatti (2017)¹.

Ethical Aspects

The study was registered on the *Plataforma Brasil* (CAAE 44823315.1.0000.5327) and was approved in 2015 by HCPA Research Ethics Committee and the Porto Alegre Municipal Health Department (1.180.317, June 30, 2015).

Instruments

Sociodemographic Questionnaire: A general information questionnaire was prepared to obtain participant data on gender, age, years of education, income, marital status and occupation.

State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2): This instrument consists of 57 items, which are grouped into six scales, five subscales, and one Anger Expression Index, totaling 12 measures: State Anger (S-Ang); Feeling Angry (S-Ang/F); Feel Like Expressing Anger Verbally (S-Ang/V); Feel Like Expressing Anger Physically (S-Ang/P); Trait Anger (T-Ang); Angry Temperament (T-Ang/T); Angry Reaction (T-Ang/R); Anger Expression-Out (AX-O); Anger Expression-In (AX-I); Anger Control-Out (AC-O); Anger Control-In (AC-I); and Anger Expression Index (AX Index). The lower the score, the less intense the anger feelings are, except for the AC-O and AC-I items, in which higher scores indicate greater anger control. Original copies of the scale forms were purchased from a department specializing in psychological testing in Brazil. The results were coded and interpreted according to the STAXI-2 manual¹. This instrument assesses aggressiveness by measuring experiences and expressions of anger, and has good psychometric properties⁴.

Data Analysis

Quantitative data analysis was performed in PASW (SPSS) 18 (SPSS Inc. 2009, PASW Statistics for Windows 18.0, Chicago: SPSS Inc.). The sociodemographic characteristics of the sample have been presented elsewhere by Zatti et al. (2020)¹².

A generalized estimating equation (GEE) model^{13,14} was used to compare the mean level of each STAXI-2 factor between groups. This model was used due to the sample pairing method (1 case for 2 controls of the same gender and age). In this study, the most appropriate analysis should consider this trio as a unit. The data were reported as estimated mean and confidence interval. The model was constructed using a gamma distribution with log binding function, an exchangeable working correlation matrix and a robust estimator covariance matrix.

A conditional logistic regression model was used to calculate the odds ratio of each STAXI-2 factor in predicting the case group. In this model, participants from different groups (case or control) are only compared within the same matched set, which

determines the conditional likelihood. Given the small sample size, we built four models: in model 1 we included the scores of the three factors related to the state anger domain; in model 2 we included the scores of the two factors of the trait anger domain; in model 3 we used as covariates the scores of the four factors related to the anger expression and control domains; finally, in model 4 we used the scores at the domain level.

A p -value lower than 0.05 was considered statistically significant.

RESULTS

Sample Description

The gender distribution in the total sample ($n = 84$) was balanced (male = 46.4% [$n = 39$]; female = 53.6% [$n = 45$]) and the mean age was 35.6 years ($SD = 12.8$; minimum = 19 and maximum = 71 years). The mean education level was 9.9±4.6 years, and half of the sample had a monthly income over R\$ 2,000 (interquartile range = [1.260; 3.650]). A total of 61.9% ($n = 52$) reported being employed. The groups were matched for age and gender, and the mean education levels (in years) were equivalent (cases: 9.7, $SD = 4.0$; controls: 10.1, $SD = 4.9$; t test; $p = 0.707$). There were no significant differences regarding income (Mann-Whitney test; $p = 0.611$), occupation (chi-square test; $p = 0.522$) or marital status (chi-square test; $p = 0.177$).

Twenty-eight individuals who attempted suicide were interviewed, and the reported methods included: 17 (61%) ingestion of medication; 3 (11%) a) jumping in front of a moving car or from a height; b) wrist/neck cutting; c) poisoning (caustic soda, mothballs, rat poison); 2 (7%) a) hanging; b) burning; c) illicit drug overdose; 1 (3.5%) weapon/firearm injury, which totaled 32 responses, i.e., in 4 cases more than one method was used. When patients in the case group were asked about recent and significant losses, 9 (32%) responded positively. Another important factor was recent marital separation, which had happened to 7 respondents (25%). Of those who attempted suicide, 10 (36%) reported suffering an intense loss in childhood.

Comparison of Anger Levels Between Control and Case Groups

To identify the profile of anger experiences of suicide survivors, a GEE model was used to compare the control and case groups concerning the scores on the STAXI-2

factors. Table 1 displays the results of these comparisons. In general, the estimated means were statistically different between groups, except for State Anger and Feel Like Expressing Anger Physically factors (GEE models; $p > 0.05$). Interestingly, the State Anger p -value was borderline (GEE models; $p = 0.053$). These results, in general, indicate that the participants in the case group tended to experience more frequent state of anger, in addition to being more prone to irritability and having more problems with expression and control of anger than the participants in the control group.

Table 1 – Comparison of estimated means of STAXI-2 subdomains between groups

Variable	Control (n = 56)	Case (n = 28)	p*
	Estimated Mean [95% CI]	Estimated Mean [95% CI]	
State Anger	67.1 [61.6 - 73.2]	76.9 [70.6 - 83.8]	0.053
Feeling Angry	71.0 [65.7 - 76.7]	81.1 [75.3 - 87.3]	0.044
Feel Like Expressing Anger Verbally	76.1 [74.3 - 78.0]	80.8 [76.9 - 85.0]	0.029
Feel Like Expressing Anger Physically	86.5 [85.6 - 87.5]	88.0 [86.2 - 89.7]	0.157
Trait Anger	47.6 [39.5 - 57.5]	72.4 [62.2 - 84.4]	< 0.001
Angry Temperament	56.7 [49.0 - 65.6]	80.1 [72.7 - 88.3]	< 0.001
Angry Reaction	41.0 [32.6 - 51.7]	61.9 [49.6 - 77.2]	0.010
Anger Expression Index	43.7 [35.4 - 54.0]	73.7 [64.8 - 83.8]	< 0.001
Anger Expression-Out	61.1 [54.9 - 68.1]	77.1 [69.0 - 86.3]	0.001
Anger Expression-In	56.1 [48.3 - 65.1]	76.6 [69.7 - 84.3]	0.001
Anger Control-Out	60.9 [53.0 - 69.9]	36.6 [28.3 - 47.3]	< 0.001
Anger Control-In	64.4 [56.5 - 73.4]	42.8 [33.9 - 54.1]	< 0.001

Note. * Generalized estimating equation model - group factor analysis; 95% CI - 95% confidence interval.

The patients' high scores in the state anger scales indicate that they were feeling angry at the time of data collection (S-Ang/F) and that they were probably willing to express their anger verbally (S-Ang/V) at that time. The design of the present study did not allow the identification and characterization of the type of anger experienced by these patients during data collection. However, according to observation, the case group tended to be momentarily angrier than the control group when the data were being collected.

The case group scored higher for the Trait Anger factor (72.4; SE = 5.6) than the control group (47.6; SE = 4.6) (GEE model; $p < 0.001$). People with high scores for this factor often experience feelings of anger and continually feel wronged by others or tend to feel more frustrated. The results showed that the case group had a greater tendency to

experience feelings of anger and irritation (T-Ang/T), as well as a greater likelihood to experience anger in response to frustrating events (T-Ang/R) than the control group ($p < 0.001$ and $p = 0.010$, respectively).

Regarding the ability to express anger, the results showed that the participants in the case group tended to express anger, both against others and against themselves, at a higher level than those in the control group. In fact, the estimated mean values of the T-scores of the AX-O and AX-I subscales were above 75, indicating 2.5 SD above the mean. In addition to this result, the ability to control anger of the case group was significantly lower than that of the control group (AC-O and AC-I; $p < 0.001$). Together, these results suggest that patients who attempted suicide tended to have no control over their anger, which resulted in chronic anger and increased risk of self-harm.

Odds Ratio of Anger Experiences to Predict Suicide Survivors Group

Conditional logistic regression models were used to identify the specific contribution of anger variables to predict people with suicidal behavior. Table 2 shows the odds ratios of the STAXI-2 factors to predict the case group. In model 1, covariates were the facets of the state anger domain. No facet of this domain made a statistically significant contribution to the prediction of participants who survived suicide. In model 2, covariates were the facets of the trait anger domain. The results indicated that with each one point added to the Angry Temperament scale, the chance of a person being classified as belonging to the case group increases by 4.3%. In model 3, covariates were the facets of the anger expression and anger control domain. As shown in Table 2, the anger feeling expressed against oneself was the anger facet that statistically contributed to identifying people who survived suicide. A one-point increase in the Anger Expression-In scale increases the chance of a person being classified as belonging to the case group by 3.6%. Finally, at the domain level, in model 4 we observed that the Anger Expression Index was the variable that most contributed to predicting the case group. A one-point increase in the Anger Expression Index scale increases the chance of a person being classified as belonging to the case group by 5.3%.

Table 2 – Odds ratio of anger facets and domains to predict suicide survivors

	OR	[95% CI]	p^*
Model 1 - State Anger domain			

Feeling Angry	1.018	[0.98 - 1.05]	0.291
Feel Like Expressing Anger Verbally	1.026	[0.96 - 1.10]	0.475
Feel Like Expressing Anger Physically	1.021	[0.89 - 1.17]	0.760
Model 2 - Trait Anger domain			
Angry Temperament	1.043	[1.01 - 1.08]	0.010
Angry Reaction	1.003	[0.99 - 1.02]	0.709
Model 3 - Anger Expression/Control domain			
Anger Expression-Out	1.013	[0.98 - 1.04]	0.397
Anger Expression-In	1.036	[1.01 - 1.07]	0.015
Anger Control-Out	0.993	[0.96 - 1.03]	0.711
Anger Control-In	0.967	[0.93 - 1.00]	0.081
Model 4 - Anger domains			
State Anger	1.003	[0.97 - 1.04]	0.873
Trait Anger	10.014	[0.99 - 1.04]	0.226
Anger Expression Index	1.053	[1.01 - 1.09]	0.007

Note. * Conditional regression; Control group = reference; OR - odds ratio; 95% CI - 95% confidence interval.

DISCUSSION

Our study aimed to understand the role of specific facets of anger in suicidal behavior. To do so, we evaluated the levels of different anger experiences in a group of 28 patients admitted to a Brazilian emergency hospital due to a suicide attempt and then we compared them to a matched control group. The results indicate that the case group presented more problems related to anger than the control group, which is consistent with the literature^{15,16}. However, the current study provides further information about the anger profile of people who have attempted suicide.

As mentioned earlier, anger can be experienced as an emotional state or a personality trait. The form of one's experience and how one interprets different stimuli as frustrating and/or provocative will also depend on individual tendencies, thus affecting how one manages anger impulses^{4,17}. These experiences of anger are related to suicidal behavior. In the current study, we found that two facets of anger that contribute most to identifying survivors of suicide are angry temperament and anger expressed against oneself.

The angry temperament is a facet of the trait anger domain and showed to be an important psychological characteristic of people who survived a suicide attempt. This result allows us to infer that patients who have attempted to take their own lives are highly sensitive to criticism, outrage, and negative evaluations. In such situations, they experience intense feelings of anger and have greater difficulty containing their aggressive impulses. The Trait Anger domain has been associated with developing

health problems such as coronary artery disease¹⁸, binge eating disorder¹⁹, bipolar and depressive disorders²⁰, alcohol and nicotine dependence^{21,22}, and increased suicide risk. Specifically, regarding the angry temperament facet, the result found in the current study indicates that clinicians must pay thorough attention to this feature. The angry temperament, defined in this study as a tendency to experience anger quickly and with little provocation⁴, showed to be a crucial risk factor for suicide attempt. In fact, a high level of angry temperament has been shown to be a predictor of aggressive behavior in a sample of patients who attempted suicide²³. The same authors also observed that angry temperament was a predictor of violent suicide attempts. It is known that, in general, patients hospitalized for attempted suicide tend to present high levels of aggressive profiles²⁴, with some differences by gender⁷. This leads us to think that people with angry temperaments are at high risk for suicidal behavior because their anger effects are easily elicited.

The other anger facet that contributed to predicting patients who have attempted suicide was anger expressed against oneself. We highlight the potentially harmful combination of these two facets (angry temperament and anger expressed against oneself) regarding suicidal behavior. Together, these facets lead us to infer that people who have angry temperament, who tend to be constantly irritated, and who express this anger against themselves may find suicide to be a (poorly adaptive) resource for handling the negative affects inherent to this psychological functioning profile. In fact, high levels of expression of anger against oneself showed to be a predictive factor for impulsive suicide attempts²³.

Anger can facilitate suicidal behavior through an individual's reduced ability to control or deal with the negative effects of anger¹⁰. Individuals with a history of suicide attempts tend to have limited perceptions of emotions²⁵, which may partly explain suicidal behavior as an alternative to deal with increased feelings of anger and as a potential mechanism for reducing the perceived negative effect¹⁰. Self-directed anger tends to weaken emotional self-regulation skills and make it difficult for a person to calm down autonomously, and this can limit the individual's ability to properly handle acute tendencies to die⁷. People with anger profiles may have difficulty dealing with acute urges to die by suicide when they arise⁷. Emotional fragility makes people vulnerable to actively thinking about suicide or actually engaging in suicidal behavior²⁶.

The psychological dynamics of people with angry temperaments, especially cases that express self-directed anger, seem to have some effect on suicide attempts²³. The act of trying to end life can be considered a nonverbal expression of anger due to a failure of intrapsychic communication¹⁵. That is, self-directed anger in greater intensity, typical of unstable temperament, increases the chance of tension discharge in one's body, which increases the risk of suicide. Psychological mediations are necessary so that anger is not discharged into the body as self-destructiveness. Through psychotherapeutic treatment, the patient can regulate anger and understand emotions, which helps in the prevention of suicidal behavior. Functional anger management can act as a protective factor in life. Some reasons that prevent people from committing suicide are related to not wanting to harm their children or causing suffering to their family²⁷. It is essential to understand the role of protective factors for suicidal behavior to increase the reasons for living in people at risk of suicide²⁸.

Some limitations should be considered in the present study. First, although a sample calculation was performed, the results of this cross-sectional study allow reliable interpretations only for the population in question. Also, the participants were hospitalized, and the hospital is an environment that they are not accustomed to and that triggers negative feelings for many people, which may somehow have affected the results. Another limitation is related to the menstrual period, which is a factor that could influence the women's responses because of its effects on their emotional state. That was not controlled for in data collection. Taking these limitations into account, our findings may suggest that people who experience intense rage and present a dysfunctional control of anger impulses are psychologically vulnerable to suicidal behavior.

CONCLUSION

After surveying the literature, we conclude that the STAXI-2 instrument is still little used in research and clinical evaluation. Given that anger influences the biological, psychological, and social aspects of a person's life, anger measurement should be further explored. More direct studies on the development of rage in the family environment (bonding and parental conduct) are suggested. We suspect that better data

on this topic could be of great importance in the **development of intervention and suicide prevention programs.**

FUNDING

This study was financed in part by the *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* - Finance Code 001 and by the Research Incentive Fund of the *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Rio Grande do Sul, Brazil.

DISCLOSURE STATEMENT

No potential conflict of interest was reported by the authors.

REFERENCES

1. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 2019;364:194.
2. Rodrigues CD, Souza DS, Rodrigues HM, Konstantyner TCRO. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(5):380-388.
3. World Health Organization (WHO). *Mental Health Action Plan 2013/2020* [Internet]. 2013 [cited 2020 Dec 09]. www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
4. Spielberger CD. *Manual do inventário de expressão de raiva como estado e traço (STAXI)*. São Paulo: Vetor; 2010.
5. Fernandez E, Johnson SL. Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clin Psychol Rev*. 2016;46:124-35.
6. Pickles A, Aglan A, Collishaw S, Messer J, Rutter M, Maughan B. Predictors of suicidality across the life span: The Isle of Wight study. *Psychol Med*. 2010;40(9):1453-66.
7. Zatti C, Oliveira SES, Guimarães LSP, Freitas LHM. Examination of Anger Expression in Female and Male Suicide. *Suicidol Online*. 2020;11:1.
8. Jha MK, Fava M, Minhajuddin A, Chin Fatt C, Mischoulon D, Cusin C, Trivedi MH. Association of anger attacks with suicidal ideation in adults with major depressive disorder: Findings from the EMBARC study. *US Psych*. 2020;1-10.

