LENA NABUCO DE ABREU

**Avaliação do impacto da comorbidade com
transtornos ansiosos no comportamento suicida
em pacientes com transtornos de humor**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Beny Lafer

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Abreu, Lena Nabuco de

Avaliação do impacto da comorbidade com transtornos ansiosos no
comportamento suicida em pacientes com transtornos de humor / Lena Nabuco de
Abreu. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Beny Lafer.

Descritores: 1.Suicídio 2.Tentativa de suicídio 3.Transtorno bipolar
4.Transtorno depressivo 5.Ansiedade 6.Comorbidade

USP/FM/DBD-486/15

Dedicatória

Para meu pai Roberto Nabuco de Abreu (*in memoriam*), que me ensinou que o conhecimento nunca poderia ser tirado de nós

Agradecimentos

Uma tese é um trabalho que envolve mais do que o orientador e o orientando. Ele envolve os pacientes, a instituição, as pessoas da instituição, os amigos e a família. Independente da citação aqui, queria agradecer a todos que participaram direta ou indiretamente deste processo.

A meu orientador, Prof. Dr. Beny Lafer, que desde o término de minha residência sempre esteve disposto, mesmo nas horas mais difíceis a me orientar e mostrar os caminhos da pesquisa. Obrigada por acreditar em mim, mesmo quando eu mesma não mais acreditava e fazer entender que esse processo de amadurecimento é chamado Doutorado.

A minha mãe Camilla Nabuco de Abreu, que sempre esteve a meu lado e acreditou em mim independente das dificuldades, além de me oferecer condições para realizar meus sonhos mesmo quando teve de abrir mão dos dela.

A minha irmã Adriana Nabuco de Abreu, que é minha melhor metade. Obrigada por me fazer lembrar sempre quem eu sou e de nossa história. Sem você, minha vida não seria a mesma!

À Dra. Maria Oquendo, a oportunidade enorme de aprendizado e possibilidade de experimentar a pesquisa, de modo tão completo; e compartilhar além dos dados, o conhecimento, o tempo e a paciência.

Aos estatísticos Bernardo dos Santos e Hanga Galfavy, obrigada por me introduzirem e ensinarem incansavelmente o tão complexo universo da estatística.

A Rogério Coelho de Souza, que com muito carinho ao longo dos anos vem sendo o mais próximo que tenho da figura de um pai. A segurança que você sempre me proporcionou fez com que eu conseguisse ser eu mesma.

A Luciana Balbo Portella, que me proporciona uma experiência de ter uma irmã mais velha, cujas palavras sábias e a escuta infindável proporcionaram-me conforto necessário para seguir em frente.

À querida amiga Mary Ann Von Bismark, que sempre me apoiou, escutou, encorajou, secou as lágrimas e lembrou-me que, em último caso, sempre poderíamos ser o Batman,

A Roberta Gonçalves, Ana Kleimann, Karla Mathias de Almeida, Edmir Gurgel e Sheila Caetano, obrigada por me mostrarem que a pesquisa no universo feminino é possível e pelo apoio incondicional.

A todos os integrantes do PROMAN pelo carinho, paciência e ajuda tão necessária nesse processo, sobretudo Bernardo Gomes, José Antonio Amaral, Ricardo Toniolo, Rodrigo Dias e Alexandre Gigante, homens que equilibram nosso grupo.

Às amigas que o doutorado trouxe pelo caminho: Beatriz Mello, Fernanda Perillo, Camila Kappeler e Fernanda Ferrari. Mesmo de universos tão diferentes sempre estiveram presentes e prontas para ajudar.

À Dra. Simone Chiconelli, Dra. Vivian Yuri Hiroce e Grazielle Ruiz, além de toda a equipe do Santa Helena Assistência Médica pela infindável paciência com as faltas, reuniões e mudanças súbitas de agenda. Mais do que ninguém, vocês conseguiram manter minha tranquilidade e oferecer-me o bem mais precioso que precisei: tempo.

A Eliza Fukushima e Isabel Ataíde, sem a ajuda de vocês nos meandros burocráticos, esta tese estaria perdida.

Ao Cnpq (Conselho Nacional de Pesquisa), pelo apoio financeiro concedido durante o doutorado sob a forma de bolsa de estudo.

A Paulo Marcos Rodrigues de Almeida que me trouxe uma felicidade que sem a qual este trabalho não teria sido o mesmo. Obrigada por ser você!

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertação, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3^a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos, de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de Abreviaturas e Siglas

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Resumo

Abstract

1	Introdução	1
1.1	Aspectos históricos do suicídio	2
1.2	Definição de suicídio, tentativas de suicídio e ideação suicida	5
1.3	Epidemiologia do comportamento suicida	8
1.4	Modelos de comportamento suicida	9
1.5	Comportamento suicida e transtornos de humor.....	16
1.5.1	Prevalência do comportamento suicida nos transtornos de humor.....	16
1.5.2	Fatores de risco para comportamento suicida	18
1.6	Transtornos de humor e transtornos ansiosos: comorbidade e seu impacto no comportamento suicida	22
1.6.1	Definição de comorbidade e sua significância clínica	22
1.6.2	Prevalência da comorbidade com transtornos ansiosos em pacientes com transtornos de humor.....	23
1.6.3	Comportamento suicida em pacientes com transtornos de ansiedade	24
1.6.4	Comportamento suicida em pacientes com transtorno de humor e comorbidade com transtornos ansiosos	29
1.6.4.1	Estudos retrospectivos	29
1.6.4.2	Estudos prospectivos	31
1.6.5	Sintomas ansiosos em pacientes com transtornos de humor e risco para comportamento suicida	36
2	Justificativa	39
3	Objetivos e Hipóteses	41
3.1	Objetivo Geral	42
3.2	Objetivos Específicos	42
3.3	Hipóteses	43
4	Sujeitos e Métodos	44

4.1	Aspectos éticos	45
4.2	Amostra	45
4.3	CrITÉrios de Inclusão.....	46
4.4	CrITÉrios de exclusão	46
4.5	Instrumentos de avaliação	46
4.5.1	DiagnÓstico	46
4.5.2	Comportamento Suicida	46
4.5.3	Avaliação de sintomas clÍnicos	47
4.5.3.1	Sintomas depressivos e desesperança.....	47
4.5.3.1.1	Escala de depressão de Hamilton-24 itens HAM-D).....	47
4.5.3.1.2	Inventário de depressão de Beck (BDI)	47
4.5.3.1.3	Escala de ideação suicida de Beck (SSI)	48
4.5.3.1.4	Escala de desesperança de Beck (BHS).....	48
4.5.3.2	Impulsividade, Hostilidade e Agressividade	49
4.5.3.2.1	Escala de impulsividade de Barratt (BIS).....	49
4.5.3.2.2	<i>Brown-Goodwin Aggression Inventory</i> (BGAi).....	49
4.5.3.2.3	<i>Buss-Durkee Hostility Inventory (BUSS)</i>	50
4.6	Desenho do estudo e seguimento.....	51
4.7	Análise estatística.....	52
5	Resultados	53
5.1	Características sociodemográficas da amostra	54
5.2	Avaliação da comorbidade com transtornos de ansiedade nas tentativas de suicídio durante o seguimento	57
5.3	Avaliação dos sintomas de ansiedade e outros fatores de risco relacionados a tentativas de suicídio durante o seguimento	62
6	Discussão	64
7	Conclusão	74
8	Referências.....	76
	Apêndices	88
	Apêndice 1 - <i>Columbia Suicide History Form (CSHF)</i>	
	Apêndice 2 - <i>Brown-Goodwing Aggression Inventory (BROWN)</i>	
	Apêndice 3 - <i>Buss-Durkee Hostility Inventory (BUSS)</i>	

Listas

Lista de Abreviaturas e Siglas

BDI	- Escala de Depressão de Beck
BIS	- Escala de Impulsividade de Barrat
BPRS	- Brief Psychiatry Rating Scale
BROWN	- Brown-Goodwing Aggression Inventory
BSM	- Bipolar Suicidality Model
BUSS	- Buss-Durkee Hostility Inventory
CNPq	- Conselho Nacional de Pesquisa
COP	- Modelo Cry of Pain
CSHF	- Columbia Suicide History Form
DM	- Transtorno depressivo maior
ECA	- Epidemiologic Catchment Area
EUA	- Estados Unidos da América
HAMD	- Escala de Depressão de Hamilton - 24 itens
HOPE	- Escala de Desesperança de Beck
HR	- Hazard ratio
IC	- Intervalo de confiança
NERSAC	- National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
NIMH	- National Institute of Mental Health
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OR	- Odds ratio
PODI	- Polydiagnostic interview
SAMS	- Schematic Appraisal Model for Suicide
SCID	- Structured Clinical Interview for DSM III-R
SIS	- Escala de Ideação Suicida de Beck

SOE	- sem outra especificação
TAG	- Transtorno de ansiedade generalizada
TB	- Transtorno bipolar
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	- Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC	- Transtorno obsessivo compulsivo
TP	- Transtorno de pânico
USP	- Universidade de São Paulo

Listas de Tabelas

Tabela 1 -	Prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida em pacientes com DM, TB tipo I e TB tipo II, de acordo com seis estudos independentes.....	17
Tabela 2 -	Fatores de risco para comportamento suicida	21
Tabela 3 -	Comorbidades com transtornos ansiosos em pacientes com transtornos de humor	23
Tabela 4 -	Risco de comportamento suicida em transtornos de ansiedade	28
Tabela 5 -	Incidência de ideação suicida e tentativas de suicídio, após o seguimento de 3 anos	33
Tabela 6 -	Cronograma de seguimento.....	51
Tabela 7 -	Características sociodemográficas e clínicas da amostra.....	55
Tabela 8 -	Escores das escalas de avaliação de sintomas clínicos à entrada no estudo	56
Tabela 9 -	Fatores de risco associados a tentativas de suicídio no seguimento	63

Lista de Figuras

Figura 1 -	Modelo estresse-diátese	12
Figura 2 -	Modelo Bipolar Suicidality Model (BSM)	15
Figura 3 -	Curva de sobrevivência para a primeira tentativa de suicídio.....	58
Figura 4 -	Curva de sobrevivência para pacientes com transtorno de pânico	59
Figura 5 -	Curva de sobrevivência para pacientes com fobia social.....	60
Figura 6 -	Curva de sobrevivência para pacientes com transtorno de estresse pós-traumático	61

Resumo

Abreu LN. *Avaliação do impacto da comorbidade com transtornos ansiosos no comportamento suicida em pacientes com transtornos de humor* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

A presença de tentativas de suicídio vem sendo associada à comorbidade com transtornos de ansiedade, tanto em estudos retrospectivos como nos prospectivos em pacientes com transtorno depressivo maior e naqueles com transtorno bipolar, embora os estudos apresentem resultados conflitantes. O objetivo deste estudo foi avaliar, prospectivamente, o impacto da presença da comorbidade com os transtornos ansiosos na presença de tentativas de suicídio em pacientes com transtornos do humor, durante o seguimento de 2 anos. Foram avaliados 667 pacientes, divididos em dois grupos: um grupo com comorbidade com transtorno ansioso (N=229, 34,3% e outro sem a comorbidade (N=438, 65,7%) em um estudo prospectivo com duração de 2 anos. As avaliações foram realizadas à entrada do estudo, após 3 meses, 12 meses e 24 meses. As escalas utilizadas nas avaliações foram: Escala de Depressão de Hamilton-24 itens, Escala de Desesperança de Beck, Escala de Ideação Suicida de Beck, Escala de Impulsividade de Barrat, *Brown-Goodwin Aggression Inventory*, *Buss-Durkee Hostility Inventory* e a *Columbia Suicide History Form* para avaliação da presença de tentativas de suicídio. Sintomas ansiosos foram avaliados por meio dos subitens: agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática e hipocondria presentes na Escala de Depressão de Hamilton. A medida de desfecho foi a presença de tentativa de suicídio durante o seguimento. Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier foram utilizadas para avaliar a relação entre a presença de tentativas de suicídio no seguimento e a presença de comorbidade com transtorno ansioso à entrada do estudo. A regressão de Cox foi empregada para avaliar quais outros fatores de risco incluindo os sintomas ansiosos estariam associados à presença de tentativas de suicídio no seguimento. Os resultados mostraram que 63 pacientes (13,1%) tiveram tentativa durante o seguimento. Não houve diferença entre os pacientes com e sem comorbidade com transtorno ansioso (log-rank 0,269 $p=0.604$). Na regressão de Cox, sexo feminino (HR 4.088 $p\leq 0.001$), tentativas de suicídio prévias (HR 3,17, $p=0,002$), e escores de hostilidade (HR 1,06 $p\leq 0,001$) foram preditores de tentativas de suicídio durante o seguimento. A presença de sintomas hipocondríacos foi um fator protetor para tentativas durante o seguimento (HR 0,60, $p=0,011$). Contrariamente a alguns estudos retrospectivos, neste estudo a comorbidade com transtornos ansiosos não foi um fator de risco para tentativas de suicídio no seguimento em pacientes com transtornos de humor