9. Shri C, Brown VJ, Dritschel B, Power K, Cook M. Understanding the relationship between suicidality, current depressed mood, personality, and cognitive factors. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;90(4):530-49.
10. Ammerman BA, Kleiman EM, Uyeji LL, Knorr AC, McCloskey MS. Suicidal and violent behavior: The role of anger, emotion dysregulation, and impulsivity. *Pers Individ Dif*. 2015;79:57-62.
11. Zatti C. Associação entre tentativa de suicídio e história de vivências traumáticas em pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre - RS. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Ciências do Comportamento) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. 2017.
Zatti C, Guimarães LSP, Soibelman M, Semensato MR, Bastos AG, Calegari VC, Freitas LHM. The association between traumatic experiences and suicide attempt in patients treated at the Hospital de Pronto Socorro in Porto Alegre, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother*. 2020;42(1):64-73.
12. Liang K-Y, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*. 1986;73(1):13-22.
13. Zeger SL, Liang KY. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *Biometrics*. 1986;42(1):121-30.
14. Kämpfer N, Staufienbiel S, Wegener I, Rambau S, Urbach AS, Mücke M, Geiser F, Conrad R. Suicidality in patients with somatoform disorder - the speechless expression of anger? *Psychiatry Res*. 2016;246(10):485-491.
15. Hawkins KA, Hames JL, Ribeiro JD, Silva C, Joiner TE, Cogle JR. (2014). An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *J Psychiatr Res*. 2014;50: 59-65.
16. Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ. Measuring the experience, expression, and control of anger. In H. Kassirer (Ed.), *Anger disorders: Definitions, diagnosis, and treatment* (pp. 49-67). Washington, DC: Taylor & Francis; 1995.
17. Schmidt KES, Quadros AS, Moura MR, Gottschall CAM, Schmidt MM. Anger and coronary artery disease in women submitted to coronary angiography: A 48-Month follow-up. *Arq Bras Cardiol*. 2018;111(3):410-416.
18. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Giacomo Rovera G. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *J Psychosom Res*. 2003;54(6):559-66.
19. Kang TU, Moon E, Choi Y, Suh H, Park JM, Lee BD, Lee YM, Jeong HJ, Kim SY, Lee K, Lim HJ, Yoon M. Anger-Related Characteristics According to Chronotypes in Bipolar or Depressive Disorders. *Psychiatry Investig*. 2020;17(9):880-888.
20. Patterson F, Kerrin K, Wileyto EP, Lerman C. Increase in anger symptoms after smoking cessation predicts relapse. *Drug Alcohol Depend*. 2008;1:95(1-2):173-6.
21. Sharma MK, Salim A. Suicidal behavior among alcohol dependents: Relationship with anger and personality dimensions. *Ind Psychiatry J*. 2014;23(1):61-4.

22. Giegling I, Olgiati P, Hartmann AM, Calati R, Möller HJ, Rujescu D, Serretti A. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *J Psychiatr Res.* 2009;43(16):1262-71.
23. Calegari VC, Zatti C, Bastos AG, Freitas LHM. Suicidal patients in a psychiatric emergency unit: clinical characteristics and aggression profile. *Trends Psychiatry Psychother.* 2019;41(1):9-17.
24. Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognit Ther Res.* 2012;36:833-39.
25. Barros J, Morales S, García A, Echávarri O, Fischman R, Szmulewicz M, Moya C, Núñez C, Tomicic A. Recognizing states of psychological vulnerability to suicidal behavior: a Bayesian network of artificial intelligence applied to a clinical sample. *BMC Psychiatry.* 2020; 20:138.
26. Morales S, Fischman R, Echávarri O, Barros J, Armijo I, Moya C, Maino MP, Núñez C. (2016). Vivencia-expresión de la rabia y razones para vivir en un grupo de pacientes Chilenos con riesgo suicida. *Rev Iberoamericana de Psic y Salud.* 2016;7:60-8.
27. Flowers KC, Walker RL, Thompson MP, Kaslow NJ. Associations between reasons for living and diminished suicide intent among African-American female suicide attempters. *J Nerv Ment Dis.* 2014; 202(8):569-575.

10 ARTIGO PID-5-BF: (TRENDS IN PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY)

Translation and cultural adaptation of the DSM-5 Personality Inventory – Brief Form (PID-5-BF)

Cleonice Zatti,¹ Sérgio Eduardo Silva de Oliveira,² Luciano Santos Pinto Guimarães,³ Vitor Crestani Calegario,⁴ Sílvia Pereira da Cruz Benetti,^{1,5} Fernanda Barcellos Serralta,⁵ Lucia Helena Machado Freitas^{1,3}

Abstract

Introduction: The Personality Inventory for the DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) – is an instrument for assessment of the five pathological personality traits from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5) alternative model of personality disorders.

Objectives: To determine the psychometric properties of the version of the PID-5-BF translated and adapted to Brazilian Portuguese.

Methods: The process of translating and cross-culturally adapting the text was carried out by independent translators and the resulting version was administered to 176 patients in two hospitals in Rio Grande do Sul. The internal structure was tested by means of confirmatory factor analysis. Evidence of reliability was tested by examining the internal consistency of the scales and their convergent and concurrent validity with other methods of psychopathology.

Results: The five factors were replicated in the present sample with adequate indicators of fit of the data to the model. Appropriate reliability coefficients for the scales and evidence of validity were observed, indicating the clinical usefulness of the PID-5-BF in the Brazilian context.

Conclusion: The psychometric properties of PID-5-BF proved satisfactory in an initial sample of Brazilians.

Keywords: Adaptation of instrument, evaluation in mental health, pathological personality traits.

Introduction

The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)¹ presents a new hybrid model for diagnosing personality disorders. The model includes a dimensional understanding of personality pathologies combined with a categorical perspective. In other words, patients can be classified into specific diagnostic categories based on a dimensional evaluation of the level of personality functioning (Criterion A) and of the pathological personality trait profiles

(Criterion B).^{1,2} This dimensional model was developed in response to the limitations of the pure categorical model, which resulted, for example, in classification of a broad range of symptomatic heterogeneity into single diagnostic categories and a high prevalence of diagnosis of personality disorders not otherwise specified, as seen in numerous studies.³⁻⁵

This new diagnostic model, with its criterion B, brought in an empirical model based on pathological personality traits. The results of initial studies indicated five broad factors that describe an individual's main

¹ Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil. ² Departamento de Psicologia Clínica e Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brazil. ³ Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brazil. ⁴ Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brazil. ⁵ Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS, Brazil.

Submitted Aug 06 2019, accepted for publication Feb 27 2020.

Suggested citation: Zatti C, Oliveira SES, Guimarães LSP, Calegario VC, Benetti SPC, Serralta FB, et al. Translation and cultural adaptation of the DSM-5 Personality Inventory – Brief Form (PID-5-BF). Trends Psychiatry Psychother. 2020;42(4):291-301. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0073>

maladaptive behaviors, beliefs, thoughts and feelings.³ These factors are negative affectivity, detachment, antagonism, disinhibition, and psychoticism, and they can be assessed using the Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5).³ This instrument is currently available in five formats: 1) the complete self-report version (PID-5), composed of 220 items³; 2) the other informant version (PID-5-IRF), containing 218 items⁶; 3) the self-report short form (PID-5-SF), containing 100 items⁷; 4) the self-report brief form (PID-5-BF), containing 25 items⁸; and 5) the self-report brief form plus (PID-5-BF+), containing 36 items to assess 18 facets organized into six broad factors covering the DSM-5 and International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11) personality pathology models.^{9,10} The sixth factor is related to the anankastic/compulsivity trait. The different versions of the PID-5 serve specific needs of clinicians and researchers. The focus of the current study is the Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF), which is well-known for being a quick tool for evaluating the five pathological personality traits according to the DSM-5 alternative model and is seen as a useful tool to aid decision-making in clinical settings.^{4,5}

As a measure for tracking personality pathology, the PID-5-BF has a number of potentially attractive characteristics, such as rapid verification of pathological personality traits, demanding little time to answer the questionnaire, and little time for the clinician to present results. Studies have shown that the PID-5-BF has adequate psychometric properties.^{2,5,11-13} In fact, the literature indicates a strong correspondence between scores on the complete version of the PID-5 and scores on the brief form (PID-5-BF).^{5,11,12} All of its factors have presented satisfactory indicators of reliability according to Cronbach's alpha and indicators of validity, showing a consistent nomological network between the PID-5-BF factor scores and scores from measures of psychiatric symptoms,^{2,5,11} the five-factor personality model,^{2,5,14} and other personality pathology models.¹¹⁻¹³

Considering the clinical and scientific utility of the PID-5-BF for estimating pathological personality traits, the present study aims to determine the initial psychometric properties of a Brazilian translated and adapted version of this instrument. The specific objectives were 1) to analyze the internal structure of the PID-5-BF, to verify whether the five factors would be detected in a Brazilian sample, 2) to investigate the degree of reliability of the scales, and 3) to examine the validity of the PID-5-BF scores by analyzing their associations with a selection of psychiatric syndromes. To this end, two studies were conducted. The objective of the first was to conduct the translation to Brazilian Portuguese

and cross-cultural adaptation of the items in the PID-5-BF, according to international recommendations on the cultural adaptation of instruments.^{6,7} The second study investigated the psychometric properties of the PID-5-BF in a sample of patients from two hospitals in the southern region of Brazil.

Study I: Translation and cross-cultural adaptation of the PID-5-BF for Brazil

The literature consistently recommends that any psychological instrument should undergo a rigorous process of translation and cultural adaptation before it is used in a country different from its origin.¹⁵ The procedures of translation and adaptation guarantee that the instrument has semantic, idiomatic, experimental, cultural, and conceptual equivalence with the original version. The objective of the present study was to translate and adapt the items of the PID-5-BF into Brazilian Portuguese, in order to guarantee its technical and clinical quality in Brazil. The authors of this article were granted authorization by Editora Artmed, which holds the exclusive rights for translation of the DSM-5 and supplementary material in Brazil.

Method

Translation and cross-cultural adaptation were conducted in six steps, which are recommended in the main guidelines for cross-cultural adaptation of instruments. Figure 1 contains a flowchart illustrating the steps taken to translate and cross-culturally adapt the PID-5-BF for the Brazilian language and culture.

Initially, (1) two translations were independently produced by two Brazilian professionals with broad knowledge of the English language. Next, (2) two professors of English, both of whom are natives of the United States but are living in Brazil and are fluent in Portuguese, carried out a back-translation from Brazilian Portuguese to English. The English versions were then sent to a fifth professional (3), an experienced psychiatrist, fluent in English and familiar with the PID-5-BF construct, who compared and evaluated the original items and the items from the two back-translated versions. This was a blind evaluation, since the professional did not know which items were from the original and which had been back-translated. Next, (4) the authors of the present study evaluated the versions in Portuguese, the original version, and the back-translated versions. All of them were compared and systematically reviewed, discussing the corresponding meanings in the Brazilian culture. The authors then constructed a Brazilian Portuguese version of the PID-

5-BF, taking into account the information collected in the previous steps. This last version was then administered to five graduate students in psychiatry (5). The objective of this stage was to verify whether patients would be able to understand the instructions and the items of the Brazilian Portuguese version of the PID-5-BF, and whether they would be able to properly respond to the items (response process). Finally, the necessary adjustments and revisions were made, to conclude the final version of the instrument in Brazilian Portuguese (6).

Results and discussion

Very few cultural adaptations were necessary. Three items were adapted in order to replace unfamiliar words. For example, the English expression "Zone Out" presented in the 23rd item was translated as "I go off air," which is a Brazilian expression that imparts the same meaning as the English expression and is familiar to Brazilians. In addition to employing procedures to maintain semantic equivalence between the original and translated versions of the instruments, operational equivalence was also prioritized. Therefore, the operational characteristics of the original instrument, such as the same number of questions and the same four response options, were maintained.

Based on the procedures used and the results found, we believe that the two versions of the PID-5-BF (i.e., the original and the Brazilian) are semantically and operationally equivalent. It is understood, therefore,

that the instrument can be used in Brazil and that possible differences between the results observed in the two cultures (the United States and Brazil) will not be due to semantic differences between the instrument versions, but rather due to cultural differences in expression of pathological personality traits.

Finally, it is worth mentioning that when this study began, the main authors of the current study were not aware that other versions of the PID-5 were under development.^{16,17} The authors compared the versions of the instrument and found that they were very similar. Once the authors became acquainted with the Brazilian Portuguese version of the full PID-5,¹⁷ they decided to use the items from the full version, to maintain continuity between the two versions of the instruments (i.e., the full and the brief forms). The Brazilian version used in this study can be requested from the author by email.

Study II: Psychometric study of the Brazilian version of the PID-5-BF

Notwithstanding the need to conduct a process of cross-cultural adaptation of an instrument to guarantee its comparability in other cultures, it is also necessary to evaluate its psychometric properties in these new populations. The degree of precision of its items for estimating latent traits in the new target population must be verified and the instrument's validity must

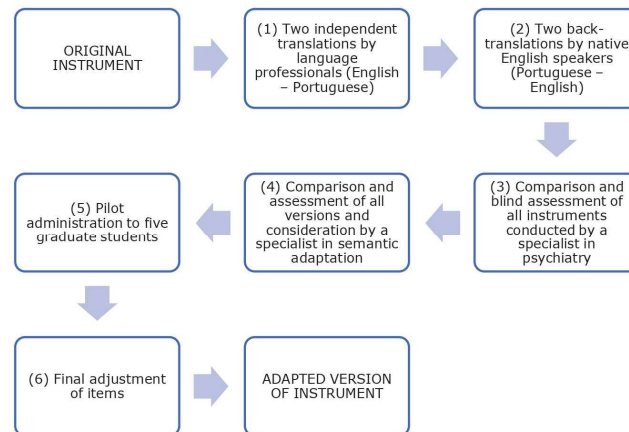


Figure 1 - Flowchart of procedures for translation and cross-cultural adaptation of the Personality Inventory for the DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF)

Translation and adaptation of the PID-5-BF - Zatti et al.

also be examined. The aim of the current study was therefore to verify the validity and reliability of the Brazilian version of the PID-5-BF.

Method

Participants

A total of 176 individuals were recruited at two public hospitals in the State of Rio Grande do Sul and participated in this study. The hospitals involved were the Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, southern Brazil (HPS), and the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Santa Maria, southern Brazil. At the HPS, data were collected on 84 people, either inpatients or people being treated in the emergency room, and at the HUSM the participants were 92 subjects being treated at the Integrated Care Center for Accident Victims (Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidentes [CIAVA]).

Instruments

Sociodemographic questionnaire. A questionnaire was drawn up to obtain general information about the participants, such as sex, age, years of study, income, marital status, and occupation.

Personality Inventory for the DSM-5 - Brief Form (PID-5-BF). The instrument comprises 25 items, with a four-point Likert response scale (0 = never to 3 = always), evaluating the five pathological personality traits, namely, negative affectivity, detachment, antagonism, disinhibition and psychoticism. As previously reported, this instrument presents adequate psychometric properties.^{2,5,11-14}

Mini-International Neuropsychiatric Interview - Plus (MINI). This is a brief and standardized diagnostic interview lasting 15 to 30 minutes that evaluates the criteria for the main mental disorders described in DSM-IV. The Brazilian version was used, since it has shown adequate psychometric properties. The coefficients for interexaminer agreement and test-retest reliability were above 0.75 for all diagnoses except current manic episode (0.35).¹⁸

Procedures

Data collection at the HPS was conducted by a psychologist-researcher with experience with hospitalized patients. While evaluating the hospitalized patients' conditions, the researcher also explained to them the objectives of the study and presented them with a copy of the free and informed consent form. Once the inclusion criteria had been verified and the participant had given consent for enrollment, the sociodemographic questionnaire with questions covering general information was then administered, followed by

the PID-5-BF, to evaluate pathological personality traits and, finally, the MINI, to assess mental disorders.

Data were collected at the HUSM by a group of researchers at the hospital and participants were referred from the CIAVA. The researchers explained the objectives of the research and presented the Free and Informed Consent Form. Once the inclusion criteria had been verified and the participant had given consent for enrollment, and after each patient had been seen by the outpatient service, they were then taken to a private consultation room and the instruments were administered, following the same order of administration as at the HPS.

Data analysis

Initially, we explored the sociodemographic variables to describe participants' characteristics. Next, confirmatory factor analysis (CFA) was conducted to examine the internal structure of the Brazilian version of the PID-5-BF. MPlus software (version 7.40) was used for this analysis. The fit to the data was analyzed using the comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), root mean square error of approximation (RMSEA), and weighted root mean square residual (WRMR). The cut-off criteria for acceptable model fit are ≥ 0.90 for CFI/TLI, < 0.08 for RMSEA, and < 1.0 for WRMR.¹⁹⁻²³

Reliability was examined in terms of internal consistency coefficients. Cronbach's alpha and McDonald's omega were calculated.^{24,25} Coefficients for average variance extracted (AVE) and composite reliability (CR) were also used.^{19,23,26} Calculations to determine CR and AVE are based on the estimated parameters of the CFA. Values for AVE equal to or greater than 0.50 are considered indicative of adequate model fit.^{19,23} The recommendation for CR is values < 0.70 or even < 0.60 .²⁶

Validity was investigated by measuring correlations between the PID-5-BF factors, the MINI suicide risk scale, and the total number of diagnoses identified by the MINI. These two external criteria were chosen because they were variables registered in a non-binary way in the database. Our hypothesis, based on the results of previous research, was that pathological personality traits are related to suicidal behavior²⁷ and to the number of mental disorder diagnoses.²⁸ We also examined the PID-5-BF score's ability to differentiate patients with different diagnostic categories, using the Mann-Whitney U-Test. Finally, Hierarchical Logistic Regression models were constructed to verify the individual contribution made by PID-5-BF factors to prediction of different mental disorder categories. Models were constructed in two steps, by forced entry.

Translation and adaptation of the PID-5-BF - Zatti et al.

In the first step, the variables sex, age, and years of study were added and then the PID-5-BF factor scores were added in the second step. The models' fit indexes were determined and residuals were analyzed.

Ethical aspects

All participants were given the necessary explanations regarding the procedures involved in the research. The study is registered under ethics commission submission protocol number 44823315.1.0000.5327. It

was approved by the research ethics commissions of HCPA, of the Porto Alegre Municipal Health Department (certificate 1.180.317), and of Universidade Federal de Santa Maria (certificate 39906414.8.0000.5346).

Results

Table 1 presents the sociodemographic data for the sample, comprising individuals recruited at the HPS and the HUSM. There was a greater proportion of participants in psychiatric services at the HUSM than at

Table 1 - Sociodemographic data for the sample

	Total	HPS	HUSM	p
Sex*				
Men	87 (49.4)	39 (46.4)	48 (52.2)	0.542
Women	89 (50.6)	45 (53.6)	44 (47.8)	
Age (years) [†]				
Mean (SD)	32.7 (11.5)	35.6 (12.8)	30.1 (9.5)	0.019
Median [q1;q3]	29 [23;41]	34 [23;44.75]	26 [23;35]	
Years of study, [†] median [q1;q3]	13 [9;15]	10 [7;12.3]	14 [13;16]	<0.001
Family income (R\$), [†] median [q1;q3]	2,000 [1,000;3,500]	2,000 [1,260;3,650]	1,600 [800;3,200]	0.027
Marital status*				
W/o steady partner	85 (48.6)	30 (35.7)	55 (60.4)	
With steady partner	70 (40)	41 (48.8)	29 (31.9)	
Widowed	3 (1.7)	1 (1.2)	2 (2.2)	
Separated	17 (9.7)	12 (14.3)	5 (5.5)	
Occupation*				
Unemployed	33 (18.9)	22 (26.5)	11 (12.0)	< 0.001
Employed	94 (53.7)	37 (44.6)	57 (62.0)	
Retired	6 (3.4)	6 (7.2)	0 (0)	
On leave	16 (9.1)	9 (10.8)	7 (7.6)	
Self-employed	6 (3.4)	6 (7.2)	0 (0)	
Student	20 (11.4)	3 (3.6)	17 (18.5)	
Psychiatric history*				
No	132 (75)	62 (73.8)	70 (76.1)	0.862
Yes	44 (25)	22 (26.2)	22 (23.9)	
Psychiatric treatment*				
No	117 (66.5)	73 (86.9)	44 (47.8)	< 0.001
Yes	59 (33.5)	11 (13.1)	48 (52.2)	
Psychological treatment*				
No	125 (71.8)	68 (81.0)	57 (63.3)	0.016
Yes	48 (27.6)	16 (19.0)	32 (35.6)	
Treatment*				
No	103 (58.9)	62 (73.8)	41 (45.1)	< 0.001
Yes (psychiatric or psychological)	35 (20)	5 (6.0)	30 (33.0)	
Yes (psychiatric and psychological)	37 (21.1)	17 (20.2)	20 (22.0)	

Data presented as n (%), unless otherwise specified.

HPS = Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre; HUSM = Hospital Universitário de Santa Maria; q1;q3 = first and third quartiles; SD = standard deviation.

Bold type indicates that adjusted standardized residuals are greater than or equal to 1.96.

* Categorical variables analyzed using the chi-square test.

[†] Quantitative variables analyzed using the Mann-Whitney test.

Translation and adaptation of the PID-5-BF - Zatti et al.

the HPS. Additionally, the participants from the HUSM tended to be younger, but with more years in education, had lower family income, and more occupational activity (i.e. working or studying), and had fewer stable intimate relationships, than the participants from HPS.

The internal structure of PID-5-BF was tested using CFA and the results are shown in Table 2. Acceptable fit indexes were achieved for CFI (0.91), TLI (0.90), and RMSEA (0.07; 90% confidence interval = 0.06-0.08). The chi-square statistic value was 493.777 ($g/df = 265$; $p < 0.001$) and the WRMR was 1.084. Factor

loadings were all above 0.50 except for item 13 in the detachment factor ($\lambda = 0.43$).

The reliability of the scales was estimated using several strategies (see results in Table 2). The results were adequate for all scales except antagonism. All scales had adequate results for the CR and AVE coefficients.

The validity of the PID-5-BF was analyzed by correlating its scores with the participants' degree of suicide risk and with the total number of diagnoses of mental disorders according to the MINI-Plus.¹⁸ Table 3

Table 2 - Confirmatory factor analysis of the PID-5-BF, reliability coefficients and correlations among factors

Item	Negative affectivity	Detachment	Antagonism	Disinhibition	Psychoticism	Residual variance
8	0.525	-	-	-	-	0.557
9	0.642	-	-	-	-	0.317
10	0.721	-	-	-	-	0.446
11	0.833	-	-	-	-	0.202
15	0.710	-	-	-	-	0.363
4	-	0.893	-	-	-	0.484
13	-	0.427	-	-	-	0.411
14	-	0.703	-	-	-	0.725
16	-	0.727	-	-	-	0.588
18	-	0.708	-	-	-	0.481
17	-	-	0.796	-	-	0.306
19	-	-	0.632	-	-	0.370
20	-	-	0.583	-	-	0.818
22	-	-	0.672	-	-	0.505
25	-	-	0.716	-	-	0.496
1	-	-	-	0.666	-	0.471
2	-	-	-	0.826	-	0.367
3	-	-	-	0.744	-	0.498
5	-	-	-	0.798	-	0.601
6	-	-	-	0.718	-	0.660
7	-	-	-	-	0.767	0.348
12	-	-	-	-	0.794	0.548
21	-	-	-	-	0.808	0.472
23	-	-	-	-	0.727	0.276
24	-	-	-	-	0.851	0.487
AVE	0.481	0.501	0.467	0.566	0.625	
CR	0.862	0.816	0.822	0.844	0.880	
Omega [95%CI]	0.765 [0.703-0.826]	0.752 [0.684-0.820]	0.519 [0.258-0.780]	0.811 [0.760-0.863]	0.820 [0.743-0.896]	
Alpha [95%CI]	0.758 [0.694-0.821]	0.754 [0.685-0.823]	0.560 [0.409-0.784]	0.805 [0.750-0.860]	0.823 [0.747-0.900]	
Negative affectivity	-	-	-	-	-	
Detachment	0.730	-	-	-	-	
Antagonism	0.547	0.767	-	-	-	
Disinhibition	0.722	0.739	0.660	-	-	
Psychoticism	0.777	0.823	0.684	0.764	-	

95%CI = 95% confidence interval; AVE = average variance extracted; CR = composite reliability; PID-5-BF = Personality Inventory for the DSM-5 - Brief Form.

Table 3 - Correlation of the PID-5-BF scales with degree of suicide risk and number of diagnoses according to the MINI-Plus

Domains of the PID-5-BF	Suicide risk, rho (p)	Number of diagnoses, rho (p)
Negative affectivity	0.367 (< 0.001)	0.519 (< 0.001)
Detachment	0.498 (< 0.001)	0.528 (< 0.001)
Antagonism	0.283 (< 0.001)	0.303 (< 0.001)
Disinhibition	0.487 (< 0.001)	0.501 (< 0.001)
Psychoticism	0.384 (< 0.001)	0.476 (< 0.001)
PID-5-BF total	0.514 (< 0.001)	0.635 (< 0.001)

MINI-Plus = Mini-International Neuropsychiatric Interview - Plus; PID-5-BF = Personality Inventory for the DSM-5 - Brief Form.

presents the correlation coefficients obtained by these criteria. The detachment and disinhibition factors presented the strongest correlation coefficients with suicide risk. The strongest correlations with the total number of diagnoses were for detachment, negative affectivity, and disinhibition.

Another investigation of validity compared the scores of the PID-5-BF between participants who either did or

did not fulfill the criteria for a mental disorder according to the MINI-Plus. Table 4 presents the results obtained. For this analysis, disorder categories were grouped as follows: mood disorders included depressive disorder, dysthymia, and bipolar disorder; anxiety disorders included social phobia, agoraphobia, panic disorders, and generalized anxiety disorder; and eating disorders included bulimia and anorexia nervosa. Obsessive-

Table 4 - Comparison of PID-5-BF scores by diagnoses identified by the MINI-Plus

	Mood disorders			Anxiety disorders			Obsessive-compulsive disorder		
	No (n = 113) q2 [q1;q3]	Yes (n = 55) q2 [q1;q3]	p	No (n = 107) q2 [q1;q3]	Yes (n = 61) q2 [q1;q3]	p	No (n = 159) q2 [q1;q3]	Yes (n = 9) q2 [q1;q3]	p
Negative affectivity	1.2 [0.8;1.6] Z = -4.994; ES = -0.39	1.6 [1.2;2.4]	< 0.001	1.2 [0.8;1.6] Z = -5.315; ES = -0.41	1.8 [1.2;2.4]	< 0.001	1.2 [0.8;1.8] Z = -3.865; ES = -0.30	2.4 [2.0;3.0]	< 0.001
Detachment	0.4 [0.2;0.8] Z = -6.779; ES = -0.52	1.2 [0.8;1.8]	< 0.001	0.6 [0.2;1.0] Z = -3.815; ES = -0.30	1.0 [0.4;1.6]	0.005	0.6 [0.2;1.0] Z = -4.198; ES = -0.32	1.8 [1.4;2.4]	0.011
Antagonism	0.4 [0.2;0.6] Z = -4.162; ES = -0.32	0.8 [0.4;1.2]	< 0.001	0.4 [0.2;0.6] Z = -2.825; ES = -0.22	0.6 [0.2;1.2]	< 0.001	0.4 [0.2;0.8] Z = -2.537; ES = -0.20	1.2 [0.8;1.6]	< 0.001
Disinhibition	0.6 [0.3;0.8] Z = -5.001; ES = -0.39	1.2 [0.6;2.0]	< 0.001	0.6 [0.3;1.0] Z = -4.430; ES = -0.34	1.0 [0.6;1.8]	< 0.001	0.6 [0.4;1.0] Z = -4.541; ES = -0.35	2.2 [2.0;2.2]	< 0.001
Psychoticism	0.2 [0.0;0.6] Z = -4.473; ES = -0.35	0.8 [0.2;1.4]	< 0.001	0.2 [0.0;0.6] Z = -4.964; ES = -0.38	0.6 [0.2;1.4]	< 0.001	0.4 [0.0;0.8] Z = -3.732; ES = -0.29	1.4 [1.0;3.0]	< 0.001
PID-5-BF total	0.6 [0.4;0.8] Z = -6.992; ES = -0.54	1.2 [0.8;1.7]	< 0.001	0.6 [0.4;0.8] Z = -5.793; ES = -0.45	1.1 [0.7;1.5]	< 0.001	0.7 [0.5;1.0] Z = -4.542; ES = -0.35	1.9 [1.7;2.3]	< 0.001
	Post-traumatic stress disorder			Psychotic syndrome			Eating disorders		
	n = 136	n = 32	p	n = 152	n = 16	p	n = 165	n = 3	p
Negative affectivity	0.6 [0.2;1.0] Z = -3.238; ES = -0.25	1.2 [0.6;1.6]	< 0.001	0.6 [0.2;1.0] Z = -4.834; ES = -0.37	1.6 [1.3;2.3]	< 0.001	0.6 [0.2;1.2] Z = -2.285; ES = -0.18	2.4 [0.8;2.4]	0.035
Detachment	0.4 [0.2;0.8] Z = -3.593; ES = -0.28	0.6 [0.3;1.2]	0.027	0.4 [0.2;0.8] Z = -4.302; ES = -0.33	1.1 [0.6;1.5]	< 0.001	0.4 [0.2;0.8] Z = -2.106; ES = -0.16	1.4 [0.4;3.0]	0.079
Antagonism	0.6 [0.4;1.2] Z = -2.205; ES = -0.17	1.0 [0.6;1.7]	0.006	0.6 [0.4;1.0] Z = -3.768; ES = -0.29	2.2 [1.9;2.5]	< 0.001	0.6 [0.4;1.2] Z = -1.757; ES = -0.14	2.2 [1.6;2.6]	0.011
Disinhibition	0.4 [0.0;0.6] Z = -2.775; ES = -0.21	0.7 [0.2;1.4]	< 0.001	0.4 [0.0;0.6] Z = -5.059; ES = -0.39	1.4 [0.8;2.8]	< 0.001	0.4 [0.0;0.8] Z = -2.554; ES = -0.20	1.2 [0.6;3.0]	0.045
Psychoticism	0.6 [0.4;0.9] Z = -3.676; ES = -0.28	1.1 [0.8;1.4]	< 0.001	0.6 [0.4;1.0] Z = -4.583; ES = -0.35	1.8 [1.3;2.1]	< 0.001	0.7 [0.5;1.1] Z = -2.004; ES = -0.16	1.9 [1.1;2.7]	0.016
PID-5-BF total	1.2 [0.8;1.6] Z = -4.166; ES = -0.32	1.8 [1.3;2.2]	0.001	1.2 [0.8;1.6] Z = -5.443; ES = -0.42	2.4 [1.7;2.8]	< 0.001	1.4 [0.8;1.8] Z = -2.399; ES = -0.19	2.0 [2.0;3.0]	0.022

ES = effect size; MINI-Plus = Mini-International Neuropsychiatric Interview - Plus; PID-5-BF = Personality Inventory for the DSM-5 - Brief Form; q1 = first quartile (25%); q2 = second quartile (50%); q3 = third quartile (75%); Z = Z score.

Translation and adaptation of the PID-5-BF - Zatti et al.