Descritores 1. Suicídio 2. Transtorno Bipolar 3. Transtorno Depressivo 4. Ansiedade 5. Comorbidade

Abstract

Abreu LN. *Evaluation of the impact of comorbid anxiety disorders in suicidal behavior in patients with mood disorders* [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Suicide attempts have been associated with comorbidity with anxiety disorders in cross-sectional studies in both major depression and bipolar disorder, although not all studies agree. Our aim was to prospectively test the impact of comorbid anxiety disorders on future suicide attempts in a sample of mood disordered patients. A two-year prospective study evaluated 667 patients divided in two groups: patients with comorbid anxiety disorders (N=229, 34.3%) and patients without the comorbidity (N=438, 65.7%). Assessments were performed at baseline and after 3, 12 and 24 months. The main outcome was the occurrence of suicide attempts during follow-up. The scales used in the patient's evaluation were: Hamilton Depression Rating Scale-24 items, Beck Hopelessness Scale, Scale for Suicide Ideation, Barrat Impulsiveness Scale, Brown-Goodwin Aggression Inventory, Buss-Durkee Hostility Inventory and Columbia Suicide History Form To evaluate the presence of attempts. Anxiety symptoms were evaluated using the sub-items agitation, psychic anxiety, somatic anxiety and hypochondria. Kaplan-Meier survival curves were used to elucidate the relationship between presence of lifetime anxiety disorders and subsequent suicide attempts. Cox proportional Hazard regression was performed to investigate other risk factors associated with suicide attempts during follow-up, including anxiety symptoms at baseline (somatic anxiety, psychic anxiety, agitation and hypochondriasis). There were 63 patients (13.1%) with suicide attempts during follow-up. There were no differences in survival curves for presence of comorbid anxiety disorders (log-rank test 0.269 $p=0.604$). In the Cox proportional hazard regression female sex (HR 4.088 $p\leq 0.001$), past suicide attempts (HR 3.17, $p=0.002$), and hostility scores (HR 1.06 $p\leq 0.001$) were the strongest predictors for suicide attempts. Hypochondriac symptoms were a protective factor for future suicide attempts (HR 0.60, $p=0.011$). Contrary to some cross-sectional studies, our results suggest that comorbidity with anxiety disorders is not a risk factor for future suicide attempts in patients with MDD or BD.

Descriptors: 1. Suicide 2. Bipolar Disorder 3. Depressive Disorder 4. Anxiety 5. Comorbidity

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos históricos do suicídio

O termo suicídio é derivado do latim *sui* (próprio) e *cidium* (matar). Os antigos gregos utilizavam outras expressões, tais como “romper a vida”, “apreender a morte”, “apertar a morte”, “fazer violência contra si mesmo”, “deixar a luz” ou ainda “autoabate”. A partir do Iluminismo no século XVII, a palavra suicídio passa a ser mais utilizada que as outras denominações (Jamison, 1999).

Ninguém sabe quem foi o primeiro ser humano a cometer suicídio ou os motivos por trás desse ato. A respeito de uma perspectiva evolutiva, dificilmente os hominídeos, antes do *Homo Sapiens*, seriam candidatos a esse tipo de comportamento dada a luta constante pela sobrevivência. Em que momento então em nossa evolução como seres humanos a intenção consciente de querer morrer passou a fazer parte de nossas vidas? Violência, imprudências, comportamento de risco, isolamento social, impulsividade e automutilação são vistos em várias espécies animais, mas o suicídio é o único comportamento provável inerente à espécie humana. Uma vez cometido o primeiro suicídio e com base no reconhecimento desse ato pelos outros da mesma espécie, o ato começou a ser repetido, em parte porque as razões e meios continuam a existir e, em parte, porque o ser humano aprende por imitação. O suicídio, especialmente, apresenta um aspecto perigoso de contágio e àqueles com fragilidades um apelo único de solução final (Jamison, 1999).

Diferentes culturas encaram o suicídio de modos diversos. Em algumas culturas como os Esquimós, Samoanos e Índios Crown, o suicídio dos idosos e doentes era aceito, encorajado e visto como algo altruísta. Na Grécia antiga, os suicídios eram percebidos como uma escolha individual e, geralmente, estavam ligados a questões de honra, reparação por crimes cometidos, defesa de princípios morais ou religiosos ou, até mesmo, por motivos militares (soldados capturados em batalhas). Apesar disso, nem toda a antiga sociedade grega concordava com essa visão. Para Aristóteles e Pitágoras, o suicídio era considerado um ato de covardia e, em várias cidades gregas, como Tebas e Atenas, os suicidas não tinham o direito de terem funerais além de terem a mão decepada do braço. Na Roma antiga, o suicídio passou a ser considerado crime, e os herdeiros não tinham direito a receber as posses do falecido (Jaminson, 1999).

Do ponto de vista religioso, as religiões Católica e Judaica condenam o suicídio. No Catolicismo, o suicídio é visto como um pecado que viola o sexto mandamento (“não matarás”). O suicida é excomungado e tem os rituais fúnebres negados, inclusive não podendo ser enterrado em solo sagrado. Já o Judaísmo proíbe o uso de roupas funerais para os suicidas, eles são enterrados em um espaço isolado no cemitério, pois são considerados como imorais. Já no Islamismo, o suicídio é considerado um crime grave, inclusive mais grave que o assassinato. A única exceção é o sacrifício em prol de Alá, quando a morte tem um motivo religioso maior. Mesmo nos dias atuais vários teólogos continuam a enxergar o suicídio como o mais “imperdoável” de todos os pecados (Jamison, 1999).

Além das sanções legais e religiosas, o suicídio por suas características, muitas vezes, dramáticas, inexplicáveis, violentas e, potencialmente, estimulantes de outras mortes gerava medo na população. Na Europa, os corpos dos suicidas eram, muitas vezes, desmembrados e queimados em encruzilhadas durante a noite, pois acreditava-se que o grande tráfego nos cruzamentos manteria os corpos enterrados, e os cruzamentos confundiriam o espírito, impedindo-o de achar o caminho de volta a casa. Outras vezes eram fincadas estacas no coração dos suicidas. No século XIX, na França, não só o suicídio era considerado crime, como o corpo dos suicidas eram arrastados pelas ruas e depois pendurados em forcas ou jogados no lixo das cidades. Na Alemanha, os corpos dos suicidas eram postos em barris e colocados em rios para nunca mais voltarem a seu local de origem (Jamison, 1999).

Gradualmente, tanto as religiões como as leis tornaram-se mais brandas em relação ao suicídio. Os sistemas judiciais e a população passaram a enxergar o suicídio como o resultado de um “desequilíbrio mental” e não como fraqueza ou pecado. Em 1862, Robert Burton em sua obra *“Anatomy of Melancholy”* descrevia com muita habilidade e compaixão as fronteiras entre loucura, melancolia e suicídio, argumentando por piedade àqueles que “estavam em tamanho desespero e agitação que se matavam”. Depois de 25 anos, o livro *Blathanatos* do autor e poeta John Donne, decano da Catedral de São Paulo em Londres, declarou que o suicídio poderia ser ocasionalmente justificável e compreendido. Para ele, o suicídio era uma escolha pessoal: “quando alguma aflição me ataca, penso que tenho a

chave da minha prisão em minhas próprias mãos e nenhum remédio apresenta-se tão rápido ao meu coração quanto a minha própria espada” (Jaminson, 1999).

A partir de 1800, com a influência destes e outros livros e trabalhos sobre o tema, tanto na Europa como nos Estados Unidos da América (EUA) cada vez mais o suicídio foi deixando de ser um crime e, durante os séculos XVIII e XIX, a maioria dos países europeus descriminalizou o suicídio, embora na Inglaterra isso só tenha acontecido em 1961 e na Irlanda, em 1963 (Jaminson, 1999).

Conforme cita Jamilson:

....nos temos muito conhecimento sobre quem comete suicídio: idade mais vulnerável, condição social, gênero... sabemos também muito de como, aonde e quando.... mas não temos certeza do porque as pessoas cometem suicídio... inevitavelmente a pesquisa e a literatura do suicídio refletem as complexidades, inconsistências e falhas do nosso entendimento. Também reflete séculos de tentativas de explicar o incompreensível ato de se suicidar. (Jamilson, 1999).

1.2 Definição de suicídio, tentativas de suicídio e ideação suicida

Na acurácia das pesquisas sobre suicídio, uma das principais limitações é como definir o comportamento suicida e a falta de uma nomenclatura ou classificação uniforme (Oquendo et al., 2003). Em 1972, o Centro de Estudos de Prevenção de Suicídio do *National Institute of Mental Health* (NIMH) propôs três categorias de comportamento suicida: suicídio completo, tentativas de suicídio e ideação suicida (Beck et al., 1975; 1979). Estas definições foram refinadas por O’Carroll et al. (1996) no que ele

denominou de “*suicide-related behaviour*”, que seria composto por duas subcategorias: “*instrumental behaviour*” (comportamento autolesivo com outro propósito que não o da letalidade, como por exemplo, chamar atenção que poderia resultar em três desfechos: sem lesão, presença de lesão ou morte). A outra categoria seria dos “*suicidal acts*”, que seriam atos cometidos com a intenção explícita ou implícita de morrer.

Caso o resultado do ato suicida seja a morte é, então, chamado de suicídio completo. Caso o indivíduo sobreviva com ou sem lesão, o ato é chamado, então, de tentativa de suicídio. Conforme O'Carrol et al. (1996), a principal distinção entre essas categorias é a intencionalidade do ato, o que na prática clínica não soluciona a questão, visto que os pacientes mudam o discurso referente à intencionalidade, seja por negação, preconceito ou abreviar a internação hospitalar.

Em 2002, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América posicionou-se definindo as tentativas de suicídio como “atos autolesivos com alguma intenção de morrer e cuja intencionalidade pode ser inferida por meio da letalidade do ato ou pelas declarações feitas pelo indivíduo, antes ou depois do ato (Goldsmith et al., 2002).

A intenção suicida é definida como a intensidade com o que o paciente deseja pôr fim à sua vida. Ela é avaliada por intermédio da *Suicide Intent Scale*, que avalia o propósito da tentativa, planejamento, percepção da fatalidade, prevenção da descoberta do planejamento suicida e arranjos pós-morte, como testamento ou compra de seguro de vida (Beck et al., 1974a).

Já, a ideação suicida é definida como pensamentos que compreendem desde o desejo até o método de cometer suicídio. A ideação suicida apresenta várias dimensões, incluindo desde a presença de um planejamento suicida até os métodos para realizá-lo e várias intensidades que vão desde pensamentos de morte ocasionais até ruminações obsessivas sobre a própria morte (Beck et al., 1988).

Oquendo et al. (1999) buscando englobar em um único instrumento todas as dimensões do comportamento suicida criaram um instrumento denominado *Columbia Suicide History Form* (CSHF). A CSHF é uma entrevista semiestruturada onde todas as tentativas de suicídio do indivíduo ao longo da vida são investigadas em relação ao tempo, letalidade, método, fatores precipitantes e ambientais (Apêndice 1). Uma distinção importante da CSHF é que, além de investigar cada tentativa, as tentativas são classificadas em quatro tipos de tentativas: tentativas reais (ato autolesivo cometido com alguma intenção explícita ou não de morrer em decorrência daquele ato); tentativa interrompida (quando a tentativa é interrompida por circunstâncias externas); tentativa abortada (quando o próprio indivíduo interrompe a tentativa) e tentativa ambígua (quando o ato parece ter a intenção de letalidade, mas o indivíduo nega a intenção e o clínico, por sua vez, não consegue inferir a intencionalidade). Além disso, o entrevistador identifica a primeira tentativa, a tentativa mais letal e a mais recente.