Table 5 - Hierarchical logistic regression model using the PID-5-BF total score as predictor for diagnosis of some of the mental disorders identified by the MINI-Plus

	OR	95%CI	p		OR	95%CI	p
Mood disorders (yes = 54 vs. no = 112)				Psychotic syndrome (yes = 16 vs. no = 150)			
Male sex	0.387	0.153-0.977	0.044	Detachment	0.874	0.404-1.892	0.733
Age	1.030	0.992-1.070	0.118	Antagonism	1.178	0.474-2.924	0.725
Years of study	0.935	0.842-1.038	0.206	Disinhibition	1.786	0.840-3.799	0.132
Negative affectivity	1.035	0.484-2.214	0.930	Psychoticism	3.191	1.281-7.948	0.013
Detachment	5.142	2.083-12.690	0.000	Psychotic syndrome (yes = 16 vs. no = 150)			
Antagonism	1.975	0.700-5.575	0.199	Male sex	0.691	0.118-4.064	0.683
Disinhibition	2.036	0.884-4.689	0.095	Age	0.923	0.844-1.008	0.075
Psychoticism	1.074	0.437-2.635	0.877	Years of study	0.838	0.658-1.067	0.152
Post-traumatic stress disorder (yes = 31 vs. no = 135)				Negative affectivity	2.691	0.619-11.690	0.187
Male sex	0.128	0.040-0.412	0.001	Detachment	1.041	0.230-4.717	0.958
Age	1.003	0.963-1.045	0.871	Antagonism	1.335	0.262-6.810	0.729
Years of study	1.148	1.018-1.295	0.024	Disinhibition	5.521	1.388-21.966	0.015
Negative affectivity	1.285	0.549-3.009	0.563	Psychoticism	2.607	0.726-9.356	0.142
Detachment	1.638	0.692-3.880	0.262	Any disorder (yes = 88 vs. no = 78)			
Antagonism	2.492	0.969-6.404	0.058	Male sex	0.212	0.095-0.475	0.000
Disinhibition	1.171	0.501-2.739	0.715	Age	1.012	0.978-1.048	0.495
Psychoticism	1.405	0.593-3.328	0.440	Years of study	0.974	0.887-1.071	0.591
Anxiety disorders (yes = 61 vs. no = 105)				Negative affectivity	1.701	0.820-3.528	0.153
Male sex	0.383	0.171-0.857	0.020	Detachment	3.239	1.366-7.681	0.008
Age	0.993	0.960-1.027	0.670	Antagonism	0.212	0.095-0.475	0.000
Years of study	1.022	0.929-1.125	0.653	Disinhibition	1.012	0.978-1.048	0.495
Negative affectivity	1.990	0.969-4.085	0.061	Psychoticism	0.974	0.887-1.071	0.591

95%CI = 95% confidence interval; OR = odds ratio; p = statistical probability value, PID-5-BF = Personality Inventory for the DSM-5 - Brief Form.

compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, and psychotic syndrome were not grouped into any specific categories.

The main differences between participants with or without mood disorders were identified in scores for the detachment and negative affectivity factors, respectively. The anxiety disorders group differed mainly in terms of the negative affectivity, psychoticism, and disinhibition factors. For the obsessive-compulsive disorder category, disinhibition, detachment, and negative affectivity factors exhibited the main differences. The post-traumatic stress disorder category was differentiated mainly by the negative affectivity factor. The factors that differentiated groups of participants with or without psychotic syndrome, were disinhibition, negative affectivity, and psychoticism. The greatest differences for the eating disorders category were identified in the disinhibition, negative affectivity, and detachment factors.

Finally, the personality characteristic most associated with mood disorders was detachment. For anxiety disorders, psychoticism was the variable that showed an effect between groups. Psychoticism increased the chances of having anxiety disorder by almost 3.2. The mental disorder psychotic syndrome was associated

with the disinhibition variable. This finding should be interpreted with caution, because the confidence interval is wider than the others. Detachment was the most prominent factor in the analyses of screening positive for any disorder. Having Detachment increased the chance of being diagnosed with a mental disorder by 3.2. After controlling for sex and years of study, none of the personality variables were associated with PTSD (see Table 5). The obsessive-compulsive disorder and eating disorders categories were not analyzed because fewer than 10 cases screened positive for them, which meant that analysis was unfeasible.

Discussion

The present study aimed to present the procedures used for the cross-cultural adaptation of the PID-5-BF for the Brazilian culture and to investigate its psychometric properties in a sample of patients from two public hospitals in the southern region of Brazil. In general, the results indicated that the Brazilian version of the PID-5-BF has semantic and operational equivalence with the original version, guaranteeing the

possibility of comparing intercultural data. Additionally, adequate psychometric properties were observed, suggesting that the Brazilian version of the PID-5-BF is a valid and reliable method for estimating pathological personality traits according to the DSM-5 model. Next, certain results found in the present study are discussed in detail which may contribute to understanding the DSM-5 model of pathological personality traits.

Replicability of the five-factor structure of the DSM-5 pathological personality traits model

The five factors of pathological personality structure were replicated in the present study. The restrictive methodological approach, that is, the CFA used here, shows that the data had an acceptable fit to the theoretical model. Previous studies using PID-5-BF have empirically recovered the five factors.^{2,5,11-14} This consistency across different studies and samples, including different cultures, such as the French,² the Italian,¹³ the European Portuguese,⁵ the Argentinian,¹⁴ and the Danish¹² cultures, may suggest the universality of the pathological traits of the personality.

The residuals observed in our study (WRMR) remained a little above what we expected (> 1.00). We believe that this may be due to the restrictiveness of the model tested, because it makes cross-loadings impossible even though the DSM-5 pathological personality model is complex and dynamic.³ In any case, the results found here indicate that the Brazilian data adequately fit the model.

Reliability of the PID-5-BF for estimating pathological personality traits

In the present study, several different methods for estimation of internal consistency were used to enable a careful examination of the adequacy of the items for representing latent traits. Detachment, disinhibition, and psychoticism factors had adequate coefficients for all four methods used. The negative affectivity factor had adequate coefficients for three of the four methods, but the antagonism factor had just one adequate coefficient. Other studies have reported slightly more robust reliability coefficients for antagonism (0.62⁵; 0.68²), but none have reported coefficients higher than 0.60. We therefore suggest investigating the reliability of this factor in other samples, preferably larger than the one studied here. Nevertheless, the CR coefficient suggests the factor has adequate reliability.²⁶

Validity of the Brazilian version of the PID-5-BF

The validity of the PID-5-BF was examined in different ways. Initially, the correlations of the PID-5-BF scores with the level of suicide risk and with the

number of mental disorders screened positive by the MINI-Plus were evaluated. The literature points to a relationship between suicidal behavior and the presence of personality pathologies.^{29,30} This relationship was especially evident for the detachment and disinhibition factors. In other words, traits of social isolation and constricted affect, together with compulsive and erratic behavior, tend to be associated with suicidal thoughts and behaviors. Social isolation is considered a factor that increases the risk of suicide,³¹ as is a failure in the capacity for premeditation, that is, of a person behaving without considering potential consequences of their action.³² People with impulsive traits, a prior attempt, behaving in a non-planned manner, and together with the appearance of possible stressful life events, should be seen as at risk of the possibility of a possibly lethal suicide attempt.³³ Furthermore, the level of disinhibition may be indicative of the speed with which a person moves from thought to action. Based on these findings, we suggest that clinicians evaluate the risk of suicide in patients who score high on the detachment and disinhibition factors, because, as described in the literature, these factors are related to suicidal behaviors and thoughts.^{33,34}

Our results are intriguing, since the negative affectivity variable is usually a predictor of mental disorder, whereas in our analysis this factor had a negative result. The psychotic syndrome variable was associated with the disinhibition factor, and a group that was positive would have problems controlling behavior. The psychopathological status of anxiety disorders was associated with the psychoticism variable, and this group of people may present eccentric changes, perceptions, thinking, and behavior. The leading variable related to psychotic disorder was disinhibition and common characteristics within this framework are impulsivity and erratic behavior. Among the analyses for diagnosis of any disorder, the particularity most common was detachment which indicates that people with mental disorders have problems in their social relationships. It should be noted that our initial hypothesis was that the PID-5 variable psychoticism would be within the psychotic syndrome framework of the MINI-Plus. Psychoticism was present in the framework of anxiety disorders. What should be observed is that people with anxiety disorders have difficulty with reality, behavior and perception.

Another expectation of the present study was that PID-5-BF factors would correlate with the total number of mental disorders screened positive. New taxonomic models of mental disorders have incorporated pathological personality traits together with symptoms of mental disorders in order to examine the latent

Translation and adaptation of the PID-5-BF - Zatti et al.

structure of pathological mental functioning.³⁵⁻³⁷ At the highest level of the hierarchy of this model, one finds a general factor of psychopathology characterized by an individual's propensity to exhibit diffuse and varied disorders. It is therefore expected that the greater the number of mental disorders a person exhibits, the broader the diffusion of symptomatology and the greater the odds of exhibiting pathological personality traits.

Another strategy to verify the validity of the PID-5-BF was to compare scores obtained in different diagnostic categories. The disinhibition and negative affectivity factors discriminated between groups the most. These factors refer, in general, to a failure in behavioral and emotional control,¹ and are common problems in the various different types of mental disorders.

Limitations of the study

The present study was conducted with a sample of hospital patients who did not necessarily have any mental disorders. The sample comprised a small number of hospital patients from just two hospitals in the southern region of Brazil. Moreover, the majority of the disorders identified in the study were based on internalizing spectra, with only a few subjects showing disturbed thoughts and externalizing problems. It is also worth mentioning that the MINI-Plus was applied and scored by just one trained clinician and there was no opportunity to check the reliability of classifications. In the analyses of the MINI-Plus against the PID-5, the n(Positive) was low compared with n(Negative). Further investigation is required to obtain more robust results.

It is therefore not recommended that the results found here be generalized. Before this, new studies should be made using different samples and larger numbers of participants.

Conclusion

The objective of the present study was to investigate the initial psychometric properties of the PID-5-BF in a Brazilian sample. The results indicate the instrument's adequacy as a measure for identifying pathological personality traits among Brazilian patients in a hospital setting. The five-factor structure was confirmed in the present sample and there were satisfactory indicators of the scale's reliability. We recommend further investigation of the reliability of the antagonism factor to clarify the scale's adequacy for estimating this latent trait. The PID-5-BF scores were related to symptoms of different mental disorders, suggesting both the validity of the instrument and the theoretical proposition of a dimensional model of psychopathology.

300 – Trends Psychiatry Psychother. 2020;42(4)

Acknowledgements

This study received financial support in part from the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES; Finance Code 001), and by Fundo de Incentivo à Pesquisa of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil.

Disclosure

No conflicts of interest declared concerning the publication of this article.

References

1. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Combaluzier S, Gouvernet B, Menant F, Rezaei A. Validation d'une version française de la forme brève de l'inventaire des troubles de la personnalité pour le DSM-5 (PID-5 BF) de Krueger. *L'Encéphale*. 2018;44:9-13.
3. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*. 2012;42:1879-90.
4. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *J Pers Disord*. 2005;19:110-30.
5. Pires R, Ferreira AS, Guedes D, Gonçalves B, Calado JH. A study of the psychometric qualities of the Portuguese version of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Full Version, Reduced Form and Brief Form. *RIDEP*. 2018;47:197-212.
6. Markon KE, Quilty LC, Bagby RM, Krueger RF. The development and psychometric properties of an informant-report form of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). *Assessment*. 2013;20:370-83.
7. Maples JL, Carter NT, Few LR, Crego C, Gore WL, Samuel DB, et al. Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychol Assess*. 2015;27:1195-210.
8. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. The Personality Inventory for DSM-5, Brief Form (PID-5-BF) – Adult. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
9. Kerber A, Schultze M, Müller S, Wright AGC, Spitzer C, Krueger RF, et al. Development of a short and ICD-11 compatible measure for DSM-5 maladaptive personality traits using ant colony optimization algorithms [Internet]. *PsyArXiv*; 2019. <https://doi.org/10.31234/osf.io/rsw54>
10. Bach B, Kerber A, Aluja A, Bastiaens T, Keeley J, Claes L, et al. International assessment of DSM-5 and ICD-11 personality disorder traits: toward a common nosology in DSM-5. *Psychopathology*. 2020 May 5:1-10. doi: 10.1159/000507589. [Epub ahead of print]
11. Anderson JL, Sellbom M, Salekin RT. Utility of the Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) in the measurement of maladaptive personality and psychopathology. *Assessment*. 2018;25:596-607.
12. Bach B, Maples-Keller JL, Bo S, Simonsen E. The alternative DSM-5 personality disorder traits criterion: a comparative examination of three self-report forms in a Danish population. *Personal Disord*. 2016;7:124-35.
13. Fossati A, Somma A, Borroni S, Markon KE, Krueger RF. The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form: evidence for reliability and construct validity in a sample of community-dwelling Italian adolescents. *Assessment*. 2017;24:615-31.
14. Góngora VC, Solano AC. Pathological personality traits (DSM-5), risk factors and mental health. *SAGE Open*. 2017;7:2158244017725129.

Translation and adaptation of the PID-5-BF - Zatti et al.

15. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica*. 2005;21:436-48.
16. Barchi-Ferreira AM, Loureiro SR, Torres AR, da Silva TDA, Moreno AL, de Sousa DA, et al. Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): cross-cultural adaptation and content validity in the Brazilian context. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019;41:297-00.
17. Lugo V, Oliveira SES, Hessel CR, Monteiro RT, Pasche NL, Pavan G, et al. Evaluation of DSM-5 and ICD-11 personality traits using the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in a Brazilian sample of psychiatric inpatients. *Personal Ment Health*. 2019;13:24-39.
18. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Braz J Psychiatry*. 2000;22:106-15.
19. Hair JR, Black WC, Babin BJ, Anderson REE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. 6th ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2006.
20. Schwab JA. Multinomial logistic regression: basic relationships and complete problems [Internet]. 2002 [cited 2018 Jan 22]. <http://www.utexas.edu/courses/schwab/sw388r7/solvingproblems>
21. Muthén LK, Muthén BO. *Mplus user's guide*. Los Angeles: Muthén & Muthén; 2012.
22. Hair JR, Black WC, Babin BJ, Anderson REE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
23. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Mark Res*. 1981;18:39-50.
24. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-34.
25. Dunn TJ, Baguley T, Brunson V. From alpha to omega: a practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *Br J Psychol*. 2014;105:399-412.
26. Peterson RA, Kim Y. On the relationship between coefficient alpha and composite reliability. *J Appl Psychol*. 2013;989:194-8.
27. Linehan MM, Rizvi S, Welch SS, Page B. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. In: *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Hoboken: John Wiley; 2008. p. 147-78.
28. Blackburn R, Logan C, Donnelly J, Renwick S. Personality disorders, psychopathy and other mental disorders: co-morbidity among patients at English and Scottish high-security hospitals. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2003;14:111-37.
29. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Joiner TE, Rudd MD. Personality disorder symptoms and suicidality: low desire and high plans for suicide in military inpatients and outpatients. *J Pers Disord*. 2017;31:145-55.
30. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143:187-232.
31. Hall-Lande JA, Eisenberg ME, Christenson SL, Neumark-Sztainer D. Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence*. 2007;42:265-86.
32. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Skodol AE, Grilo CM, Edelen MO, et al. Personality traits as prospective predictors of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120:222-9.
33. Goñi-Sarriés A, Blanco M, Azcárate L, Peinado R, López-Goñi JJ. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema*. 2018;30:33-8.
34. Barbosa FO, Macedo PCM, Silveira RMC. Depressão e o suicídio. *Rev SBPH*. 2011;14:233-43.
35. Wright AG, Simms LJ. A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychol Med*. 2015;45:2309-19.
36. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, et al. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol*. 2017;126:454-77.
37. Kotov R, Krueger RF, Watson D. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*. 2018;17:24-5.

Correspondence:

Cleonice Zatti
 Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar
 90040-060 - Porto Alegre, RS - Brazil
 E-mail: cleonice.zatti@outlook.com

11 ARTIGO TRAUMA PRECOCE: (REVISTA BRASILEIRA DE PSICOTERAPIA)



RBPsicoterapia
Revista Brasileira de Psicoterapia
Volume 22, número 2, agosto de 2020


www.rbp.ce|g.org.br

ARTIGO ORIGINAL

Associação entre precocidade do trauma psíquico e tentativas de suicídio: uma experiência de pesquisa¹

Association between precocity of psychic trauma and suicide attempts:
a research experience

Asociación entre precocidad de trauma psíquico y intentos de suicidio:
una experiencia de investigación

Cleonice Zatti^a

Luciano Santos Pinto Guimarães^b

Andre Goettems Bastos^c

Lúcia Helena Machado Freitas^a

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento (PPGPSQ) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.

^b Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo de Pesquisa – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.

^c Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT), Supervisão em Psicologia Clínica – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20200017

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

[...] uma agulhada num organismo desenvolvido é inofensiva; porém, se for numa massa de células no ato da divisão celular, promoverá uma profunda alteração do desenvolvimento daquele ser humano em formação." (Freud, 1940)

Resumo

Experiências traumáticas na infância podem gerar sofrimento psicológico e aumento das vulnerabilidades e predisposições para posterior desenvolvimento de psicopatologias na vida adulta. Sintomas de comportamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio estão entre algumas das fortes possibilidades de manifestações. O presente estudo foi realizado em um hospital de emergência, em Porto Alegre/RS, e teve como objetivo principal estudar a correlação entre traumas na infância perpetrados por figuras parentais e a TS na adultez, em uma amostra de pessoas que internaram como sobreviventes de TS. Os resultados apontaram associação entre eventos traumáticos na infância e posterior tentativa de suicídio na vida adulta. Essa correlação realça o papel do trauma psíquico precoce no desejo de interromper a própria vida posteriormente. Fica visível a necessidade de compreensão das consequências dos traumas infantis, bem como a necessidade de serem pensadas intervenções precoces na infância e nos adultos vítimas de trauma. Novos estudos são sugeridos.

Palavras-chave: Tentativas de suicídio; Traumas na infância; Apoio social; Psicanálise; Psicologia da criança

Abstract

Traumatic childhood experiences can generate psychological distress and the increase vulnerabilities and predispositions for later development of psychopathologies in adulthood. Symptoms of self-defeating behaviors as well as suicide attempts are among some of the strong possibilities for manifestations. The present study was conducted in an emergency hospital in Porto Alegre/RS and its main objective was to study the correlation between childhood trauma perpetrated by parental figures and TS in adulthood, in a sample of people who were hospitalized as TS survivors. The results of the investigation pointed to the association between the presence of trauma in childhood and suicide attempts in adulthood. The results showed an association between traumatic events in childhood and subsequent suicide attempt in adulthood. This correlation highlights the role of early psychic trauma in the desire to interrupt their own lives later. The need to understand the consequences of childhood trauma and the need to think about early interventions in childhood and in trauma victims adults is visible. New studies are suggested.

Keywords: Suicide attempts; Childhood trauma; Social support; Psychoanalysis; Child psychology

Resumen

Las experiencias traumáticas de la infancia pueden generar angustia psicológica y el aumento de las vulnerabilidades y predisposiciones para el desarrollo posterior de psicopatologías en la edad adulta. Los síntomas del comportamiento autodestructivo y los intentos de suicidio se encuentran entre las mayores posibilidades de manifestaciones. El presente estudio se llevó a cabo en un hospital de emergencia, en Porto Alegre/RS, y su objetivo principal fue estudiar la correlación entre el trauma infantil perpetrado por figuras

parentales y TS en la edad adulta, en una muestra de personas que fueron hospitalizadas como sobrevivientes de TS. Los resultados mostraron una asociación entre eventos traumáticos en la infancia y el posterior intento de suicidio en la edad adulta. Esta correlación destaca el papel del trauma psíquico temprano en el deseo de interrumpir su propia vida más tarde. La necesidad de comprender las consecuencias del trauma infantil, así como la necesidad de pensar en las intervenciones tempranas en la infancia y en los adultos víctimas de trauma es visible. Se sugieren nuevos estudios.

Palabras clave: Intentos de suicidio; Trauma infantil; Apoyo social; Psicoanálisis; Psicología infantil

Introdução

O Rio Grande do Sul é um dos líderes em taxas de suicídio no Brasil, com índices que atingem o dobro da média nacional. Esses dados têm preocupado o governo estadual e intrigado pesquisadores em geral. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde indica hipóteses explicativas relacionadas com exposição a agrotóxicos, desemprego e crises econômicas¹.

O suicídio pode ser contextualizado na história da civilização. A partir do pensamento de Santo Agostinho, na Idade Média, a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa, sendo que a ação passou ser compreendida como um crime, porque lesava os interesses da Coroa. Aqueles que se matavam tinham seus bens confiscados pela Coroa, em detrimento de suas famílias, e os cadáveres eram penalizados. Ao final desse período, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o conhecimento médico assume um lugar privilegiado no controle da sociedade, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura². O suicídio também adentrou caminhos pelas tragédias gregas, passando também por peças de Shakespeare. No século XVIII, Goethe publicou *Os sofrimentos do jovem Werther*, e diversas pessoas se suicidaram na Europa, numa homenagem ao personagem.

Na Segunda Grande Guerra, em 1944, os pilotos japoneses receberam a denominação de “Kamikazes”. Foi uma tática de guerra do Império Japonês em que os pilotos promoviam ataques suicidas. Alguns dos pilotos-suicidas foram recrutados em universidades, isso porque, se difundia a ideia de que o suicídio era uma escolha e não imposição por parte do Império Japonês. Aproximadamente 2.000 mil pilotos suicidaram-se em ataques desse tipo³.

Com o passar dos séculos, brota a psicologia moderna, que traz a compreensão de que o suicídio é um problema de saúde mental associado a fatores psicológicos e ao impacto dos transtornos mentais⁴. Nele a intenção de morrer é interpretada como um “grito de socorro”, um pedido de ajuda.

Entretanto, as causas desencadeantes de uma tentativa de suicídio (TS) são múltiplas. Nos homens, a TS parece estar relacionada a motivos vinculados à masculinidade, ações de impulsividade e maior acesso aos meios letais violentos e/ou armas de fogo^{5,6}. Por outro lado, nas mulheres, os métodos de escolha são considerados

menos violentos, sendo o autoenvenenamento e a ingestão excessiva de medicamentos os mais frequentes^{7,8}.

Essas assimetrias nos desencadeantes e métodos utilizados nas TS, bem como as diferenças entre homens e mulheres, carregam algum significado que poderia ser pensado como uma expressão da cultura em que tais estatísticas se inserem. Nesse sentido, Meneghel & Moura (2018) referem que, por exemplo, as altas taxas de mortalidade por suicídios no Rio Grande do Sul, estão localizadas sobretudo em regiões colonizadas pela cultura alemã. A ética protestante, o sofrimento no trabalho e a cultura germânica afetariam os pequenos agricultores que trabalham com o fumo. Em muitos casos, o suicídio é visto, nessa cultura, como um recurso usado para finalizar as dificuldades da vida⁹.

Recentemente, o Brasil se deparou com um fenômeno silencioso que invadiu diversas comunidades. Um “vírus” duplo que atacou famílias de forma sorrateira: Momo e o jogo Baleia Azul. Muitos casos de suicídio foram vinculados a esses “vírus”. Percebe-se visivelmente na clínica a preocupação dos pais em relação aos filhos com acesso livre aos aparelhos de celulares e suscetíveis ao “vírus”. A influência da internet e *bullying* e *cyberbullying* têm sido causa de TS e suicídios levados a cabo.

No ano de 2020, não podemos deixar de citar outro vírus que tem provocado inúmeras mortes. A COVID-19 adentrou as comunidades de forma repentina e modificou a maneira de convivência das pessoas, trazendo mudanças forçadas nos hábitos diários e impactos sociais, bem como traumas e perdas irreparáveis sociais e financeiras, com conseqüente aumento nos índices de desemprego e da desconfiança da população em relação aos governos. A COVID-19 não deu “avisos”. Todos os países sofreram e ainda estão sofrendo com as decisões políticas de combate à pandemia. Além da COVID-19, tem outro aspecto que preocupa as autoridades médicas: o suicídio. Notícias publicadas no final de março e início de abril de 2020 mostraram casos envolvendo COVID-19 e suicídio, por exemplo, o do médico francês que, ao receber a notícia de contaminação por COVID-19, cometeu suicídio¹⁰. Na Alemanha, o ministro das finanças tirou a própria vida devido a preocupações econômicas em virtude da pandemia¹¹. Na Itália, muitos profissionais da área da saúde foram infectados e pelo menos duas enfermeiras cometeram suicídio, uma delas por medo de ter passado a doença aos pacientes¹². E no Brasil existe uma cidade mineira onde o que mais aterroriza as pessoas é o suicídio, e não a COVID-19¹³.

Assim, é possível constatar que ao longo do tempo o suicídio e as TS mostram-se de forma complexa quanto as suas causas, momento histórico, religião, cultura, abrangendo uma ameaça ao viver. Uma questão levantada a partir do referencial psicanalítico, desde o início das observações de Freud, seguindo a evolução de autores clássicos e contemporâneos¹⁴⁻¹⁷, foi desvendando a importância negativa que o trauma na infância ocupa no psíquico, levando ao campo psicopatológico e, como parte deste, à tentativa de acabar a vida.

Na literatura, investigações que comparam traumas na infância em pacientes com TS e sem TS mostram que há risco aumentado significativo de uma pessoa realizar a tentativa de tirar a própria vida caso tenha sofrido eventos traumáticos na infância¹⁸⁻²⁰. Historicamente, estudos no campo psicanalítico também referenciaram que a dor psíquica proveniente dos traumas precoces pode ocasionar sérios danos nas etapas do desenvolvimento

humano, envolvendo prejuízos no desenvolvimento cognitivo e afetivo, e podendo levar a pessoa a ter uma atitude de violência contra si²¹.

Tendo em vista o problema de saúde pública que as tentativas de suicídio e o suicídio representam⁴, o presente estudo foi desenvolvido com base num banco de dados que avaliou os pacientes que ingressaram na internação de um hospital de emergência de grande porte na cidade de Porto Alegre/RS. A partir da hipótese amplamente descrita na literatura da relação entre traumas precoces e posterior TS, o estudo teve como objetivo principal estudar a correlação entre traumas na infância perpetrados por figuras parentais e a TS na adultez, em uma amostra de pessoas que internaram como sobreviventes de TS. Como objetivos secundários, buscamos estudar a relação dos traumas na infância perpetrados por figuras parentais com a qualidade da rede de apoio, bem como identificar perdas de figuras parentais na infância.

Métodos

Delineamento: estudo de caso-controle (28 casos; 56 controles) analisado a *post facto*, em pacientes adultos.

Cálculo amostral:

O cálculo amostral foi realizado com base no estudo de Roy (2011), que comparou traumas na infância em pacientes com TS e sem TS. O desvio-padrão da variável “trauma na infância” nos grupos com e sem TS foi de $\pm 3,24$ e $\pm 5,07$, respectivamente. Considerando um poder de 80% e nível de significância de 5%, usando uma proporção de 2 controles para 1 caso e com o objetivo de encontrar uma diferença de 3 pontos no escore geral do Questionário de Trauma na Infância (CTQ), o cálculo amostral foi de 84 sujeitos (56 controles e 28 casos). Tal cálculo foi realizado pelo WINPEPI versão 11.43.14^{19,20,22}.

A coleta foi realizada no Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Porto Alegre/RS, durante o período de agosto de 2015 a março de 2016.

Critérios de inclusão e exclusão: Os casos incluídos foram aqueles de pacientes que ingressaram no Hospital por ter realizado uma TS e que aceitaram participar desta pesquisa. Foram excluídos aqueles que recusaram ou que não estavam responsivos verbalmente devido à gravidade do quadro clínico. O grupo controle formou-se com pacientes que ingressaram por outro motivo, balanceados por sexo e idade (classe de 10 anos para mais ou para menos).

Instrumentos:

a) Questionário de Trauma na Infância (CTQ): avaliação de abusos e traumas infantis através de cinco dimensões: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. O CTQ é composto por 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância, apresentadas em uma escala

Likert de cinco pontos. Os escores totais variam de 25 (ausência de qualquer trauma) a 125 (escore máximo para presença de todos os traumas). Para a aplicação, foi obtida licença da Person Education e os formulários originais em inglês foram adquiridos nos EUA²³.

b) Medical Outcomes Study (MOS): escala de apoio social que avalia as seguintes dimensões: apoio material, afetivo, emocional, informação e interação social positiva. Apoio material: provisão de recursos práticos ou ajuda material; afetivo: demonstrações físicas de amor e afeto; emocional: capacidade da rede social em atender às necessidades individuais em relação a problemas emocionais; informação: pessoas que aconselham, informam e orientam; interação social positiva: saída com pessoas para relaxar e se divertir. É composto por 21 perguntas, apresentadas em uma escala Likert de cinco pontos²⁴.

Aspectos éticos

O estudo foi regido pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) com o seguinte registro: 44823315.1.0000.5327, via plataforma Brasil, aprovado em 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA. Contém a aprovação do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS com o parecer de número 1.180.317, relatado em 30 de junho de 2015. Os Comitês de Ética foram informados sobre os dados obtidos neste trabalho.

Análise estatística

As variáveis quantitativas foram representadas por média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartilico, segundo os resultados do teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Foi realizada a correlação de Pearson para verificar o grau de associação entre os domínios dos instrumentos Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e Medical Outcomes Study (MOS) discriminados pelos fatores grupo e sexo. Quando significativa, a intensidade da correlação pode ser classificada como: 0 – 0,3 = fraca; 0,4 – 0,6 = regular; 0,6 – 0,9 = forte; e 0,9 – 1,0 = muito forte²⁵.

Resultados

A amostra (n=84) obteve uma distribuição semelhante em relação ao gênero (M/F = 46,4%/53,6%) e idade com média de 35,6 anos (DP=12,8; min: máx = 19:71 anos). Estavam empregados 61,9% e 27,4% estavam desempregados, sendo que 79,8% residiam na cidade de Porto Alegre/RS (PoA). Os grupos foram pareados pela idade e sexo, portanto as médias nos grupos foram iguais, inclusive os anos de estudo (casos: 9,7; controles: 10,1). Os valores para mínimo e máximo para os casos foram de [2,0 - 17,5], respectivamente [1,0 - 25,0] para os controles (tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos

		Total (n = 84)		Controle (n=56)		Caso (n=28)	
		n (%)		n (%)		n (%)	
Gênero ¹	Masculino	39 (46,4)		26 (66,7)		13 (33,3)	
	Feminino	45 (53,6)		30 (66,7)		15 (33,3)	
Cidade ¹	Fora de PoA	17 (20,2)		12 (70,6)		5 (29,4)	
	PoA	67 (79,8)		44 (65,7)		23 (34,3)	
Situação Conjugal ¹	Sem Comp Fixo	30 (35,7)		20 (66,7)		10 (33,3)	
	Com Comp fixo	41 (48,8)		30 (73,2)		11 (26,8)	
	Viúvo	1 (1,2)		1 (100)		0 (0)	
	Separado	12 (14,3)		5 (41,7)		7 (58,3)	
Ocupação ¹	Desempregado	23 (27,4)		14 (60,9)		9 (39,1)	
	Empregado	37 (44,0)		28 (75,7)		9 (24,3)	
	Aposentado	6 (7,1)		4 (66,7)		2 (33,3)	
	Temporaria-mente afastado	9 (10,7)		4 (44,4)		5 (55,6)	
	Autônomo	6 (7,1)		5 (83,3)		1 (16,7)	
	Estudante	3 (3,6)		1 (33,3)		2 (66,7)	
		média (DP)	min-máx	média (DP)	min-máx	média (DP)	min-máx
Idade ²		35,6 (12,8)	19,0 - 71,0	35,6 (12,9)	19,0 - 66,0	35,4 (12,8)	20,0 - 71,0
Anos de estudo ²		9,9 (4,6)	1,0 - 25,0	10,1 (4,9)	1,0 - 25,0	9,7 (4,0)	2,0 - 17,5
Renda ³		2.000 [1.260 - 3.650]	0 - 33.0000	2.000 [1.250 - 3.650]	233 - 33.000	2.000 [1.360 - 3.500]	0 - 5.000

¹ representação por n (%); ² representação por média (DP); ³ representação por mediana [q1 - q3]

Tabela 2 – Correlação entre os domínios dos instrumentos Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e Medical Outcomes Study (MOS) discriminados por grupo e sexo