Em nosso estudo, selecionamos os pacientes com tentativas reais independentemente da letalidade ou do tempo da tentativa foram

selecionados, buscando uma amostra mais homogênea de pacientes com tentativas.

1.3 Epidemiologia do comportamento suicida

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que o suicídio está entre as 20 principais causas de morte no mundo, incluindo todos os grupos e faixas etárias, sendo responsáveis por um milhão de mortes ao ano. A taxa de mortalidade por suicídio é de 16 suicídios a cada 100.000 habitantes, sendo 18 suicídios a cada 100.000 habitantes para homens e 11, a cada 100.000 habitantes para as mulheres. O suicídio está entre as três principais causas de morte no grupo etário entre 15-44 anos e é a segunda causa de morte no grupo etário entre 10-24 anos. Estima-se que, para cada caso de suicídio, haja, pelo menos, 20 casos de tentativas de suicídio (WHO, 2014).

Na população geral americana, em um estudo realizado com 5.877 participantes com idade entre 15 e 54 anos, 13,5% apresentaram ideação suicida durante a vida; 3,9% planejaram uma tentativa e 4,6% haviam tido uma tentativa de suicídio. Além disso, entre 60% e 90% das tentativas aconteceram no período de um ano após o surgimento da ideação suicida (Kessler et al., 1999).

No Brasil, o coeficiente de mortalidade por suicídio (proporção de suicídio para cada 100.000 habitantes) é de 3,5/100.000, o que é considerado um coeficiente baixo (coeficientes médios variam entre 5 e 15, altos 15 e 30 e muito alto acima de 30). Esse coeficiente coloca o Brasil em

71º lugar no ranking dos países em relação ao suicídio (WHO, 1999). É importante lembrar que, em países em desenvolvimento, há uma escassez de dados em relação ao comportamento suicida (Bahls; Botega, 2007). Botega et al. (2005), em um estudo populacional na cidade de Campinas com 515 pessoas com idade superior a 14 anos, demonstraram que, ao longo da vida, 17,8% haviam pensado seriamente em pôr fim à vida, 4,8% haviam feito um planejamento e 2,4% tiveram uma tentativa de suicídio.

Estudos usando a metodologia de autópsia psicológica mostram que, pelo menos, 90% dos indivíduos que cometeram suicídio apresentavam no momento da morte algum transtorno mental e entre esses transtornos, aproximadamente, 30% a 50% eram transtorno de humor (Cavanagh et al., 2003, Arsenault-lapierre et al., 2004). Tais dados apontam para a importância da detecção precoce de fatores de risco e de intervenções específicas para a prevenção do comportamento suicida em pacientes com transtornos mentais, sobretudo nos pacientes com transtornos de humor.

1.4 Modelos de comportamento suicida

O comportamento suicida é o resultado de uma complicada sequência de eventos cognitivos e comportamentais, começando com a ideação suicida e evoluindo para o planejamento e à tentativa (Johnson et al., 2008). Pela sua etiologia multifatorial, o comportamento suicida é, notoriamente, difícil de ser antecipado e, portanto, prevenido. Durante os últimos anos, pesquisadores vêm tentando elucidar os mecanismos que levam ao

comportamento suicida e uma grande variedade de fatores biológicos, sociais e psicológicos vem sendo estudada, sobretudo no contexto dos transtornos mentais (O'Connor, 2003).

Ao buscarem um modelo teórico que englobe esses achados e facilite as pesquisas sobre o tema, alguns pesquisadores propuseram os modelos descritos a seguir.

a. Modelo estresse-diátese

Descrito por John Mann, em 1999, após a avaliação de um grupo de pacientes com vários transtornos mentais dos eixos I e II, o modelo propõe que o comportamento suicida seria resultado da interação entre os estressores (episódios de humor, psicose e eventos vitais) que interagiriam com uma diátese (ou traços) inerentes ao paciente. Essa diátese seria composta por um fator impulsividade/agressividade (altos níveis de impulsividade, agressividade e hostilidade) e outro fator pessimismo (altos níveis de desesperança e depressão subjetiva). O impacto dos estressores sobre essa diátese resultaria em ideação suicida e tentativas de suicídio. Esse foi o primeiro modelo a levar em consideração outros fatores, além do próprio transtorno mental (Mann et al., 1999). No estudo de validação desse modelo, 347 pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico com idade entre 14-72 anos, sendo 51 homens, que foram avaliados por meio de entrevistas diagnósticas: *Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID)* e *Structure Personality Disorder examination*, para avaliação de patologia do eixo II. Além disso, os sintomas

psiquiátricos foram avaliados pela escala *Brief Psychiatry Rating Scale* (BPRS). O fator pessimismo foi medido pela Escala de Depressão de Hamilton-24 itens (HAMD), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Ideação Suicida de Beck (SIS) e Escala de Desesperança de Beck (HOPE). O fator impulsividade foi avaliado pela Escala de Impulsividade de Barratt (BIS), *Brown-Goodwing Aggression Inventory* (BROWN) (Apêndice 2) e *Buss-Durkee Hostility Inventory* (BUSS) (Apêndice 3). Além disso, eventos vitais medidos pela *St. Paul-Ramsey Scale* e potenciais fatores protetores (*Reasons for living inventory*) também foram avaliados. Os pacientes com tentativa de suicídio apresentaram maiores escores em todas as escalas do fator pessimismo, fator impulsividade e agressividade, e, no modelo final, o fator impulsividade/agressividade foi o principal fator que diferenciou os pacientes com e sem tentativas, conforme mostram os dados da Figura 1.

Figura 1 - Modelo Estresse-Diátese. Adaptado de Mann et al., 1999

b. Modelo *Cry of Pain* (CoP)

Modelo desenvolvido para pacientes bipolares (Williams, 2001) propõe que o comportamento suicida seria resultado de um desejo de escapar de uma dor psicológica insuportável (Rasmussen et al., 2010). O comportamento suicida ocorreria em resposta a um estressor que ocasionaria no indivíduo um conjunto das seguintes sensações: i. Sensação de derrota; ii. impossibilidade de saída; iii. impossibilidade de resgate. Estas três sensações ativariam um *script* mental de desamparo (Williams; Pollock, 2001), dando início ao comportamento suicida. Viéses no processamento de informações,

esquemas negativos de memória e dificuldade na solução de problemas (Williams; Pollock, 2001; Johnson et al., 2008) contribuiriam para a piora dessas sensações e, portanto, maior risco para o comportamento suicida. Esse modelo foi válido em um estudo retrospectivo com 113 pacientes admitidos em um hospital, após comportamento autolesivo (36 pacientes apresentavam pela primeira vez o comportamento e 67 já haviam apresentado mais de uma vez) em comparação com 37 controles. Escalas de derrota, potencial de escape, suporte social, pensamento positivo sobre o futuro, depressão, ansiedade e ideação suicida foram utilizadas. A presença de ideação suicida foi associada à inabilidade de pensar positivamente e à sensação de derrota e aprisionamento (Rasmussen et al., 2010).

c. Modelo SAMS (*Schematic Appraisal Model for Suicide*)

Modelo desenvolvido para pacientes com esquizofrenia baseado no *CoP*. que postula que existem dois sistemas de avaliação que interagiriam para resultar em comportamento suicida: “*self-appraisal*” e “*situation appraisal*”. O *self-appraisal* seria a capacidade do indivíduo lidar com emoções, problemas e buscar suporte social. Já o *situation-appraisal* envolveria a percepção subjetiva dos estressores, como “derrotas” ou “sem possibilidade de saída”. (Jonhson et al., 2008; 2010). Percepções negativas sobre si mesmo e da situação levariam o indivíduo a comportamento suicida. Esse modelo foi

validado em um estudo com 77 pacientes com transtornos psicóticos que foram avaliados em relação à ideação suicida, desesperança e autoavaliação (*Resiliense Appraisal Scale*). Maiores escores de autoavaliação positiva correlacionaram-se positivamente com menores escores de desesperança e de ideação suicida, sugerindo que autoavaliações positivas sobre si mesmo poderiam ser um fator protetor contra a ideação suicida e as tentativas de suicídio (Johnson et al., 2010).

d. Modelo BSM (*Bipolar Suicidality Model*)

Em 2013, modelo teórico proposto por Mahli e colaboradores, com base no *CoP* e no *SAMS*. Nesse modelo, é proposto um sistema de avaliação que frente a um estressor busca uma resposta emocional e comportamental a ele. Tal sistema de avaliação leva em consideração tanto o self do indivíduo como o dos outros significativos. No caso dos pacientes bipolares, esse sistema de avaliação está sujeito às influências comuns do transtorno, sendo estas emocionais (sintomas subsindrômicos, desregulação afetiva) e cognitivas (impulsividade, negativismo, dificuldades de memória e aprendizado, dificuldades de enfrentamento). Frente a um estressor, esse sistema de avaliação sujeito a essas influências faria o indivíduo sentir-se derrotado e sem saída, ativando o “script de suicídio” (representação mental sobre o suicídio que o indivíduo tem, o que promove o entendimento do suicídio para aquela pessoa e influencia seus pensamentos e atitudes

em relação ao comportamento suicida) e, em última instância, poderia levar ao comportamento suicida. Tal modelo ainda não foi testado em pacientes, conforme é apresentado pelos dados da Figura 2.

Figura 2 - Modelo BSM. Adaptado de Mahli et al., 2013

1.5 Comportamento suicida e transtornos de humor

1.5.1 Prevalência do comportamento suicida nos transtornos de humor

Em amostras clínicas, a maioria dos estudos aponta que entre 30% e 40% dos pacientes com transtorno depressivo maior (DM) e 50% dos pacientes com transtorno bipolar (TB) apresentam tentativas de suicídio ao longo da vida. Em um estudo com 269 pacientes com DM recrutados da população geral, Sokero et al. (2003) observaram que 64 pacientes (32%) da amostra apresentavam tentativas de suicídio prévias; Valtonen et al. (2005), em um estudo retrospectivo com 191 pacientes bipolares também recrutados da população geral, sendo 90 pacientes com TB tipo I e 101 com TB tipo II, observaram que 85 pacientes (45%) apresentavam tentativas de suicídio ao longo da vida.

Em um estudo com 100 pacientes internados com diagnóstico de depressão maior, Malone et al. (1995) observaram que 51% dos pacientes apresentavam tentativas ao longo da vida. Em relação ao suicídio completo, estudos mostram que, entre os pacientes com transtornos de humor, 15% a 19% morrem por suicídio (Miles, 1977; Goodwin; Jamison, 1990). Em 1970, Guze e Robins, foram os primeiros a documentar sistematicamente o risco de suicídio nos pacientes com doença maníaco-depressiva. Foram revisados 14 estudos prospectivos, dois estudos populacionais e um de família onde uma média de 15% de todos os pacientes faleceram por suicídio (as porcentagens variaram entre 12% e 60%).

Em relação à prevalência de tentativas de suicídio, de acordo com os diferentes diagnósticos de transtornos de humor (DM, TB tipo I e TB tipo II), Rihmer e Kiss (2002), considerando seis estudos independentes (Dunner et al., 1976; Endicott et al., 1985; Coryell et al., 1987; Cassano et al., 1992; Vieta et al., 1997; Tondo et al., 1999), nos quais a prevalência de tentativas de suicídio foi avaliada para cada diagnóstico (DM, TB tipo I e TB tipo II), demonstraram que os pacientes com TB tipo II apresentavam maior prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida, seguidos dos pacientes com TB tipo I e dos pacientes com DM, conforme os dados da Tabela 1.