	Abuso Emocional	Abuso Físico	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Negligência Física
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Grupo Controle - Masculino (n=23)					
MOS Material	-0,242 (0,233)	-0,264 (0,193)	-0,007 (0,971)	-0,592 (0,001)	0,094 (0,649)
MOS Afetivo	-0,048 (0,815)	-0,203 (0,321)	0,035 (0,866)	-0,480 (0,013)	0,068 (0,741)
MOS Emocional	-0,150 (0,464)	-0,240 (0,237)	0,012 (0,953)	-0,516 (0,007)	0,028 (0,892)
MOS Informação	-0,078 (0,705)	-0,221 (0,279)	0,044 (0,833)	-0,477 (0,014)	0,105 (0,608)
MOS Interação Social Positiva	-0,098 (0,635)	-0,062 (0,763)	-0,009 (0,967)	-0,543 (0,004)	0,134 (0,514)
MOS_f1_Af_IntSoc	-0,078 (0,705)	-0,130 (0,525)	0,012 (0,955)	-0,532 (0,005)	0,108 (0,600)
MOS_f2_Em_Inf	-0,118 (0,567)	-0,233 (0,251)	0,027 (0,895)	-0,502 (0,009)	0,065 (0,753)
MOS_f3_Material	-0,242 (0,233)	-0,264 (0,193)	-0,007 (0,971)	-0,592 (0,001)	0,094 (0,649)

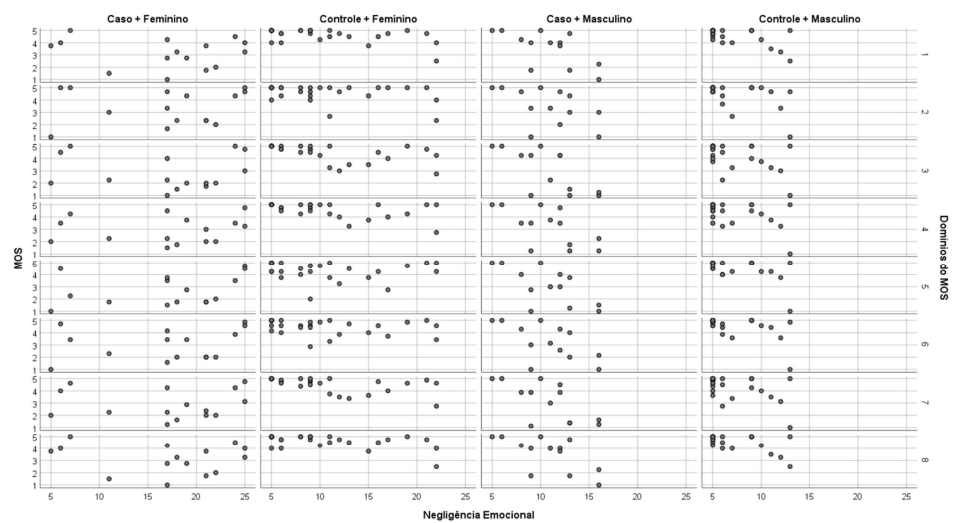
CLEONICE ZATTI ET AL.

	Abuso Emocional	Abuso Físico	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Negligência Física
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Grupo Controle - Feminino (n=27)					
MOS Material	-0,578 (0,001)	-0,463 (0,010)	-0,590 (0,001)	-0,512 (0,004)	-0,444 (0,014)
MOS Afetivo	-0,335 (0,070)	-0,328 (0,076)	-0,590 (0,001)	-0,354 (0,055)	-0,332 (0,073)
MOS Emocional	-0,481 (0,007)	-0,365 (0,047)	-0,510 (0,004)	-0,559 (0,001)	-0,457 (0,011)
MOS Informação	-0,570 (0,001)	-0,360 (0,051)	-0,505 (0,004)	-0,502 (0,005)	-0,663 (<0,001)
MOS Interação Social Positiva	-0,192 (0,309)	-0,133 (0,483)	-0,020 (0,918)	-0,158 (0,405)	-0,040 (0,834)
MOS_f1_Af_IntSoc	-0,304 (0,102)	-0,258 (0,169)	-0,305 (0,101)	-0,288 (0,122)	-0,193 (0,308)
MOS_f2_Em_Inf	-0,546 (0,002)	-0,379 (0,039)	-0,530 (0,003)	-0,557 (0,001)	-0,578 (0,001)
MOS_f3_Material	-0,578 (0,001)	-0,463 (0,010)	-0,590 (0,001)	-0,512 (0,004)	-0,444 (0,014)
Grupo Caso - Masculino (n=10)					
MOS Material	0,030 (0,923)	0,223 (0,465)	0,018 (0,954)	-0,640 (0,018)	-0,529 (0,063)
MOS Afetivo	-0,254 (0,403)	-0,027 (0,929)	0,217 (0,477)	-0,520 (0,068)	-0,744 (0,004)
MOS Emocional	-0,169 (0,582)	0,205 (0,502)	0,211 (0,490)	-0,698 (0,008)	-0,301 (0,318)
MOS Informação	-0,312 (0,300)	0,113 (0,713)	0,194 (0,526)	-0,631 (0,021)	-0,531 (0,062)
MOS Interação Social Positiva	-0,037 (0,905)	0,204 (0,503)	0,149 (0,627)	-0,656 (0,015)	-0,541 (0,056)
MOS_f1_Af_IntSoc	-0,131 (0,670)	0,110 (0,719)	0,182 (0,551)	-0,616 (0,025)	-0,644 (0,018)
MOS_f2_Em_Inf	-0,240 (0,429)	0,166 (0,588)	0,207 (0,497)	-0,682 (0,010)	-0,417 (0,156)
MOS_f3_Material	0,030 (0,923)	0,223 (0,465)	0,018 (0,954)	-0,640 (0,018)	-0,529 (0,063)
Grupo Caso - Feminino (n=12)					
MOS Material	0,110 (0,697)	0,179 (0,524)	0,186 (0,508)	-0,159 (0,572)	-0,211 (0,450)
MOS Afetivo	0,239 (0,391)	0,219 (0,433)	0,374 (0,170)	0,094 (0,739)	0,068 (0,809)
MOS Emocional	0,158 (0,574)	0,098 (0,727)	0,431 (0,109)	-0,072 (0,798)	-0,188 (0,501)
MOS Informação	0,259 (0,352)	0,202 (0,471)	0,361 (0,186)	0,092 (0,745)	-0,028 (0,921)
MOS Interação Social Positiva	0,441 (0,100)	0,381 (0,161)	0,390 (0,151)	0,299 (0,279)	0,065 (0,818)
MOS_f1_Af_IntSoc	0,364 (0,183)	0,320 (0,245)	0,398 (0,141)	0,214 (0,443)	0,069 (0,807)
MOS_f2_Em_Inf	0,211 (0,450)	0,150 (0,594)	0,420 (0,119)	-0,001 (0,997)	-0,124 (0,658)
MOS_f3_Material	0,110 (0,697)	0,179 (0,524)	0,186 (0,508)	-0,159 (0,572)	-0,211 (0,450)

r = correlação de Pearson

Conforme Tabela 2, que discrimina grupo e sexo, podemos verificar uma correlação negativa de intensidade regular na maioria das combinações das variáveis dentro do grupo controle feminino. Isso significa que quanto menor os escores do CTQ, maior é o escore de MOS, ou seja, nesta pesquisa mulheres que não sofreram abuso e/ou negligência na infância contaram com mais apoio social durante o desenvolvimento. Já na análise do grupo clínico feminino não identificamos nenhuma correlação significativa, ou seja, os escores não possuem força para estabelecer uma correlação entre as variáveis.

No sexo masculino, notamos que há escores baixos na variável negligência emocional e altos no apoio social. Esse comportamento aparece em ambos os grupos (Figura 1).



Legenda: Domínios do MOS: 1=Material; 2=Afetivo; 3=Emocional; 4=Informação; 5=Int. Soc. Positiva; 6=F1 Af Int. Soc.; 7=F2 Em Inf; 8=F3 Material.

Figura 1 – Quadro das relações entre os domínios dos instrumentos Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e Medical Outcomes Study (MOS) discriminados por grupo e sexo

Discussão

É inerente à natureza humana passar por situações traumáticas em algum momento da vida. Durante os estágios do desenvolvimento, todos vivenciam crises vitais e acidentais. Acontecimentos traumáticos que excedem a capacidade de compreensão infantil ficam inscritos na vida psíquica e se manifestam de alguma forma a posteriori.

Aspectos traumáticos e suas consequências no aparelho psíquico foram estudados por muitos autores^{19,26}. Retomando a teorização freudiana sobre trauma, em 1920, temos como “traumáticas” quaisquer excitações excessivas provindas de fora que atravessam o escudo protetor psicológico e rompem essa barreira, o que ocasiona um distúrbio no funcionamento do organismo²⁷. Em 1940 (“Esboço de Psicanálise”), Freud traz uma metáfora comparando a consequência de um trauma psicológico ao de uma agulhada no embrião humano. O autor, através de uma analogia, diz que uma agulhada num organismo desenvolvido é inofensiva, contudo, se for numa massa de células no ato da divisão celular, suscitará uma profunda alteração na formação daquele ser humano²⁷. As consequências dos traumas na infância são proporcionais à precocidade de seu estado inofensivo, ficam ainda impressas na história de vida sob forma de vazios, vivências de desamparo e feridas abertas²⁸.

Na amostra de TS coletada no HPS, 28% das pessoas deixaram algum tipo de carta suicida ou enviaram mensagens por aplicativo de celular, ou seja, procuraram através da linguagem comunicar a dor psíquica, em um ato ambivalente obter ajuda, cessar a dor psíquica intolerável. Em muitos casos, as TS têm base em uma ausência de recursos psíquicos que possam dar uma contenção à dor psíquica. Prevalecendo assim pulsão de morte que, para Freud (1920), é a busca por satisfação de impulsos agressivos e/ou destrutivos, visando à desunião da matéria e o retorno ao estado inorgânico. O impulso agressivo pode ser contra o outro ou contra si próprio.

No instrumento de medida de apoio social, em referência à amostra geral, o número médio de parentes considerados como suporte foi de 3,4 (DP=3,3). Já o número de amigos íntimos foi de 1,90 (DP=2,8). Em comparação às médias entre os grupos, somando parentes e amigos íntimos, o grupo controle possui maior média (média=6,6) do que o de casos (média=2,5) ($p<0,001$). Ou seja, os pacientes do grupo controle possuem mais suporte social, com maior probabilidade de serem mais ativos e interativos com o meio em que vivem. Para exemplificar a importância do suporte social, seguem algumas frases de pacientes em busca do alívio através de TS: P1: *Tentei suicídio porque sou sozinha na vida. Nunca tive filhos, estou com 71 anos e não tenho familiares.* P2: *Sofri bullying na minha infância! Me sinto sozinha, eu saio, bebo e na volta pra casa estou sempre sozinha!* P3: *Uso drogas, até presa já fui. Minha vida não tem mais sentido, sei lá... Não tomo mais meus remédios e só penso em me enforcar ou me esfaquear. Minha vida não tem sentido.* P4: *Passei Natal e Ano Novo sozinha, mais um ano sem minha mãe. Me sinto sozinho na vida.* P5: *Tu sabia que eu nasci de um estupro? O que tu acha que eu espero da minha vida?! Tive meus irmãos que foram estuprados também. Depois que me separei vivo na solidão.*

Buscamos compreender se a presença do apoio familiar ou de amigos íntimos aumentaria a proteção ao

risco de suicídio. A contagem de um parente e/ou amigo a mais diminui o risco de suicídio em 24%; tratando-se do “apoio material”, um ponto a mais diminui o risco em 80%. Cada ponto de “apoio afetivo” a mais diminui em 69% o risco de uma TS, já o “emocional” diminui em 55% ($p < 0,001$), e a dimensão do MOS “informação” protege 71% ($p < 0,001$). Quando relacionado o afetivo com a interação social, um ponto a mais protege em 70% ($p < 0,001$). Ao relacionarmos o emocional com a informação, ficou em 63% ($p < 0,001$). No estudo de validade de constructo do MOS, os autores afirmam que, quanto a associação entre número de parentes e amigos íntimos e apoio afetivo/interação social positiva, a chance de perceber alto apoio foi cerca de três vezes maior (OR = 3,3; IC95%: 2,2-4,9) entre aqueles que relataram um a dois amigos, e em torno de dez vezes maior (OR = 10,3; IC95%: 6,9- 15,4) entre aqueles que relataram oito ou mais, quando comparados àqueles que referiram nenhum parente ou amigo²⁴. Poderia então a presença do apoio social atual estar vinculada à presença de um objeto cuidador da infância? Ou seja, aquele que tem apoio social na vida adulta toma um resgate a suas vivências no ambiente e/ou qualidade dos objetos internos. Ou ainda o oposto disso: onde houve a falta de apoio social atual estaria representada a ausência de objetos cuidadores primitivos? O risco é maior, pois não há possibilidade de restauração de um objeto cuidador e de não representação do objeto cuidador primário no mundo psíquico atual.

Em termos de implicações clínicas, os pacientes com essas desordens e com história de trauma na infância devem ser avaliados cuidadosamente quanto ao risco de suicídio, bem como em relação a traços impulsivos e agressivos, que deverão ser tratados durante o acompanhamento psicológico, visando à prevenção de comportamentos suicidas²⁹.

Estudos que avaliaram o CTQ em relação com controles e casos, com e sem tentativas de suicídio, comprovaram que a média do CTQ em casos de TS é mais alta em relação ao grupo controle³⁰. Ao avaliarmos os abusos na infância em nossa amostra, o sexo feminino apresentou médias significativamente maiores que as médias do masculino nas variáveis: abuso emocional ($p < 0,001$), abuso físico ($p = 0,020$), abuso sexual ($p = 0,037$) e negligência emocional ($p < 0,001$).

Considerações finais

Este estudo apresenta algumas limitações. Estudos de correlação impedem que façamos ilações de nexos causais entre as variáveis, mas permitem que tenhamos novos conjuntos de hipóteses e problemas de pesquisas futuras. Além disso, estudos de bancos de dados sempre estão sujeitos a problemas de lançamentos de dados, o que pode levar a algumas distorções nos resultados. Métodos estatísticos apropriados tentaram minimizar essas distorções.

Todo ser humano possui interesse nos afetos e deseja o olhar e o amor do outro. A busca e a obtenção de prazer (carinho, cuidado, proteção) são aspectos libidinais. Algumas pessoas vivenciam experiências traumáticas com aqueles que deveriam gerar esses afetos, um acontecimento doloroso que acarreta uma turbulência emocional, ou ainda uma crise suicida. Nesse caso, ocorre um colapso existencial no sujeito

traumatizado. Conforme evidenciado pelos resultados do presente estudo, as situações de abuso ou negligência provocam uma dor psíquica intolerável, prejudicando inclusive, muitas vezes, o teste de realidade, ou, quando não prejudicado, elas atingem os mecanismos de defesa do sujeito. Esses “ecos” dentro do indivíduo podem provocar o desejo de interromper a vida. Através do acolhimento dessas vulnerabilidades se abririam caminhos para esse limbo existencial e se preencheriam os espaços para que o trauma não “ecoasse destrutivamente” no psíquico. Salientamos que a atenção preventiva também deve se dar quando observado o incremento de tendências à autodestruição transgeracional.

Agradecimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, e o Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Referências

1. DATASUS; <http://www.datasus.gov.br>, acesso em 5 de novembro de 2019.
2. Berenchein Netto N. *Suicídio: uma questão de Saúde Pública e um desafio para a Psicologia Clínica*. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. O suicídio e os desafios para a Psicologia. Brasília; 2013.
3. Rodrigues PE. *Kamikazes*. (S/D) InfoEscola. Disponível em: <https://www.infoescola.com/segunda-guerra/kamikazes/>. Acesso em 11 de novembro de 2019.
4. WHO (World Health Organization). (Ed.). (2016). *Child maltreatment*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/> Acesso em: 15 de julho de 2019.
5. Meneghel SN, Victorab CG, Faria MNX, Carvalhod LA, Falke JW. *Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul*. Rev. Saúde Pública. 2004;38(6):804-810.
6. Santos AS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. *Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil*. Cad. Saúde Pública. 2009;24(9).
7. Botega NJ. *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
8. Zatti C, Guimarães LSP, Soares MA, Neves JPT, Santana MRM, Calegaro V, Bastos AG, Freitas LH. *Relación entre apoyo social y trastornos mentales en pacientes ingresados por intento de suicidio en un hospital de emergencia*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 2018;64:261-272.
9. Meneghel SN, Moura R. *Suicide, culture and work in a German-colonized municipality in the South of Brazil*. Interface (Botucatu). 2018;22(67):1135-46.
10. Infectado pela covid-19, médico do Stade de Reims comete suicídio. Disponível em: <https://istoe.com.br/infectado-pela-covid-19-medico-do-stade-de-reims-comete-suicidio/> Acesso em: 13 de abril de 2020.