Tabela 1 - Prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida em pacientes com DM, TB tipo I e TB tipo II de acordo com seis estudos independentes

Diagnóstico	Prevalência de tentativa de suicídio	Variação da prevalência
DM (N=1214)	12%	9-19%
TB tipo I (N=606)	17%	10-18%
TB tipo II (N=252)	24%	18-56%

DM: Depressão Maior; TB: transtorno bipolar

Fonte: Adaptação de Rihmer e Kiss, 2002

Especificamente em relação à prevalência de tentativas de suicídio nos pacientes com TB tipo I e TB tipo II, os estudos mostram resultados conflitantes. Em um estudo retrospectivo com 191 pacientes bipolares (90 pacientes com TB tipo I e 101 pacientes com TB tipo II), Valtonen et al.

(2005) não encontraram diferença significativa em relação tanto à presença de tentativas de suicídio (TB tipo I 36%, TB tipo II 64%) como de ideação suicida (TB tipo I 47% e TB tipo II 53%) em comparação com os pacientes bipolares sem comportamento suicida (TB tipo I 53% e TB tipo II 47%). Após 18 meses de seguimento desses mesmos pacientes, conforme citam Valtonen et al. (2008), também não houve diferença na incidência de tentativas de suicídio entre os pacientes com TB tipo I e II (TB tipo I 38% com tentativas versus 49% sem tentativas e TB tipo II 62% com tentativas versus 51% sem tentativas).

Em um estudo epidemiológico realizado na Dinamarca com pacientes tratados em hospitais psiquiátricos nascidos entre 1955 e 1991 e acompanhados até 2006, os pacientes do sexo masculino com transtorno bipolar apresentaram maior risco para suicídio ("Odds Ratio" OR 7,7 Intervalo de confiança de 95% (95% IC) 6,01-10,05) em comparação com os pacientes do sexo masculino com DM (OR 6,67 IC 95% 5,72-7,78). No mesmo estudo, as pacientes do sexo feminino com transtorno bipolar apresentavam maior risco para suicídio (OR 4,78 IC 95% 3,48-6,56) em comparação com as pacientes do sexo feminino com DM (OR 3,77 95% CI 3,05-4,66) (Nordentof et al., 2011).

1.5.2 Fatores de Risco para comportamento suicida

Vários fatores de risco vêm sendo consistentemente descritos na literatura, tanto para suicídios completos como para tentativas de suicídio,

em pacientes com TB e DM. Nos dados da Tabela 2, encontra-se um resumo dos principais achados na literatura (Isometsa, 2014). Além disso nos últimos anos, metanálises vêm confirmando a presença desses fatores de risco em diferentes estudos. Em uma recente metanálise, realizada por Hawton et al. (2013), com pacientes com DM, sexo masculino (OR=1,76 95%IC 1,08-2,86), história familiar de transtornos psiquiátricos (OR=1,41 95%IC= 1,00-1,97), tentativas de suicídio prévias (OR= 4,84 95%IC= 3,26-7,20), gravidade da depressão (OR 2,20, 95%IC 1,05-4,60), desesperança (OR 2,20 95%IC 1,49-3,23), comorbidade com transtornos ansiosos (OR1,59 95%IC1,03-2,45) e comorbidade com uso de substâncias (OR 2,17 95%IC 1,77-2,66) foram os principais fatores de risco associados a suicídio completo nesses pacientes. Schaffer et al. (2015) realizaram um estudo com pacientes com TB. Os principais fatores de risco associados a suicídio completo foram: sexo masculino (OR 1,83 95%IC 1,41-2,39) e história familiar de suicídio (OR= 2,91 IC 1,54-5,48).

Em pacientes com TB, estudos apontam como fatores de risco para tentativas de suicídio a presença de história familiar de suicídio, idade de início precoce do transtorno, gravidade dos sintomas depressivos, gravidade do transtorno bipolar, presença de estados mistos, ciclagem rápida e abuso de álcool ou drogas (Hawton et al., 2005). Schaffer et al. (2015) demonstraram que os principais fatores de risco associados a tentativas de suicídio em pacientes com transtorno bipolar foram sexo feminino (OR1,54 95%IC=1,44-1,66), idade de início precoce (OR =-2,99 95%IC = -3,78- -2,20), primeiro episódio depressivo (OR=1,92 95%IC=1,39-2,65), episódio

depressivo (OR 5,99 95%IC= 1,75-20,50), comorbidade com transtornos ansiosos (OR= 1,81 95%IC= 1,66-1,97), comorbidade com uso de substâncias (OR=1,81 95%IC=1,31-2,50), comorbidade com transtornos de personalidade do cluster B (OR=2,51 95%IC=1,91-3,31) e história familiar de suicídio (OR=1,69 95%IC=1,25-2,27).

Tabela 2 - Fatores de risco para comportamento suicida

Tipo de comportamento suicida	Domínio do fator de risco	Fator de risco
Suicídio completo	Gênero	Sexo masculino
	Comportamento suicida	Tentativas prévias Ideação suicida e planejamento
	Fatores associados ao transtorno	Maior gravidade sintomas depressivos Período logo após alta hospitalar
	Comorbidades	Uso de substâncias Transtornos ansiosos Transtornos de personalidade cluster B
	Cognição	Desesperança
	Eventos Vitais	Perdas e conflitos
	Traços	Impulsividade e agressividade
	Fatores específicos do TB	Estados mistos
	Métodos	Disponibilidade e aceitação de método letal
Tentativas de suicídio	Gênero	feminino
	Comportamento suicida	Tentativas prévias Ideação suicida e planejamento
	Fatores associados ao transtorno	Gravidade subjetiva dos sintomas depressivos Maior duração dos episódios depressivos
	Idade	Menor idade Menor idade de início dos transtornos
	comorbidade	Uso de substâncias Transtornos ansiosos Transtornos de personalidade cluster B
	Cognição	Desesperança/pessimismo
	Traços	Impulsividade/agressividade Hostilidade
	Fatores específicos do TB	Estados mistos ciclotimia

Fonte: Adaptação de Isometsa, 2014

1.6 Transtornos do humor e transtornos ansiosos: comorbidade e seu impacto no comportamento suicida

1.6.1 Definição de comorbidade e sua significância clínica

Inicialmente, o termo comorbidade foi usado por Feinstein (1970) para definir a presença de dois transtornos independentes, no qual o segundo transtorno potencialmente afetaria “o tempo de detecção, antecipação do prognóstico, escolhas terapêuticas e resultado da terapêutica do transtorno index”.

A presença de comorbidade com transtornos ansiosos em pacientes com transtornos de humor está associada a fatores de pior prognóstico, tais como: idade de início precoce, maior número de episódios depressivos e maior prevalência de tentativas de suicídio (Goes et al., 2012). Em um estudo prospectivo com duração de 1 ano, Otto et al. (2006) demonstraram que os pacientes bipolares com comorbidade com transtornos ansiosos (31,9% da amostra) apresentaram menor número de dias em que se sentiam bem, menor possibilidade de recuperação de episódios, maior risco de recaída precoce, pior qualidade de vida e pior funcionamento ao final de um ano. No mesmo estudo, o número de comorbidades influenciou diretamente o impacto negativo da comorbidade.

1.6.2 Prevalência da comorbidade com transtornos ansiosos em pacientes com transtornos de humor

A comorbidade entre transtornos de humor e transtornos ansiosos é extensamente descrita na literatura. Em pacientes com transtorno bipolar, a taxa de comorbidade com transtornos ansiosos pode chegar a 51% (Perlis et al., 2004) e, em pacientes com DM, pode variar entre 20% e 45% (Miyazaki et al., 2010).

Um estudo epidemiológico recente realizado por Moreno et al. (2012), que incluiu 5.695 pacientes com DM, 935 pacientes com TB tipo I e 494 pacientes com TB tipo II demonstrou que 65% dos pacientes com TB tipo I apresentavam comorbidade com algum transtorno ansioso, 48% dos pacientes com TB tipo II e 41,4% dos pacientes com DM, e os pacientes com TB tipo I apresentaram os maiores riscos para comorbidade com qualquer transtorno ansioso, como para transtornos ansiosos específicos, conforme apontam os dados da Tabela 3.

Tabela 3 - Comorbidades com transtornos ansiosos em pacientes com transtornos de humor

	TB tipo I	TB tipo II	DM	TB tipo I vs MDD OR (95%IC)	TB tipo II vs MDD OR (95%IC)	TB tipo I vs TB tipo II OR (95%IC)
Qualquer transtorno ansioso	65,1%	48%	41,4	2,6 (2,2-3,2)	1,3 (1,0-1,6)	2,0 (1,5-2,6)
TP	32,3%	21,0	14,05	2,8 (2,3-3,4)	1,6 (1,2-2,1)	1,9 (1,3-2,5)
Fobia social	27,7	16,5	12,8	2,6 (2,1-3,3)	1,4 (1,0-1,8)	1,9 (1,4-2,6)
Fobia específica	34,3	21,9	20,4	2,0 (1,7-2,4)	1,1 (0,8-1,4)	1,9 (1,4-2,6)
TAG	31,6	18,7	15	2,6 (2,2-3,2)	1,3 (0,9-1,8)	2,0 (1,4-2,9)

TP: Transtorno de Pânico; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada; OR razão de chance

Fonte: Adaptação de Moreno et al. (2012)

1.6.3 Comportamento suicida em pacientes com transtornos de ansiedade

Estudos retrospectivos demonstram associação entre transtornos ansiosos e comportamento suicida. Sareen et al. (2005) em um estudo retrospectivo, cujo objetivo era avaliar a associação entre os transtornos de ansiedade e tentativas de suicídio e também a relação dos transtornos ansiosos com ideação suicida, avaliando uma amostra proveniente do *National Comorbidity Survey* composta de 1.018 pacientes, sendo 759 com ideação suicida ao longo da vida e 259 com tentativas de suicídio ao longo da vida, demonstraram que apenas o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi associado à presença de ideação suicida ao longo da vida (OR 2,79; 95%IC=2,02-3,84) e tentativas de suicídio ao longo da vida (OR 2,67; 95%IC=1,82-3,91). Nenhum outro transtorno ansioso (agorafobia, TP, TEPT, fobia simples e fobia social) foi associado à presença de tentativas ou ideação suicida. Nesse estudo, os transtornos ansiosos não foram avaliados como um grupo único, o que sugere que possa haver diferenças entre cada transtorno ansioso na relação com o comportamento suicida. Já em outro estudo retrospectivo que também avaliou a associação entre transtornos ansiosos e tentativas de suicídio e ideação suicida com 4.131 pacientes da população geral, provenientes da amostra do *National Comorbidity Survey - Replication*, Cougle et al. (2009) encontraram associação nas análises univariadas entre a presença de ideação suicida ao longo da vida e de tentativas de suicídio ao longo da vida com todos transtornos ansiosos avaliados pelo estudo: agorafobia, TP, fobia social, TEPT, TAG e fobia

específica. Em uma segunda análise, em um modelo de regressão, cuja variável dependente era a presença de ideação suicida, apenas fobia social (OR 1,68; 95%IC = 1,27-2,23), TP (OR 1,59; 95%IC=1,06-2,37), TAG (OR 1,58; 95%IC= 1,24-2,00) e TEPT (OR=1,80; 95%IC= 1,37-2,35) foram associadas à presença de ideação suicida. Usando o mesmo modelo de regressão mas com a variável dependente a presença de tentativa de suicídio, apenas fobia social (OR 1,60; 95%IC= 1,06-2,41), TAG (OR 1,74; 95%IC= 1,26-2,42) e TEPT (OR= 1,96; 95%IC=1,37-2,80) associaram-se à presença de tentativas de suicídio ao longo da vida. Além desses transtornos ansiosos, idade, sexo feminino, transtorno de personalidade borderline, transtorno de personalidade antissocial, abuso de álcool e transtorno depressivo também foram associados tanto com tentativas de suicídio como com ideação suicida ao longo da vida. Em outro estudo epidemiológico (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions- NERSAC*) realizado por Nepon et al. (2010), o objetivo era avaliar a associação entre transtornos ansiosos e presença de tentativas e ideação suicida ao longo da vida. Foi utilizada uma amostra de 34.653 indivíduos nos Estados Unidos da América, dos quais 29,5% (N=10.629) apresentavam algum transtorno ansioso; entre os pacientes com transtornos ansiosos, 70,7% (N=903) apresentavam, pelo menos, uma tentativa de suicídio ao longo da vida e a presença de transtorno ansioso como uma única categoria foi associada à presença de tentativas de suicídio (OR 1,70; 95%IC= 1,40-2,08). Entre os transtornos ansiosos, apenas o TP (OR 1,31 95%IC=1,06-1,61) e o TEPT (OR 1,81 95%IC=1,45-2,26) foram associados

à tentativa de suicídio. Nesse estudo, é interessante notar que os outros transtornos ansiosos (fobia social, fobia simples e TAG), inicialmente, estavam associados à presença de tentativas de suicídio, mas, quando o modelo de regressão foi controlado para transtornos de personalidade e a outros transtornos ansiosos, apenas o TP e o TEPT continuaram significativos, sugerindo que transtornos ansiosos específicos podem ter impactos diferentes no comportamento suicida.

Em estudos epidemiológicos longitudinais, Bolton et al. (2008) e Sareen et al. (2005), demonstraram associação entre transtornos ansiosos e comportamento suicida. No primeiro estudo, Bolton et al. (2008), em uma amostra de 1.920 indivíduos provenientes do *Epidemiologic Catchment Area (ECA) Follow-up Study* com 13 anos de seguimento, demonstraram que, para indivíduos com presença de qualquer transtorno ansioso na avaliação inicial, havia um risco 2,20 vezes maior (95%IC 1,04-4,64) para tentativas de suicídio durante o seguimento. Ao avaliarem, separadamente, cada transtorno ansioso, ataques de pânico, agorafobia e qualquer transtorno ansioso, observaram que foram significativamente associados com a presença de tentativas de suicídio no seguimento. No estudo de Sareen et al. (2005), realizado com uma amostra de 7.076 pessoas provenientes do estudo *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* com um período de 3 anos de seguimento, a presença de qualquer transtorno ansioso na avaliação inicial foi associada à presença de ideação suicida durante o seguimento (OR 2,32 95%IC 1,70-3,62) e à presença de tentativas de suicídio durante o seguimento (OR 3,64; 95%IC= 1,70-7,83). Entre os

pacientes com tentativas de suicídio no seguimento, 55% apresentavam algum transtorno ansioso na avaliação inicial e entre os pacientes que apresentaram ideação suicida durante o seguimento, 37% apresentavam algum transtorno ansioso na avaliação inicial. Quando os transtornos ansiosos foram avaliados separadamente, a presença de ideação suicida foi associada à fobia social (OR 2,55; 95% IC 1,20-5,39), TAG (OR=2,71; 95%IC=1,09-6,72) e TOC (OR 6,33 95%IC=1,11-35,96), após controle para outros transtornos ansiosos, idade, sexo e comorbidades. Em relação às tentativas de suicídio no seguimento, apenas fobia simples (OR 2,71 95%IC=1,07-6,68) foi associada à incidência de tentativas após controle para outros transtornos ansiosos, idade, sexo e comorbidades.

Em uma metanálise recente que avaliou 42 estudos, Kanwar et al. (2013) demonstraram que pacientes com transtornos ansiosos apresentavam maiores chances de ter ideação suicida (OR 2,89 95%IC= 2,09-4,00), tentativas de suicídio (OR= 2.47 95%IC= 1,93-3,10), suicídio (OR=3,34 95%IC= 2,13-5,25) e “qualquer comportamento suicida” (OR= 2,85 95%IC= 2,35-3,46) em comparação com pacientes sem transtornos ansiosos. Na mesma metanálise, foram também analisados o risco para ideação suicida, tentativas de suicídio, suicídio e comportamento suicida para cada transtorno ansioso separadamente. Os resultados podem ser visualizados nos dados da Tabela 4.

Tabela 4 - Risco de comportamento suicida em transtornos de ansiedade

	N estudos	Odds Ratio	95% IC	P-valor
Comportamento suicida				
Qualquer transtorno ansioso	56	2,85	2,35-3,46	≤ 0,001
TAG	8	2,05	1,61-2,61	≤ 0,001
TOC	4	0,99	0,89-1,10	0,885
TP	7	4,08	2,63-6,63	≤ 0,001
TEPT	16	2,71	1,84-3,98	≤ 0,001
Ideação suicida				
Qualquer transtorno ansioso	26	2,89	2,09-4,00	≤ 0,001
TAG	4	1,78	1,41-2,25	≤ 0,001
TOC	n/a	n/a	n/a	n/a
TP	4	4,39	2,38 -8,10	≤ 0,001
TEPT	10	2,92	1,76-4,87	≤ 0,001
Tentativas de suicídio				
Qualquer transtorno ansioso	27	2,47	1,96 – 3,10	≤ 0,001
TAG	5	2,70	1,92-3,79	≤ 0,001
TOC	4	0,99	0,89 – 1,10	n/a
TP	4	3,96	2,13- 7,35	≤ 0,001
TEPT	6	2,21	1,17-4,18	0,015
Suicídio completo				
Qualquer transtorno ansioso	14	3,34	2,13- 5,25	≤ 0,001
TAG	n/a	n/a	n/a	n/a
TOC	n/a	n/a	n/a	n/a
TP	n/a	n/a	n/a	n/a
TEPT	3	2,50	0,47- 13,41	0,285

TAG: transtorno de ansiedade generalizada; TOC: transtorno obsessivo compulsivo; TP: transtorno de pânico; TEPT: transtorno de estresse pós-traumático; n/a: não avaliado.

Fonte: Adaptação de Kanwar et al. (2013).

1.6.4 Comportamento suicida em pacientes com transtorno de humor e comorbidade com transtornos ansiosos

1.6.4.1 Estudos retrospectivos

Em estudos retrospectivos com pacientes com transtorno bipolar, a presença de comorbidade com transtorno ansioso está associada a comportamento suicida, embora nem todos os estudos demonstrem essa associação. Em um estudo retrospectivo com 500 pacientes bipolares, Simon et al. (2004) encontraram uma prevalência de 51,2% de transtornos ansiosos ao longo da vida e 30,5% para transtornos ansiosos no momento da avaliação. Em comparação com os pacientes sem a comorbidade, os pacientes com transtornos ansiosos apresentaram idade de início precoce, menor probabilidade de recuperação de um episódio, pior funcionamento e pior qualidade de vida e maiores taxas de tentativas de suicídio (OR 2,45 95%IC 1,4-4,2). Em um estudo transversal com 120 pacientes bipolares realizado por Simon et al. (2007), os pacientes com transtornos ansiosos comórbidos ao longo da vida apresentaram significativamente mais tentativas de suicídio ao longo da vida em comparação com pacientes sem a comorbidade (respectivamente, 46,7% versus 24,4%, $p=0,02$), embora, quando controlada pela idade de início do primeiro episódio, a comorbidade com ansiedade não tenha sido significativa. Em um estudo retrospectivo com 648 pacientes bipolares, sendo 219 pacientes com tentativa de suicídio e 429 sem tentativa, os pacientes com tentativa apresentaram maiores taxas de comorbidade com transtornos ansiosos (52% vs 39%, $p=0,009$) (Leverich

et al., 2003). Valtonen et al. (2005), comparando pacientes bipolares sem comportamento suicida (N=75) com pacientes com ideação suicida (N=77) e pacientes com tentativas de suicídio (N=39), demonstraram que 62% dos pacientes com tentativa de suicídio apresentavam comorbidade com transtornos ansiosos, e 52% dos pacientes com ideação suicida apresentavam a comorbidade e apenas 28% dos pacientes sem comportamento suicida apresentavam comorbidade com transtornos ansiosos ($p=0,001$). Em um estudo com 116 pacientes bipolares, Nakagawa et al. (2008), comparando os pacientes com comorbidade com ansiedade (N=60) e sem comorbidade (N=56) em relação à presença de tentativas de suicídio, não encontraram associação entre a presença de comorbidade e tentativas de suicídio prévias. O único achado significativo associado à presença de tentativas de suicídio foi a presença de transtornos de personalidade do cluster B (transtornos de personalidade narcisista, borderline e histriônico).

Placidi et al. (2000), em um estudo com pacientes com DM cujo objetivo era comparar pacientes com e sem tentativa de suicídio, a presença de TP e a presença de sintomas de ansiedade à entrada no estudo, não encontraram diferenças entre as taxas de comorbidade com TP nos pacientes com e sem tentativa de suicídio.

1.6.4.2 Estudos prospectivos

Em 1990, Fawcett et al. realizaram o primeiro grande estudo prospectivo para avaliar o impacto de um transtorno ansioso no suicídio em pacientes com transtornos de humor. Avaliando 955 pacientes com DM e TB por um período de 10 anos, 14 pacientes cometeram suicídio no primeiro ano após a entrada no estudo; os principais fatores de risco associados a esses suicídios foram sintomas graves de ansiedade psíquica, ataques de pânico, anedonia e abuso de álcool. Ao longo de mais 4 anos, outros 13 pacientes cometeram suicídio, e os principais fatores de risco relacionados ao suicídio foram desesperança grave, ansiedade somática, ideação suicida e tentativas de suicídio prévias. Não houve diferença entre TB e DM em relação à ansiedade, ataques de pânico e suicídio.

Valtonen et al. (2005), em um estudo prospectivo com 191 pacientes bipolares com duração de 18 meses cujo objetivo era avaliar os fatores de risco para tentativas de suicídio, verificaram que a comorbidade com transtornos ansiosos (avaliados como um único grupo) não foi significativamente diferente entre os pacientes com tentativas de suicídio durante o seguimento (N=29) em comparação aos pacientes sem tentativas de suicídio (N= 131). Em relação à comorbidade com transtornos ansiosos, 69% dos pacientes com tentativas apresentavam a comorbidade vs 50% dos pacientes sem tentativas de suicídio. Apesar disso, os pacientes com tentativas apresentaram significativamente maiores escores na escala de ansiedade de Beck em comparação com os pacientes sem tentativas ($p<0,001$), sugerindo que os sintomas ansiosos podem estar associados às

tentativas de suicídio e não apenas os transtornos ansiosos. Nesse estudo, os principais fatores de risco associados às tentativas no seguimento foram tentativas de suicídio prévias (OR 3,8 95%IC 1,7-8,8), desesperança (OR 1,2; 95%IC 1,1-1,3), idade menor à entrada no estudo (OR 0,94 95% IC 0,91-0,97) e depressão no episódio inicial da doença (OR 2,4 95% IC 1,1-5,3). Não houve diferenças entre tipo de TB, comorbidade com ansiedade, abuso de substância e transtornos alimentares.

Sareen et al. (2005), em um estudo de coorte com 7.076 pacientes provenientes da população geral, demonstraram que, na avaliação inicial, os pacientes com transtornos de humor e comorbidade com transtornos ansiosos apresentavam maior risco para ideação suicida (OR 1.91, 95%IC= 1,52-2,38) e tentativa de suicídio (OR 2,17; 95%IC=1,45-3,25) em comparação com pacientes com transtornos do humor e sem comorbidade. Após o seguimento de 3 anos, os pacientes que apresentavam a comorbidade com transtornos ansiosos e transtornos de humor mostravam maior risco, tanto para ideação suicida como para tentativas de suicídio. Quando comparados com os pacientes apenas com transtornos de humor, os pacientes com transtornos de humor e comorbidade com transtornos ansiosos apresentaram maior risco de tentativas de suicídio no seguimento (OR 4,15 95%IC 1,34-12,90), conforme os dados da Tabela 5.

Tabela 5 - Incidência de ideação suicida e tentativas de suicídio após o seguimento de 3 anos.

Ideação suicida e tentativas de suicídio no seguimento						
	Sem ideação suicida n=4.161 (%)	Ideação suicida N=85 (%)	OR (95% IC)	Sem tentativas de suicídio N=4.631 (%)	Com tentativas de suicídio N=39 (%)	OR (95% IC)
Transtornos ansiosos	418 (9,8)	16 (19)	3,34 (1,75-6,40)	469 (10)	5 (15,4)	3,24 (1,09-9,69)
Transtornos de humor	323 (7,2)	16 (16,7)	3,46 (1,78-6,72)	447 (9,1)	4 (10,3)	2,44 (0,79-7,55)
Comorbidade transtornos ansioso e transtornos de humor	260 (5,8)	15 (17,9)	4,64 (2,28-9,43)	420 (8,4)	16 (42)	10,05 (4,33-23,32)

Fonte: Adaptação de Sareen et al, 2005

Otto et al. (2006), em um estudo prospectivo de 1 ano cujo objetivo era avaliar o impacto da comorbidade com ansiedade em pacientes com transtorno bipolar, demonstraram que a presença de comorbidade com transtorno ansioso estava associada à menor quantidade de dias em eutímia, menor chance de recuperação de episódios depressivos, maior risco de recaída precoce e pior qualidade de vida. Apesar da presença de tentativas de suicídio não ter sido avaliada nesse estudo, a comorbidade com ansiedade foi associada a pior prognóstico da doença, o que em última instância pode ser um fator de risco para comportamento suicida.