11. Ministro regional alemão atuante contra a covid-19 comete suicídio. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/03/29/ministro-regional-alemao-preocupado-com-a-covid-19-comete-suicidio.htm> Acesso em: 13 de abril de 2020.
12. Enfermeira italiana comete suicídio por medo de ter espalhado Covid-19 e causa comoção. Disponível em: <https://bhaz.com.br/2020/03/25/enfermeira-coronavirus-italia/> Acesso em: 13 de abril de 2020.
13. Em cidade mineira, onda de suicídio aterroriza mais que Covid-19. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/saude-br/em-cidade-mineira-onda-de-suicidio-aterroiza-mais-que-covid-19> Acesso em: 13 de abril de 2020.
14. Freud SS. *Fragmento da análise de um caso de histeria*. In: Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 7. Rio de Janeiro: Imago; (1905[1901]/1990).
15. Ferenczi S. *Confusão de língua entre os adultos e a criança*. In S. Ferenczi, Obras Completas (Á. Cabral, trad., 2ª ed., Vol. 4, pp. 111-121). São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933); 2011b.
16. Bion WR. *Elementos de psicanálise* (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1963); 2004.
17. Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas; (1963/1982).
18. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LH, Ceresér KMM, Rocha NSD, Bastos AG, Schuch FB. *Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade*. Psychiatry Res. 2017;256:353-358.
19. Roy A. *Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk*. Journal of affective disorders. 2011;130:205-208.
20. Zatti C, Guimarães, LSP, Soibelman M, Semensato MR, Bastos AG, Calegari VC, Freitas LHM. The association between traumatic experiences and suicide attempt in patients treated at the Hospital de Pronto Socorro in Porto Alegre, Brazil. Trends Psychiatry Psychother. 2020;42(1):64-73.
21. Freud SS. *Além do princípio do prazer*. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XVIII, p. 13-78. Rio de Janeiro: Imago; (1920/1996).
22. Zatti C. (2017). Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164332/001026352.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
23. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. *Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire*. Revista de Saúde Pública. 2006;40(2):249-55.
24. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. *Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study: adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde*. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro. 2005;21(3):703-714.
25. Callegari-Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Artmed; 2005.
26. Macedo MMK & Werlang BSG. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora*. 2007;10(1):86-106.

27. Freud SS. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (J. Salomão, trad.) Esboço de psicanálise. Vol. XXIII – (4) *PARTE II – O Trabalho Prático*. Rio de Janeiro: Imago;1940/1996.
28. Mansilla NKR, Bento VES (2006). *Drogadição: tentativa de suicídio e/ou elaboração?* Revista do Departamento de Psicologia – UFF. 2006;18(2):11-28.
29. Park S, Hong JP, Jeon HJ, Seong S, Cho MG. *Childhood Exposure to Psychological Trauma and the Risk of Suicide Attempts: The Modulating Effect of Psychiatric*. Psychiatry Investig. 2015;12(2):171-176.
30. Hadland SE, Wood E, Dong H, Marshall BDL, Kerr T, Montaner JS, DeBeck K. *Suicide and History of Childhood Trauma Among Street Youth*. Affect Disord. 2012;136(3):377-380.

Contribuições: Cleonice Zatti – Aquisição de financiamento, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original; Luciano Santos Pinto Guimarães – Análise estatística, Metodologia, Software, Validação; Andre Goettems Bastos – Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Visualização; Lúcia Helena Machado Freitas – Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Redação – Preparação do original, Supervisão, Visualização.

Correspondência

Cleonice Zatti

cleonice.zatti@outlook.com

Submetido em: 13/04/2019

Aceito em: 28/06/2020

12 OPD:**ARTIGO SUBMETIDO, AINDA EM AVALIAÇÃO**

DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2) EM PACIENTES
COM COMPORTAMENTO SUICIDA PRÉVIO: FOLLOW UP SUL DO BRASIL

Cleonice Zatti¹; Luciane Maria Both², Sérgio Eduardo Silva de Oliveira³, Tais Cristina Favaretto⁴, Andre Goettems Bastos⁵, Luciano Santos Pinto Guimarães⁶, Lucia Helena Machado Freitas⁷

¹ Psicóloga, Pedagoga (IPA); Formação em Psicoterapia Psicanalítica (GAEPSI); Residência em Psicologia Hospitalar (HPS) Mestre e Douroranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: cleonice.zatti@outlook.com

² Psicóloga; Mestre em Psicologia (UNISINOS) e Douroranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: lucianeboth@gmail.com

³ Psicólogo; Especialista em Avaliação Psicológica (UFRGS); Mestre e Doutor em Psicologia (UFRGS), Professor pelo Departamento de Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: sergioeduardos.oliveira@gmail.com

⁴ Psicóloga; Mestre em Psicologia (UNISINOS) e Douroranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: taisfavaretto@gmail.com

⁵ Psicólogo; Tradutor e Revisor da versão brasileira do OPD-2 (Task Force OPD-2, 2016); Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: andregbastos@gmail.com

⁶ Estatístico; Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: guimaraeslsp@gmail.com

⁷ Médica, Psiquiatra, Phd, Professora Associada do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal e do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande Do Sul (UFRGS). E-mail: luciahelena.frei@gmail.com.br

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE DE DOUTORADO

O tema Suicídio continua a ser uma questão de saúde pública. Apesar dos esforços em pesquisas, a nossa capacidade prever com segurança o comportamento suicida ainda não atingiu a consistência que deveria estar. Não podemos contar com um teste sorológico que detecta a crise. O teste mais eficiente é a escuta do profissional, pois a pessoa que apresenta risco de morrer por suicídio sente um desequilíbrio emocional. Portanto, através da escuta temos maiores chances de entrar em contato com o desequilíbrio no sistema e comprovar se há o risco de suicídio.

Considera-se que é um desafio percorrer na biópsia psicológica do comportamento suicida, porque são multifatores a serem avaliados. A pesquisadora buscou analisar diferentes fatores, mas alguns não foram controlados nesta pesquisa, fatores como: ciclo menstrual, fases da lua, diferenças na ingestão alimentar, exposição à agrotóxicos, consumo de carne, dentre outros achados na literatura, alguns desses resultados questionados no meio científico como achados falso-positivo decorrentes ao acaso.

Os pacientes entrevistados na presente pesquisa relataram que o “desespero e desesperança” foram o estado emocional mais prevalente nas tentativas de suicídio, e como motivos para desejar viver foram: não querer prejudicar os filhos ou não causar sofrimento à família em caso de morte. Após sobreviverem à tentativa de suicídio encontraram fatores protetivos em alguma atividade de trabalho ou estudo, o apoio familiar foi outro ponto considerável.

Então, em virtude das descobertas, quando uma pessoa apresenta comportamento suicida o foco deve permear no desenvolvimento de habilidades em áreas de interesse na vida do paciente e reforçar a rede de apoio existente, o que contribui no fortalecimento das próprias razões para permanecer vivo.

É de extrema importância a pessoa que possui pensamentos autodestrutivos e que esteja em risco receba ajuda. Então, se você é da comunidade ou familiar que está com alguém necessitando de ajuda indique tratamento em saúde mental na sua área de abrangência próximo à sua casa, ou peça permissão para recrutar um profissional que possa ajudá-lo. Todos podemos ser os “guardiões da Vida”.

Em conclusão, são necessárias pesquisas em diferentes aspectos da mente para atingir os potenciais preditores do suicídio. Os casos de tentativas de suicídio nos serviços de

emergência hospitalar ou unidades básicas de atendimento são a principal porta de entrada para estudos neste tema. A psicodinâmica nas tentativas de suicídio é uma ação multifatorial, e quando identificado o risco pelo profissional, família ou rede de amigos é importante dar atenção, e não menosprezar qualquer anúncio desvitalizado do indivíduo.

14 OUTRAS PRODUÇÕES FINALIZADAS DURANTE O PERÍODO DE DOUTORADO

14.1 Artigos

Zatti C, Semensato, M, Ramos-Lima LF, Waikamp V, Freitas LH. Trauma infantil e manifestações históricas na atualidade: uma revisão da literatura. Rev. Bras. Psicoter. (no prelo)

Zatti C, Guimarães LS, Soibelman M, Semensato MR, Bastos AG, Calegari VC, Freitas LHM. The association between traumatic experiences and suicide attempt in patients treated at the Hospital de Pronto Socorro in Porto Alegre, Brazil. Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 2020;42(1):64-73.

Zatti C, Guimarães LSP, Santana Moreira MR Scherner EFG, Salle E, Piltcher R, Spader ML, Calegari VC, Wollenhaupt-Aguiar B, Machado FHF. (2019). Evaluation of BDNF levels in patients hospitalized for physical trauma at an emergency hospital in Porto Alegre, southern Brazil. Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 2019;41(3):237-246.

Zatti C, Neves J, Bridi PKB, Calegari VC, Freitas LHM, Semensato M. O término de tratamento em psicoterapia psicanalítica. Rev. Bras. Psicoter. 2018;20(1):49-59.

Zatti C, Guimarães LSP, Soares MA, Neves JPT, Santana MRM, Calegari V, Bastos AG, Freitas LH. Relación entre apoyo social y trastornos mentales en pacientes ingresados por intento de suicidio en un hospital de emergencia. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 2018;64:261-272.

Neves JTP, **Zatti C**, Severo C, Malgarim BG, Freitas LHM. Psychoanalytic Psychotherapy with Deaf Patients: A Qualitative Study of Characteristics and Technical Adaptations in Clinical Practice. 2020;36(3):445-463.

Neves JTP, **Zatti C**; Freitas LHM. A psicoterapia psicanalítica com pessoas surdas: peculiaridades e aproximações. Rev. Bras. Psicoter. 2019;21(1):39-51.

Calegari VC, **Zatti C**, Bastos AG, Freitas LHM. Suicidal patients in a psychiatric emergency unit: clinical characteristics and aggression profile. Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 2019;41(1):9-17.

Calegario VC, Mosele PHC, Negretto BL, **Zatti C**, Cunha ABM, Freitas LHM. The role of personality in posttraumatic stress disorder, trait resilience, and quality of life in people exposed to the Kiss nightclub fire. PLOS ONE. 2019;14(7): e0220472.

Waikamp V, Serralta F, Ramos-Lima LF, **Zatti C**, Freitas LH. Relationship between childhood trauma, parental bonding and defensive styles with psychiatric symptoms in the adult life. Trends in Psychiatry and Psychotherapy. (no prelo)

Both LM, Santi SS, Kerber N, Zoratto G, Favaretto TC, **Zatti C**, Calegario VC, Freitas LHM. Violent situations during the COVID-19 pandemic. Revista Brasileira de Psicoterapia. 2021 (no prelo)

14.2 Capítulos de Livros

Zatti, Cleonice; Calegario, Vitor Crestani; Valdivia, Lucianne; Freitas, Lucia Helena Machado Machado. Instrumentos e normas para interpretação: Inventário de personalidade para o DSM-5, forma breve (PID-5-FB). (no prelo)

Zatti, Cleonice; Teche, Stefania; Freitas, Lucia Helena Machado. Transtornos psiquiátricos em pacientes oncológicos. In Wilvert AP, Broering CV orgs. A Atuação da Psico-Oncologia. Ed CRV; 2021.)

Freitas, Lucia Helena Machado; Calegario, Vitor Crestani; Fitz, Márcia Rosane Moreira Santana; **Zatti, Cleonice**. A força da resiliência frente ao traumático: Conceitos e reconfigurações. In Malgarim BG, Levandowski DC orgs. Psicanálise e Resiliência. Ed Zagodoni; 2021.

Calegario, Vitor Crestani; **Zatti, Cleonice**; Barros, Alcina Barros; Guimarães, Luciano Santos Pinto; Oliveira, Sérgio Eduardo Silva de; Freitas, Lucia Helena Machado. Inventário de Personalidade para o DSM-5 – Forma Breve (PID-5-BF). (no prelo)

14.3 Premiações

Vencedora no III Concurso Vita Alere – Memória Viva: Histórias de Sobreviventes do Suicídio.

CLASSIFICAÇÃO: QUINTO LUGAR (NÍVEL NACIONAL)

OBRA: (INTER)RUPTORES

CATEGORIA III: PROFISSIONAIS

11 de setembro de 2020

Reconhecimento internacional em Suicidologia

European Psychiatric Association Member of Section of Suicidology and Suicide Prevention

<https://suicidologysection.org/section-members/>

13.3 Registro de marca e Aplicativo

Registro de Marca de natureza Nominativa: Biópsia Psicológica. Publicado na Revista da Propriedade Industrial nº 2596 de 06/10/2020, processo nº 920549926.

Aplicativo criado a partir de um sistema de cálculo baseado no PID-5-BF para avaliação dos traços de Personalidade. Lançado pela empresa Artmed em 2021.

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Casos (FASE 1)

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar de um estudo que está sendo realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar vivências significativas na infância e alguns aspectos de personalidade envolvidos em tentativas de suicídio.

Os pacientes que aceitarem participar da pesquisa responderão alguns questionários sobre aspectos emocionais relacionados a vivências da infância e dados atuais. A entrevista será realizada no próprio leito, com duração aproximada de 20 minutos. As perguntas poderão ou não, trazer algum desconforto no momento das respostas, por tratar-se de dados da história de vida, mas, os participantes terão absoluta liberdade para desistir a qualquer momento, não havendo qualquer prejuízo ao seu atendimento no Hospital de Pronto Socorro (HPS). A participação no estudo provavelmente não trará benefícios diretos aos pacientes, porém estarão contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e poderão auxiliar futuros pacientes.

Os pesquisadores se comprometem com a confidencialidade de todas as informações de identificação dos pacientes. Os resultados do estudo serão divulgados de forma agrupada, sem a identificação dos participantes. Ou seja, o nome dos pacientes não será divulgado, de maneira alguma. Não haverá custos ou remuneração associada à sua participação no estudo.

Em caso de qualquer dúvida quanto à pesquisa você poderá contatar com a pesquisadora responsável pelo estudo, Profa. Lúcia Helena Freitas, ou com Cleonice Zatti, no Serviço de Psiquiatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), telefone 33598294. Esclarecimentos Éticos poderão ser obtidos no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, no 2º andar, sala 2227, telefone (51) 33597640, de segunda à sexta, das 8h às 17h ou através do Comitê de Ética em Pesquisa SMS, Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico), telefone: (51) 3289.5517, horário de atendimento externo: 8h até às 14h, sem intervalo.

Futuros projetos de pesquisa poderão surgir a partir deste projeto. Neste caso, os pesquisadores poderão entrar em contato para convidá-lo a participar dos novos estudos, sendo que será necessário um novo consentimento:

concordo em ser contatado, no telefone _____.

não concordo em ser contatado.

Este Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Compreendi as informações acima e tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas. Aceito voluntariamente fazer parte do estudo.

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Controles (FASE 1)

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar de um estudo que está sendo realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar vivências significativas na infância e alguns aspectos de personalidade envolvidos na situação atual de sua internação.

Os pacientes que aceitarem participar da pesquisa responderão alguns questionários sobre aspectos emocionais relacionados a vivências da infância e dados atuais. A entrevista será realizada no próprio leito, com duração aproximada de 20 minutos. As perguntas poderão ou não, trazer algum desconforto no momento das respostas, por tratar-se de dados da história de vida, mas, os participantes terão absoluta liberdade para desistir a qualquer momento, não havendo qualquer prejuízo ao seu atendimento no Hospital de Pronto Socorro (HPS). A participação no estudo provavelmente não trará benefícios diretos aos pacientes, porém estarão contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e poderão auxiliar futuros pacientes.