Marangell et al. (2006), em um estudo cujo objetivo era também avaliar os fatores de risco associados a suicídio e tentativas de suicídio em 1.556 pacientes bipolares, ao longo de 2 anos, encontraram apenas história prévia de tentativas de suicídio (OR 4,2) e porcentagens de dias em depressão no ano anterior (OR 3,87), como fatores de risco. Nesse estudo, a

ansiedade foi medida como porcentagem de dias com ansiedade no último ano (conforme os escores da Escala de Ansiedade de Beck) e não houve diferença entre os pacientes com e sem comportamento suicida (OR 1,07 95%IC 1,06-1,08).

Sala et al. (2012), em um estudo longitudinal de duração de 3 anos com 1.600 pacientes bipolares (1.172 pacientes com TB tipo I e 428 pacientes com TB tipo II), demonstraram que os pacientes com transtornos de ansiedade comórbido (N=725) apresentaram maior incidência de TP, transtorno por uso de drogas, presença de episódios depressivos e presença de ideação suicida. Apesar dos pacientes com comorbidade apresentarem mais tentativas de suicídio ao longo da vida, durante o seguimento não houve diferença na incidência de tentativas de suicídio, entre os pacientes com e sem comorbidade.

Em estudos com pacientes com transtorno depressivo maior, a presença de comorbidade com transtornos ansiosos também está associada a comportamento suicida, embora nem todos os estudos repliquem esses achados. Bolton et al. (2010), em um estudo prospectivo com duração de 3 anos, no qual foram avaliados 6.004 pacientes com diagnóstico de DM durante a vida, encontraram uma prevalência de 2,7% de tentativas de suicídio durante o seguimento (n=169 pacientes). A presença de comorbidade com transtornos ansiosos foi um fator de risco para as tentativas durante o seguimento (OR 3,5 95%IC 1,63-5,72). Entre os transtornos ansiosos, o TP (OR 1,91 95%IC 1,14-3,21), o TAG (OR 1,96 95%IC 1,17-3,26) e o TEPT (OR 2,20 95%IC 1,27-3,83) estavam associados

à presença de tentativas. Em outro estudo prospectivo, May et al. (2012), acompanhando 49 pacientes com diagnóstico de DM e presença de ideação suicida ao longo de 10 anos, no qual 26,5% (N=13) pacientes apresentaram tentativas de suicídio durante o seguimento, os principais fatores de risco associados às tentativas de suicídio foram: presença de transtornos ansiosos na avaliação inicial (OR 1,50 95%IC 1,05-19,22), tentativas de suicídio prévias (OR 1,58, 95%IC 1,14-21) e diagnóstico de transtornos de personalidade (OR 2,61 95%IC 1,54- 119). Apesar desses achados positivos, outros estudos prospectivos não observaram a associação entre DM com comorbidade com transtornos ansiosos e comportamento suicida. Holma et al. (2010), avaliando 249 pacientes com diagnóstico de DM durante 5 anos, no qual 14,5% (N=36) dos pacientes apresentaram tentativas de suicídio no seguimento, não encontraram diferença significativa na presença de comorbidade com transtornos ansiosos nos pacientes com e sem tentativa de suicídio no seguimento, embora os pacientes com tentativa de suicídio apresentassem maiores escores na escala de Ansiedade de Beck à entrada do estudo. Nesse estudo, os principais fatores de risco para a tentativa de suicídio durante o seguimento foram: tempo de duração do episódio depressivo (Hazard Ratio (HR) 7,74 95%IC 3,40-17,60), remissão parcial do episódio (HR 4,20 95%IC 1,71-10,3), tentativas de suicídio prévias (4,39 95%IC 1,78-10,8) e idade (HR 0,94 95%IC 0,91-0,98). Riihimaki et al. (2014), em um estudo com 137 pacientes com DM acompanhados por 5 anos, encontraram uma prevalência de tentativas de suicídio de 10,4% (N=14). Embora os pacientes com tentativas de suicídio tivessem significativamente

maiores escores na Escala de Ansiedade de Beck e comorbidade com TP na avaliação inicial (21,4% dos pacientes com tentativas vs 5% nos pacientes sem tentativas, $p=0,02$), apenas a presença de episódios depressivos foi um fator de risco significativo, após controle por gênero, idade e tempo de seguimento.

1.6.5 Sintomas ansiosos em pacientes com transtornos de humor e risco para comportamento suicida

Os sintomas de ansiedade podem estar presentes mesmo quando não há presença de um transtorno ansioso (Olfson et al., 1996). Na literatura, tanto os estudos retrospectivos como os prospectivos que avaliaram o impacto dos sintomas ansiosos são inconclusivos, com estudos demonstrando associação entre sintomas ansiosos e comportamento suicida e outros, não. Busch et al. (2003), em um estudo retrospectivo com 76 pacientes que cometeram suicídio logo após alta hospitalar, demonstraram que 79% deles apresentavam ansiedade e/ou agitação grave na semana anterior ao suicídio. Grunebaum et al. (2005), em um estudo retrospectivo com 298 pacientes no qual foi usada análise fatorial das escalas de depressão de Beck e com a HAM-D para comparar sintomas entre pacientes com e sem tentativa de suicídio, demonstraram que os pacientes com tentativas de suicídio apresentavam menores escores no fator ansiedade e maiores escores no fator culpa em comparação com pacientes sem tentativa. Placidi et al. (2000), em um estudo comparando pacientes com MD e TP com e sem tentativa de suicídio também encontraram maiores escores

dos itens de ansiedade da HAM em pacientes sem tentativas de suicídio, embora nesse estudo apenas a comorbidade com cluster B e TPB tenham sido significativamente associadas à presença de tentativas de suicídio. Weitoft e Rosén (2005), em um estudo longitudinal, observaram que “nervosismo e ansiedade” relatados pelos pacientes eram preditores de tentativas de suicídio Fawcett et al. (1990), em um estudo prospectivo com duração de 10 anos, demonstraram que ansiedade grave, ataques de pânico e agitação eram preditores de tentativas de suicídio no período de 1 ano. Em um estudo prospectivo realizado com duração de 5 anos e com 280 pacientes com DM, Schneider et al. (2001) observaram que entre os 16 pacientes que cometeram suicídio, preocupações ou delírios hipocondríacos além de desesperança e ideação suicida foram significativamente mais frequentes que nos outros pacientes. Nesse estudo, os sintomas ansiosos foram avaliados por meio da entrevista PODI (Polydiagnostic Interview) (Phillip; Delmo, 1987). Em outro estudo prospectivo também com pacientes com DM (N=300), no qual a medida de desfecho era a incidência de ideação suicida, os pacientes com maiores escores de ansiedade na avaliação inicial medida pela Escala de Beck para Ansiedade apresentaram significativamente maior incidência de ideação suicida em comparação com os pacientes que não tinham ideação suicida (Baek et al., 2015).

Assim, os achados na literatura em relação à influência da comorbidade com transtornos ansiosos como fator de risco para tentativas de suicídio em pacientes com transtornos de humor permanece ambíguo, com estudos tanto prospectivos como retrospectivos nos quais a

comorbidade não é um fator de risco para comportamento suicida e em outros em que a comorbidade aparece como um fator de risco. Além disso, o papel dos sintomas ansiosos como fator de risco para tentativas de suicídio é controverso na literatura. Diferenças de amostras, metodologias e desfechos contribuem para a heterogeneidade dos estudos.

Em razão da gravidade das consequências do comportamento suicida e das altas taxas de comorbidade com transtornos ansiosos nos portadores de transtornos de humor, estudos prospectivos avaliando o impacto dessa comorbidade e dos sintomas ansiosos no comportamento suicida podem contribuir para a formulação de estratégias de prevenção do comportamento suicida nesses pacientes.

2 Justificativa

2 JUSTIFICATIVA

Até o momento, não existem na literatura estudos avaliando uma população de pacientes com transtornos de humor e comorbidade com transtornos ansiosos para avaliar prospectivamente o impacto não só da comorbidade mas da presença de sintomas ansiosos no comportamento suicida em uma mesma população de pacientes. Além disso, não há estudos que avaliam fatores de risco impulsividade, hostilidade e agressividade e seu papel como prováveis fatores de risco para suicídio em pacientes com comorbidade com transtornos ansiosos.

3 Objetivos e Hipóteses

3 OBJETIVOS E HIPÓTESES

3.1 Objetivo Geral

Avaliar se a comorbidade com transtornos de ansiedade e se a presença de sintomas atuais de ansiedade são fatores de risco para tentativas de suicídio em um seguimento prospectivo de pacientes com transtornos de humor (depressão maior e transtorno bipolar).

3.2 Objetivos Específicos

- 1 Avaliar se a presença de comorbidade com transtornos ansiosos ao longo da vida à entrada no estudo estará associada à presença de tentativas de suicídio ao final do seguimento.
- 2 Avaliar se a presença de sintomas ansiosos à entrada no estudo, avaliados por meio dos subitens agitação, ansiedade somática, ansiedade psíquica e hipocondria presentes na Escala de Hamilton para depressão estarão associados à presença de tentativas de suicídio ao final do seguimento.

3.3 Hipóteses

1. Os pacientes com comorbidades com transtornos ansiosos à entrada no estudo apresentarão mais tentativas de suicídio ao final do seguimento em comparação com os pacientes sem comorbidade com transtornos ansiosos.
2. Os sintomas ansiosos estarão associados a um maior risco de tentativas de suicídio durante o seguimento.

4 Sujeitos e Métodos

4 SUJEITOS E MÉTODOS

4.1 Aspectos éticos

Os pacientes foram informados em detalhe de todos os procedimentos e objetivos do estudo e, a partir daí, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Informado. Como o estudo não apresentou nenhum procedimento invasivo, não houve riscos associados ao projeto. Todas as informações foram tratadas de forma confidencial e a identidade dos sujeitos foi protegida nas publicações decorrentes desta pesquisa. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade de Columbia e da Universidade de São Paulo (USP).

4.2 Amostra

Inicialmente, foram selecionados 667 sujeitos, provenientes de serviços de emergência, serviços ambulatoriais e anúncios na imprensa, encaminhados ao *New York Psychiatric Institute, Columbia University, New York*, Estados Unidos da América, onde foi realizada a pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3 Critérios de Inclusão

- Diagnóstico de transtorno bipolar I, II ou SOE (sem outra especificação) ou transtorno depressivo maior, de acordo com o DSM-III-R ou DSM-IV.
- Idade entre 18-75 anos.

4.4 Critérios de exclusão

- Gravidez ou lactação.
- Condições clínicas com repercussão no sistema nervoso central, incluindo doenças neurológicas.

4.5 Instrumentos de avaliação

4.5.1 Diagnóstico

O diagnóstico psiquiátrico foi realizado de acordo com os critérios do DSM-III_R e DSM-IV por meio da entrevista semiestruturada para o DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders* - SCID-P).

4.5.2 Comportamento suicida

O comportamento suicida foi avaliado pela *Columbia Suicide History form* (CSHF) (Oquendo et al., 1999), que é uma entrevista semiestruturada aplicada pelo entrevistador que avalia cada tentativa de suicídio ao longo da vida do paciente.

4.5.3 Avaliação de sintomas clínicos

4.5.3.1 Sintomas depressivos e desesperança

4.5.3.1.1 Escala de depressão de Hamilton-24 itens (HAM-D):

escala aplicada pelo entrevistador que avalia e quantifica a sintomatologia depressiva na última semana. Os itens são pontuados entre 0 e 2 ou 0 e 4 com uma pontuação máxima de 70 para a versão de 24 itens. A Escala de Hamilton também apresenta outras duas versões, com 17 e 21 itens. No geral, pontuações abaixo de 7 são consideradas normais, entre 8 e 13 indicam depressões leves, entre 14 e 18 depressão moderada e acima de 19 depressão grave (Hamilton, 1967; Tohen et al., 2006).

4.5.3.1.2 Inventário de depressão de Beck (BDI):

escala de autoavaliação no qual o paciente pontua a gravidade subjetiva dos sintomas depressivos. A escala apresenta 21 itens relativos a sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3 com pontuação máxima de 63. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Em amostras já diagnosticadas pontuações menores que 11 correspondem à eutimia ou sintomas mínimos; pontuações entre 12 e

19, depressão leve; pontuações entre 20 e 35, depressão moderada a grave e pontuações acima de 36, depressão grave (Beck et al. 1961; 1988).

4.5.3.1.3 Escala de ideação suicida de Beck (SSI): Escala com 19 perguntas que mensura a gravidade da ideação suicida nas últimas 2 semanas e no momento atual, avaliando a presença de ideação suicida, intensidade da ideação, frequência, atitude do paciente a possível tentativa, a intencionalidade e o planejamento. Os itens variam entre 0 e 2. Os primeiros cinco itens são utilizados como triagem de atitudes do paciente quanto a viver ou morrer e somente no caso de pontuação positiva em algum desses itens o restante da escala é aplicada (Beck et al., 1979; 1988). Não existe um ponto de corte específico de gravidade, mas estudos mostram que escores maiores que 8 estão associados a tentativas de suicídio (Valtonen et al., 2008).

4.5.3.1.4 Escala de desesperança de Beck (BHS): escala de autopreenchimento com 20 questões tipo “verdadeiro ou falso” que mede níveis de pessimismo ou “extensão das atitudes negativas frente ao futuro”. O escore varia entre 0 e 20, sendo considerado escores de 0-4 como mínima desesperança; 5-8 leve; 9-13 moderado e 14-20 grave (Beck et al. 1974b).

4.5.3.2 Impulsividade, Hostilidade e Agressividade

4.5.3.2.1 Escala de impulsividade de Barratt (BIS): escala de autoavaliação com 30 questões que descrevem modos de pensar e agir em diferentes situações onde o indivíduo poderá assinalar uma entre quatro possíveis respostas: nunca/raramente, ocasionalmente, muito ou sempre. A soma das respostas fornece um escore total de impulsividade que varia entre 30 e 120 que mensura níveis de impulsividade, divididos em três subescalas: Impulsividade relacionada à atividade motora (tendência a agir de forma não planejada e imediata em resposta a um estímulo), impulsividade associada à ausência de planejamento (incapacidade de medir consequências de longo prazo; comportamento voltado para objetivos que privilegiam gratificação imediata, sem considerar consequências futuras) e impulsividade relacionada à desatenção (mudanças abruptas na atenção e impaciência com tarefas complexas) (Barrat, 1965).

4.5.3.2.2. Inventário de Agressividade de Brown-Goodwin (*Brown-Goodwin Agression Inventory (BGAI)*) (Apêndice 2): escala aplicada pelo entrevistador que avalia o histórico de comportamentos agressivos em nove domínios (ataques de raiva, brigas inespecíficas, ataques direcionados a pessoas ou propriedades, disciplina escolar, relação com superiores, comportamento antissocial sem envolvimento legal, comportamento antissocial com envolvimento legal, problemas

de disciplina militar que não envolvam corte marcial e problemas com corte marcial) por meio de 11 questões que podem ter quatro possíveis respostas (nunca =1, raramente =2, ocasionalmente=3 e sempre=4) (Brown et al., 1979).

4.5.3.2.3 Inventário de Hostilidade de Buss-Durkee *Buss-Durkee*

Hostility Inventory (BUSS) (Apêndice 3): escala de autopreenchimento com 75 afirmações, cuja resposta podia ser “verdadeiro” (=1) ou “falso” (=2). As 75 afirmações avaliam sete subescalas: agressividade (violência física contra outros), hostilidade indireta (comportamentos indiretos de hostilidade que podem ir desde fofocas maliciosas até crises de raiva ou violência não direcionada), irritabilidade (tendência a explodir por qualquer contrariedade ou afeto negativo), negativismo (comportamentopositor, sobretudo direcionado a figuras de autoridade), ressentimento (sentimentos de ciúme e ódio de outros e do mundo) suspeita (projeção de hostilidade em outras pessoas, variando desde desconfiança até a certeza de que os outros podem estar tentando prejudicar propositadamente) e hostilidade verbal (afeto negativo expresso no discurso, tanto na forma por meio de discussões, gritos e no conteúdo do discurso por ameaças e críticas) (Buss; Durkee, 1957).

4.6 Desenho do estudo e seguimento

Estudo de coorte com duração de 2 anos. Os pacientes foram avaliados à entrada do estudo e após 3 meses, 12 meses e 24 meses, de acordo com o seguinte cronograma.

Tabela 6 - Cronograma de seguimento

Instrumentos	entrada	3 meses	12 meses	24 meses	Se tentativa de suicídio
SCID-I	X				
CSHF	X				X
HAM-D	X	X	X	X	X
BDI	X	X	X	X	X
SSI	x	X	X	X	X
BHS	X	X	X	X	X
BIS	X				
BGAI	X	X	X	X	X
BUSS	X				

HAM-D: Escala de Depressão de Hamilton; CSHF: *Columbia Suicide History Form*; BDI: Inventário de Depressão de Beck; SSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BIS: Escala de Impulsividade de Barratt; BGAI: *Brown-Goodwin Aggression Inventory*; BUSS: *Buss-Durkee Hostility Inventory*

Quando o paciente apresentava uma tentativa de suicídio entre os tempos de seguimento, ele era reavaliado novamente. Para fins de análise estatística, as tentativas foram alocadas nos tempos de seguimento, de acordo com o mais próximo da tentativa.

4.7 Análise estatística

A análise estatística foi realizada no programa estatístico SPSS, versão 20 (SPSS, Inc., Chicago, IL) e o pacote estatístico linguagem R versão 3.0.2. Inicialmente, foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnoff* para verificar a normalidade da distribuição dos dados.

As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste exato de *Fischer* ou do teste Qui-quadrado. As variáveis contínuas foram analisadas pelo teste *t-Student* (distribuição normal) ou teste de *Mann-Whitney* (para variáveis que não apresentaram distribuição normal).

As análises longitudinais foram realizadas, tendo como variável resposta à presença de tentativa de suicídio no seguimento. Uma análise de sobrevivência foi realizada, na qual a curva de Kaplan-Maier com teste de log-rank foi construída, comparando os grupos com e sem comorbidade com transtorno ansioso em relação ao tempo, até a primeira tentativa de suicídio. A presença de sintomas ansiosos foi avaliada pelos seguintes subitens da Escala de Hamilton: agitação, ansiedade somática, ansiedade psíquica e hipocondria. Todos estes itens são pontuados de 0 a 4. Um modelo de regressão de Cox foi usado para verificar se os sintomas ansiosos estavam associados à presença de tentativas no seguimento, assim como outros possíveis fatores de risco.

O nível de significância alfa foi estabelecido em 5% a todos os testes.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas da amostra

Foram avaliados 667 pacientes provenientes do New York State Psychiatric Institute, da Columbia University. Os pacientes apresentavam diagnóstico de depressão maior (N= 504, 75,6%) ou transtorno bipolar tipo I, II ou SOE (N=163, 24,4%), e em relação à amostra total 229 (34,3%) apresentavam comorbidade com transtornos ansiosos ao longo da vida e 438 (65,7%) não tinham a comorbidade.

Nos pacientes com a comorbidade com ansiedade, 153 (22,9% da amostra total) apresentaram apenas um transtorno ansioso ao longo da vida, 62 (9,3%), dois transtornos ansiosos e 14 (2,1%), três transtornos ansiosos. Em relação aos diagnósticos individuais do tipo de transtorno ansioso, houve 112 pacientes (16,8% da amostra geral) que tiveram diagnóstico de TP ao longo da vida, 7 (1,0%), de agorafobia, 55 (8,2%), de fobia social, 33 (4,9%), de TOC, 15 (2,2%), de TAG e 97 (14,5%), de TEPT.

As características sociodemográficas e clínicas da amostra estão descritas nos dados da Tabela 7. O grupo com comorbidade apresentou significativamente maior predomínio de pacientes do sexo feminino ($p=0,001$), maiores taxas de história ao longo da vida de abuso físico e/ou sexual ($p\leq 0,001$) e maiores taxas de TB tipo II ($p=0,001$).

Tabela 7 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra

	Comorbidade com ansiedade N= 229 (34,3%)	Sem comorbidade com ansiedade N=438 (65,7%)	Teste Qui- quadrado ou t- Student	p-valor
Sexo feminino N (%)	155 (68,0)	233 (54,2)	11,72	p=0,001
Idade (média ± DP)	37,58 (11,55)	37,69 (13,91)	0,10*	0,913
Escolaridade em anos(média ± DP)	15,13 (2,79)	14,83 (3,06)	-1,18*	0,236
Solteiros N (%)	125 (54,8)	213 (50,1)	8,43	p= 0,077
História de abuso físico e/ou sexual) N (%)	126 (56,8)	125 (36,3)	26,51	p≤ 0,001
História de sintomas psicóticos N (%)	21 (9,7)	48 (13)	2,02	p= 0,369
Tentativas de suicídio prévias N (%)	106 (46,5)	207 (48,5)	0,23	p=0,628
História de comorbidade com uso de substâncias N (%)	61 (26,6)	94 (21,5)	2,25	p=0,133
História de comorbidade com transtorno borderline N (%)	60 (26,2)	99 (22,6)	1,07	p=0,300
Diagnóstico			15,65	p=0,001
DM N (%)	156 (68,1%)	350 (79,9%)		
TB tipo I N (%)	39 (17%)	56 (12,8%)		
TB tipo II N (%)	22 (9,6%)	15 (3,4%)		
TB SOE N (%)	12 (5,2%)	17 (3,9%)		

Teste * teste t-Student

Em relação à sintomatologia clínica à entrada no estudo, os pacientes com comorbidade com transtornos ansiosos apresentavam maiores médias nos escores das escalas de Depressão de Hamilton ($p > 0,001$), Inventário de Depressão de Beck ($p=0,011$), escala de Ideação Suicida de Beck ($p=0,004$), escala de Impulsividade de Barrat ($p=0,001$) e na *Buss-Durkee Hostility Inventory* ($p=0,002$). Não houve diferença entre os grupos nos escores das escalas de desesperança de Beck suicida e na escala *Brown-Goodwin Aggression Inventory*, conforme mostram os dados da Tabela 8.

Tabela 8 - Escores das escalas de avaliação de sintomas clínicos na entrada do estudo

	Comorbidade com ansiedade N= 229 (34,3%)	Sem comorbidade com ansiedade N=438 (65,7%)	teste	p-valor
Escala de Depressão de Hamilton (média $\pm$ DP)	26,87 (8,87)	25,02 (10,38)	-2,36	$p=0,019$
Inventário de Depressão de Beck (média $\pm$ DP)	27,63 (11,47)	24,70 (12,39)	-2,80	$p=0,005$
Escala de Ideação suicida de Beck (média $\pm$ DP)	12,31 (5,83)	10,79 (6,22)	-2,87	$p=0,004$
Escala de Desesperança de Beck (média $\pm$ DP)	6,85 (8,33)	6,09 (7,74)	-1,16	$p= 0,254$
Escala de Impulsividade de Barratt (média $\pm$ DP)	54,71 (15,86)	49,58 (18,62)	-3,28	$p= 0,001$
<i>Buss-Durke Hostility Inventory</i> (média $\pm$ DP)	37,84 (11,50)	34,34 (12,71)	-3,18	$p= 0,002$
<i>Brown-Goodwin Aggression Inventory</i> (média $\pm$ DP)	19,03 (5,63)	18,48 (5,42)	-1,16	$p=0,246$

5.2 Avaliação da comorbidade com transtornos de ansiedade nas tentativas de suicídio durante o seguimento

Durante o seguimento, 63 pacientes (21 pacientes com ansiedade 33,3% e 42 sem ansiedade 66,7%) apresentaram tentativas de suicídio, sendo que 47 pacientes tiveram uma tentativa, dez tiveram duas tentativas e seis tiveram três tentativas, totalizando 85 tentativas de suicídio ao longo do acompanhamento. Em relação ao diagnóstico de transtorno de humor desses pacientes, 46 (73%) apresentavam diagnóstico de DM, 16 (25,4%) TB tipo I e 1 (1,6%) TB tipo II. Não houve pacientes com tentativas de suicídio e diagnóstico de TB SOE. Nem houve diferença entre os diagnósticos dos pacientes com tentativas de suicídio (Qui-quadrado: 6,75 $p= 0,08$).