Os pesquisadores se comprometem com a confidencialidade de todas as informações de identificação dos pacientes. Os resultados do estudo serão divulgados de forma agrupada, sem a identificação dos participantes. Ou seja, o nome dos pacientes não será divulgado, de maneira alguma. Não haverá custos ou remuneração associada à sua participação no estudo.

Em caso de qualquer dúvida quanto à pesquisa você poderá contatar com a pesquisadora responsável pelo estudo, Profa. Lúcia Helena Freitas, ou com Cleonice Zatti, no Serviço de Psiquiatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), telefone 33598294. Esclarecimentos Éticos poderão ser obtidos no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, no 2º andar, sala 2227, telefone (51) 33597640, de segunda à sexta, das 8h às 17h ou através do Comitê de Ética em Pesquisa SMS, Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico), telefone: (51) 3289.5517, horário de atendimento externo: 8h até às 14h, sem intervalo.

Este Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Compreendi as informações acima e tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas. Aceito voluntariamente fazer parte do estudo.

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____

ANEXO III**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FASE 2)**

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar deste estudo que está sendo realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar vivências após internação no HPS por tentativas de suicídio. Durante sua internação, lhe foi perguntado sobre o interesse em ser contatado caso houvesse futuras pesquisas decorrentes deste projeto, tendo o aceite positivo a pesquisadora fez o contato para que pudesse ser realizada nova coleta de dados.

Os pacientes que aceitarem participar da pesquisa responderão alguns questionários sobre aspectos emocionais relacionados a vivências da vida e dados atuais. A entrevista será realizada no HCPA, com duração aproximada de 20 minutos. As perguntas poderão ou não, trazer algum desconforto no momento das respostas, por tratar-se de dados da história de vida, mas, os participantes terão absoluta liberdade para desistir a qualquer momento. A participação no estudo provavelmente não trará benefícios diretos aos pacientes, porém estarão contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e poderão auxiliar futuros pacientes.

Os pesquisadores se comprometem com a confidencialidade de todas as informações de identificação dos pacientes. Os resultados do estudo serão divulgados de forma agrupada, sem a identificação dos participantes. Ou seja, o nome dos pacientes não será divulgado, de maneira alguma. Não haverá custos ou remuneração associada à sua participação no estudo.

Em caso de qualquer dúvida quanto à pesquisa você poderá contatar com a pesquisadora responsável pelo estudo, Profa. Lúcia Freitas, ou com Cleonice Zatti, no Serviço de Psiquiatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), telefone 33598294. Esclarecimentos Éticos poderão ser obtidos no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, no 2º andar, sala 2227, telefone (51) 33597640, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Este Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Compreendi as informações acima e tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas. Aceito voluntariamente fazer parte do estudo.

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXO IV**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Nome: _____

Gênero: Masculino () Feminino ()

Idade: _____

Escolaridade: _____ (Anos de estudo)

Renda Familiar: _____ (Somando a renda de todos os integrantes da família)

Situação Conjugal: Sem companheiro fixo(0) Com companheiro fixo(1), Viúvo(2), Separado (3) Em casos de perdas/separação, quanto tempo? _____

Ocupação: Desempregado (0), Empregado (1), Aposentado (2), Temporariamente afastado (3) Autônomo (4), Estudante (5), Outro (6)

História Psiquiátrica Prévia: Não (0) Sim (1) Se sim, qual? _____

Tratamento Psiquiátrico ou Psicológico? Não (0) Sim (1)

Medicação? Qual? _____

História Familiar de Doença Psiquiátrica: Ausente (0), Depressão (1), *Tentativa de Suicídio* (2), Suicídio (3), Transtorno Bipolar (4), Esquizofrenia (5), Problemas com Álcool (6), Problemas com drogas (7), Hospitalização Psiquiátrica (8), Tratamento Psiquiátrico (9), Outros (10), Não sabe (11)

Número do problema:

Pai () () () Mãe () () () Irmão () () () Filho () () ()

História de perdas de figuras parentais na infância? Ou perda recente? Se sim, qual?

Alguma data comemorativa próxima? Se sim, qual _____

Última consulta a um profissional de saúde? _____

Você considera que tem problemas com álcool? Não (0) Sim (1)

Uso de outras drogas? Não (0) Sim (1), Se sim, qual? _____

Doença Crônica? Não (0) Sim (1), Se sim, qual? _____

ANEXO V

BIÓPSIA PSICOLÓGICA: QUESTIONÁRIO DE INTENÇÃO SUICIDA

Traumas psíquicos

História de perdas de figuras parentais na infância? Ou perda recente? Se sim, qual?

Já sofreu alguma situação traumática que deixou marcas?

Como fez para lidar? Quais pensamentos passaram na época?

Perturbação emocional

Sente-se sem esperança?

Sente-se sozinho? Quem te oferece suporte?

Sente-se desamparado?

Como estão teus projetos futuros?

Intenção suicida

Já pensou em suicídio?

Você já se autoagrediu? Chegou a se cortar?

A morte é um assunto em que você tem pensado nas últimas semanas?

No caso de já ter cometido uma TS, há quanto tempo? Por que fez isso?

Deixou bilhete ou ligou para alguém? O que achou de não ter morrido?

Tinha conhecimento para avaliar se o método levaria à morte?

Fantasias e conceitos sobre a morte

Você imagina que esta situação provocou algum tipo de impacto em outras pessoas? Que tipo de impacto ou sentimento provocou nas pessoas?

No caso de ter realizado uma TS, sua visão das coisas do mundo ficou diferente desde a tentativa?

Você acha que algumas pessoas seriam incapazes de viver sem você?

Qual a pior coisa que você já pensou em fazer? Identifica algum motivo? Qual?

O que você imagina que aconteceria se cometesse suicídio?

Se morresse, o que aconteceria posteriormente?

Sente que morrer seria como dormir para sempre?

Depois que uma pessoa morre ela consegue saber o que está acontecendo com quem permaneceu vivo?

Quando uma pessoa morre, os pensamentos terminam?

Autoras Cleonice Zatti e Lucia Helena Freitas (publicado em 2019 na Revista Brasileira de Psicoterapia (celg.org.br))

ANEXO VI

Personality Inventory for the DSM-5 – Brief form (PID-5-BF) – Adulto

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Data: _____

Instruções: A seguir há uma lista de frases que as pessoas usam para se descrever. Gostaríamos de saber como você se descreve. Não há respostas certas ou erradas. Tente ser o mais honesto possível ao responder. Suas respostas são confidenciais. Não há tempo limite. Leia atentamente as frases e atribua de 0 a 3, conforme o quanto elas são verdadeiras para você de acordo com a seguinte escala: Nada (0) Pouco (1) Moderadamente (2) Muito (3)					Usado pelo clínico	
1.	As pessoas me descrevem como imprudente.	0	1	2		3
2.	Sinto que ajo totalmente por impulso.	0	1	2	3	
3.	Não consigo parar de tomar decisões precipitadas, mesmo sabendo que sou assim.	0	1	2	3	
4.	Frequentemente sinto que nada do que faço tem importância.	0	1	2	3	
5.	Os outros me veem como irresponsável.	0	1	2	3	
6.	Não sou bom em fazer planos futuros.	0	1	2	3	
7.	Meus pensamentos geralmente não fazem sentido para as pessoas.	0	1	2	3	
8.	Eu me preocupo com quase tudo.	0	1	2	3	
9.	Eu me emociono com facilidade, muitas vezes por uma razão muito pequena.	0	1	2	3	
10.	Eu temo ficar sozinho na vida mais do que qualquer outra coisa.	0	1	2	3	
11.	Eu fico preso em uma maneira de fazer as coisas, mesmo quando está claro que não vai funcionar.	0	1	2	3	
12.	Eu vi coisas que não estavam de fato lá.	0	1	2	3	
13.	Eu evito relacionamentos românticos.	0	1	2	3	
14.	Não estou interessado em fazer amigos.	0	1	2	3	
15.	Fico facilmente irritado com todo o tipo de coisas.	0	1	2	3	
16.	Não gosto de me aproximar muito das pessoas.	0	1	2	3	
17.	Não é um grande problema eu ferir os sentimentos de alguém.	0	1	2	3	
18.	Raramente fico entusiasmado com alguma coisa.	0	1	2	3	
19.	Eu necessito muito de atenção.	0	1	2	3	
20.	Eu frequentemente preciso lidar com pessoas que são menos importantes que eu.	0	1	2	3	
21.	Frequentemente tenho pensamentos que fazem sentido para mim, mas que os outros dizem que são estranhos.	0	1	2	3	
22.	Eu uso as pessoas para conseguir o que quero.	0	1	2	3	
23.	Frequentemente "saio fora do ar", e de repente volto e percebo que muito tempo se passou.	0	1	2	3	
24.	As coisas ao meu redor parecem irreais, ou mais reais do que o normal.	0	1	2	3	
25.	É fácil para mim tirar vantagens dos outros.	0	1	2	3	
Total/Escore bruto parcial:						
Escore total proporcional: (se itens 1 a 6 não respondidos)						
Escore total médio						

ANEXO VII

DSQ-40 - VERSÃO EM PORTUGUÊS DO DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE

(BLAYA *et al.*, 2004).

Esse questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas à como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa, e assinale sua resposta de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5, significaria que você nem concorda nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente, e um de 9, que você concorda fortemente.

	Discordo Plenamente				Concordo Plenamente				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. As pessoas tendem a me tratar mal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Eu frequentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Eu sou uma pessoa muito inibida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Eu não tenho medo de nada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Discordo Plenamente				Concordo Plenamente				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Eu frequentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Eu frequentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito bravo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Anexo VIII

Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2

Formulários de avaliação de dados (KRIEGER, 2013)

Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento

Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento Módulo Básico	Nada/ Raramente presente		Moderado		Elevado	Não classifi cável
	①	①	②	③	④	⑨

Avaliação objetiva da doença/problema

1. Gravidade atual da doença/problema						
1.1. Gravidade dos sintomas	①	①	②	③	④	⑨
1.2. GAF: máximo nos últimos 7 dias →						⑨
1.3. EQ-5D: Valores dos itens →	1.	2.	3.	4.	5.	⑨
2. Duração da doença/problema						
2.1. Duração da doença	< 6 Meses	6-24 Meses	2-5 anos	>-10 anos	> 10 anos	⑨
2.2. Idade na primeira manifestação da doença	Em anos → _____					⑨

Vivência, forma de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente

3. Vivência e forma de apresentação da doença						
3.1. Sofrimento subjetivo	①	①	②	③	④	⑨
3.2. Presença de problemas e queixas físicas	①	①	②	③	④	⑨
3.3. Presença de problemas e queixas psicológicos	①	①	②	③	④	⑨
3.4. Presença de problemas sociais	①	①	②	③	④	⑨
4. Conceptualização o da doença por parte do paciente						
4.1. Concepção da doença baseada em fatores somáticos	①	①	②	③	④	⑨
4.2. Concepção da doença baseada em fatores psicológicos	①	①	②	③	④	⑨
4.3. Concepção da doença baseada em fatores sociais	①	①	②	③	④	⑨
5. Conceptualização da mudança por parte do paciente						
5.1. tipo de tratamento desejado: físico/médico	①	①	②	③	④	⑨
5.2. tipo de tratamento desejado: psicoterapêutico	①	①	②	③	④	⑨
5.3. tipo de tratamento desejado: apoio social	①	①	②	③	④	⑨

Recursos e resistência à mudança

6. Recursos para a mudança (últimos 6 meses)						
6.1. Recursos pessoais	①	①	②	③	④	⑨
6.2. Apoio (Psico)Social	①	①	②	③	④	⑨

Resistência à mudança

7. Resistências à mudança						
7.1. Resistências externas à mudança	①	①	②	③	④	⑨
7.2. Resistências internos à mudança	①	①	②	③	④	⑨

Eixo I - Módulo Psicoterapêutico (Opcional)

	Módulo Psicoterapêutico (Opcional)	Nada/Raramente presente		Moderado		Elevado	Não classificado
	(opcional)	①	①	②	③	④	⑨

Vivência, formas de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente

5. Concepção da mudança por parte do paciente						
5.P1. Redução de sintomas	①	①	②	③	④	⑨
5.P2. Predisposição para a clarificação e reflexão dos problemas/conflitos	①	①	②	③	④	⑨
5.P3. Intervenção de suporte emocional	①	①	②	③	④	⑨
5.P4. Intervenção directiva	①	①	②	③	④	⑨

Recursos e Resistências à mudança

6. Recursos para a mudança						
6.P1. Capacidade introspectiva	①	①	②	③	④	⑨
7. Resistências à mudança						
7.P1. Ganhos secundários com a doença / condições que mantêm o problema	①	①	②	③	④	⑨

Eixo II – Relações Interpessoais

Perspectiva A: Vivência por parte do paciente			
O paciente percepção-se a si próprio como...		O paciente percepção os outros como...	
<i>Ítem N.º</i>	<i>Texto</i>	<i>Ítem N.º</i>	<i>Texto</i>
1.		1.	
2.		2.	

3.	3.
----	----

Perspectiva B: A percepção dos outros (incluindo a do investigador)			
Os outros percebem o paciente como...		Os outros percebem-se a si próprio como...	
Ítem N.º	Texto	Ítem N.º	Texto
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

Eixo III – Conflito

Questões preliminares que permitam ao terapeuta classificar o conflito:

A) Os conflitos não podem ser classificados por falta de segurança diagnóstica.	sim = ①	não = ②
B) Devido a um baixo nível de integração estrutural, não se reconhece um padrão distinto conflitual, mas antes padrões conflituais ténues.	sim = ①	não = ②
C) Uma vez que a percepção dos conflitos e dos afetos está condicionada por questões defensivas, o eixo do conflito não pode ser classificado.	sim = ①	não = ②
D) Stress conflitual (conflito indutor de stress) sem nenhum padrão conflitual e disfuncional repetitivo.	sim = ①	não = ②

Conflitos disfuncionais repetitivos

Conflitos disfuncionais repetitivos	Ausente	Insignificante	Significativo	Muito significativo	Não classificável
1. Individuação versus Dependência	②	①	③	④	⑤
2. Submissão versus Controle	②	①	③	④	⑤
3. Necessidade de ser cuidado versus auto-suficiência	②	①	③	④	⑤
4. Conflito de Auto-estima	②	①	③	④	⑤
5. Conflito de culpa	②	①	③	④	⑤
6. Conflito edipiano	②	①	③	④	⑤
7. Conflito de identidade	②	①	③	④	⑤

Conflito principal:

Seguido de (por ordem de importância):

Modo como o conflito principal se processa	Predominantemente activo	Misto mas activo	Misto mas passivo	Predominantemente passivo	Não classificável
	①	②	③	④	⑤

Eixo IV – Estrutura

	Nível Alto	1,5	Nível Medio	2,5	Nível Baixo	3,5	Nível desintegrado	Não classificável
1a Auto-percepção	①		②		③		④	⑤

	Nivel Alto	1,5	Nivel Medio	2,5	Nivel Baixo	3,5	Nivel desintegrado	Não classificável
1b Percepção do objeto	①		②		③		④	⑨
2a Auto-regulação	①		②		③		④	⑨
2b Regulação da relação objetual	①		②		③		④	⑨
3a Comunicação Interna	①		②		③		④	⑨
3b Comunicação com o mundo externo	①		②		③		④	⑨
4a Capacidade de vinculação: objetos internos	①		②		③		④	⑨
4b Capacidade de vinculação: objetos externos	①		②		③		④	⑨
5 Estrutura total	①		②		③		④	⑨

Eixo V – Transtornos mentais e psicossomáticos

Va: transtornos mentais:	CID-10 (criterios de investigación)	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F
Diagnóstico adicional 1:	F
Diagnóstico adicional 2:	F
Diagnóstico adicional 3:	F

Vb: transtornos de personalidade:	CID-10 (F60xx o F61.x)	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F
Diagnóstico adicional 1:	F

Para o diagnóstico dos eixos Va e Vb: Que transtorno é clinicamente predominante?	①=Eixo Va ②=Eixo Vb
---	------------------------