Com o objetivo de verificar se, em algum momento, houve diferença entre os grupos com e sem ansiedade em relação à presença de tentativas de suicídio durante o seguimento, uma curva de sobrevivência de Kaplan Meier foi construída, conforme os dados da Figura 3.

Figura 3 - Curva de sobrevivência para a primeira tentativa de suicídio

Não houve diferença significativa em nenhum dos tempos de seguimento entres os grupos com e sem comorbidade com transtornos de ansiedade (log-rank = 0,269; $p=0,604$).

Em uma segunda análise, foram avaliados separadamente, também por meio da curva de sobrevivência de Kaplan Meier e do teste de log-rank, os transtornos ansiosos com prevalência acima de 5% em relação à amostra total (TP, fobia social e TEPT). Não houve diferença significativa em relação à presença de tentativas de suicídio durante o seguimento em nenhum dos transtornos (TP: log-rank 0,205 $p=0,651$ (Figura 4); fobia social: log-rank 1,16 $p= 0,281$ (Figura 5); TEPT: log-rank 0,006 $p=0,938$ (Figura 6). Também

não houve diferença significativa quando foram comparados os grupos sem ansiedade, com um transtorno ansioso e com mais de um transtorno ansioso (log-rank 0,586 $p=0,746$).

Figura 4 - Curva de sobrevivência para pacientes com TP

Figura 5 - Curva de sobrevivência para pacientes com fobia social

Figura 6 - Curva de sobrevivência para pacientes com TEPT

5.3 Avaliação dos sintomas de ansiedade e outros fatores de risco relacionados a tentativas de suicídio durante o seguimento

Com o objetivo de verificar se outras variáveis estariam relacionadas à presença de tentativas de suicídio no seguimento, foi realizada uma regressão logística de Cox, na qual a variável dependente foi a presença de tentativas de suicídio no seguimento e as variáveis independentes foram as variáveis clínicas: gênero, presença de tentativa de suicídio prévia (que são fatores de risco replicados na literatura), além das variáveis que foram significativas na comparação entre os pacientes com e sem ansiedade à entrada no estudo: presença de abuso sexual ou físico, média dos escores das escalas de Hamilton, Inventário de Depressão de Beck, Escala de Ideação Suicida de Beck, *Escala Buss-Durkee Hostility Inventory*, Escala de Impulsividade de Barrat e os sintomas de ansiedade (agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática e hipocondria). No modelo de regressão, o fator de risco mais importante para a presença de tentativas de suicídio durante o seguimento foi o sexo feminino, seguido da presença de tentativas de suicídio prévias e escores de hostilidade. O sintoma de hipocondria foi um fator protetor, conforme os dados da Tabela 9.

Tabela 9 - Fatores de risco associados a tentativas de suicídio no seguimento

	Wald	Hazard-Ratio	95% IC	p-valor
Gênero feminino	12,82	4,08	1,89-8,83	≤0,001
Tentativa de suicídio prévia	9,87	3,17	1,54-6,52	0,002
Buss-Durkee Hostility Inventory	19,27	1,06	1,03-1,09	≤0,001
Hipocondria	6,49	0,60	0,40-0,88	0,011
TB tipo I	3,210	1,502	0,772-2,924	p=0,073
TB tipo II	0,061	1,243	0,167-9,246	p=0,805
TB SOE	2,091	—	—	p=0,148
História de abuso	0,034	0,943	0,5041,765	p=0,854
Escala de Depressão de Hamilton	3,636	1,039	0,999-1,080	p=0,057
Escala de Impulsividade de Barrat	2,059	1,031	0,995-1,031	p=0,151
Inventário de Depressão de Beck	2,744	1,027	0,0995-1,060	p=0,098
Escala de Desesperança	2,494	0,956	0,904-1,011	p=0,114
Agitação	0,075	1,076	0,637-1,819	p=0,784
Ansiedade psíquica	0,042	1,027	0,797-1,322	p=0,838
Ansiedade somática	0,105	0,945	0,669-1,334	p=0,746

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Em nossa amostra, a presença de comorbidade com transtornos ansiosos não foi associada à presença de tentativas de suicídio, durante 2 anos de seguimento do estudo. A presença do sintoma de hipocondria foi um fator protetor para as tentativas de suicídio durante o seguimento; ao passo que os outros sintomas ansiosos (agitação, ansiedade física, ansiedade psíquica) não foram associados a tentativas de suicídio no seguimento. Em nossa amostra, os fatores de risco relacionados a tentativas de suicídio no seguimento foram sexo feminino, tentativas de suicídio prévias e altos escores de hostilidade.

Em estudos prospectivos com pacientes com TDM, nosso achado foi similar ao de Holma et al. (2010) que, em um seguimento de 5 anos com 249 pacientes com diagnóstico de depressão maior, onde 14,5% (N=36) dos pacientes tiveram uma tentativa de suicídio ao longo do seguimento, a comorbidade com transtornos ansiosos não foi um fator de risco para a incidência de tentativas de suicídio. Nesse estudo, os principais fatores de risco para tentativas de suicídio foram tempo em episódio depressivo (HH 7,4 95% IC 3,40-17,60), história prévia de tentativas de suicídio (HH= 4,39 95% IC 1,71-10,03) e falta de suporte social (HH3,57 95% IC1,71-10,03). Assim como em nosso estudo, as tentativas prévias foram um fator de risco significativo para a presença de tentativas no seguimento. Contrário a nossos achados, o sexo feminino não foi um fator de risco para as tentativas de suicídio. Em relação à questão dos sintomas de ansiedade, nesse estudo

eles foram avaliados pela Escala de Ansiedade de Beck e, embora na análise univariada maiores escores de ansiedade foram associados à presença de tentativas de suicídio no seguimento ($p=0,01$), no modelo de regressão de Cox, os sintomas de ansiedade não foram significativos, similar a nossos achados. Riikmaki et al. (2014), também em um estudo prospectivo com 137 pacientes com transtornos depressivos, no qual 14 (10,4%) tiveram tentativas de suicídio no seguimento (nessa amostra, estavam incluídos pacientes com depressão menor e distímia), apesar de haver uma prevalência maior de transtornos ansiosos nos pacientes com tentativa de suicídio no seguimento ($p=0,036$), a comorbidade com transtorno ansioso também não foi significativa após o modelo de regressão de Cox, no qual só a presença de episódio depressivo na avaliação inicial foi um fator de risco (Hazard Ratio HR 33,5 95%IC 3,6-309,7). Sexo feminino e tentativas prévias não foram fatores de risco nesse estudo. Contrário a nossos achados, May et al. (2012), em um estudo avaliando 49 pacientes com TDM ou distímia e com ideação suicida à entrada do seguimento, verificaram que 13 pacientes (26,5%) apresentaram tentativas no seguimento, e os principais preditores dessas tentativas foram a presença de comorbidade com transtorno ansioso e transtornos por uso de substâncias e comorbidade com transtornos de personalidade, tentativas de suicídio prévias, desesperança e dificuldades sociais. Após a análise ser controlada para a presença de tentativas prévias, a comorbidade com ansiedade, uso de substâncias e transtornos de personalidade continuaram a ser significativamente associados a tentativas de suicídio. Nesse mesmo estudo, é interessante notar que, em razão do

tamanho reduzido da amostra, foi feita uma terceira análise pareando cada variável significativa com a comorbidade com transtornos de personalidade do cluster B (transtorno de personalidade borderline, transtorno de personalidade histriônico e transtorno de personalidade narcisista) e nenhuma das variáveis, fora a comorbidade com cluster B, permaneceu significativa. Isso pode ser explicado pelo tamanho pequeno da amostra ou ainda pela possível interação entre transtornos de personalidade do cluster B, ansiedade e abuso de drogas, no qual a relação entre as comorbidades poderia ser mediada pela presença do transtorno de personalidade. Bolton et al. (2010), em um estudo avaliando pacientes com critérios para TDM em uma amostra da população geral em um seguimento de 3 anos, obtiveram uma incidência de 1,2 % de tentativas de suicídio em 63 pacientes (N=6004). Os principais fatores de risco associados a essas tentativas foram transtornos ansiosos (OR 2,76 95% IC 1,2-2,7) e entre os transtornos ansiosos, fobia social (OR 3,01 95% IC 1,39-6,50), fobia social (OR 2,29 95% IC 1,01-5,23) e transtorno de estresse pós-traumático (OR 2,86 (1,32-6,23). Nesse estudo, tentativas prévias de suicídio também foram um fator de risco para as tentativas durante o seguimento, assim como foi observado em nosso estudo.

Em relação aos estudos prospectivos com pacientes bipolares, nosso estudo apresentou resultados semelhantes aos de Marangell et al. (2006) que, em um estudo com 1.556 pacientes bipolares tipo I, II e SOE com acompanhamento de 2 anos, no qual 3,66% (50 pacientes) tiveram tentativa de suicídio ou suicídio completo no seguimento, os principais fatores de risco

associados às tentativas foram: história prévia de tentativa de suicídio ($p \leq 0,0001$; OR=4,51 95%IC 2,35-8,69) e porcentagem de dias com depressão no ano anterior ($p = 0,03$; OR 1,16 95%IC 1,15-17). Nesse estudo, a presença de ansiedade foi avaliada pela escala de ansiedade de Beck; a porcentagem de dias com sintomas ansiosos também não foi associada à presença de tentativas de suicídio no seguimento ($p=0,21$ OR 1 95% IC 1-1,08). Em comparação a nosso estudo, Marangell et al. (2006) não avaliaram a presença de comorbidade com transtornos ansiosos, só a presença de sintomas ansiosos. Em um estudo prospectivo com seguimento de 18 meses (Valtonen et al., 2008), com 191 pacientes bipolares e 29 pacientes (20%) com tentativas de suicídio, a comorbidade com transtornos ansiosos não foi significativamente diferente entre os pacientes com e sem tentativa. Nesse estudo, os sintomas de ansiedade mensurados pela escala de ansiedade de Beck foram significativamente mais altos à entrada no estudo nos pacientes com tentativas durante o seguimento ($p < 0,001$), embora no modelo de regressão de Cox os sintomas de ansiedade também não foram um fator de risco às tentativas de suicídio. Ainda no estudo de Valtonen et al. (2008), sintomas de desesperança (HR 1,19 95%IC 1,10-1,29), presença de tentativas prévias (HR 3,85 95%IC 1,69-8,78) e episódio index depressivo (HR 2,43 95%IC 1,11-5,35) foram associados à presença de tentativas durante o seguimento. Sala et al. (2012), em um estudo prospectivo com 1.600 pacientes bipolares, também não encontraram diferenças entre o grupo com e sem ansiedade comórbida em relação à presença de tentativas durante o seguimento de 3 anos ($p=0,2$). Nesse

estudo, é interessante notar que os pacientes com comorbidade com transtornos ansiosos apresentavam mais ideação suicida (35,6% vs 25,7 $p=0,02$). Em nosso estudo, apesar dos pacientes com comorbidade com ansiedade apresentarem maior média nos escores de ideação suicida, a diferença não foi significativa.

Em estudos prospectivos com amostras mistas com pacientes tanto com DM como TB, nosso achado foi similar ao de Holma et al. (2014). Nesse estudo prospectivo, a presença de comorbidade com transtornos ansiosos e a presença de sintomas ansiosos mensurados pela Escala de Beck de Ansiedade não foram um fator de risco para tentativas no seguimento de 5 anos. Os principais fatores de risco encontrados foram: presença de tentativas prévias (HR 3,04 95%IC 1,48-6,24), episódio depressivo (HR 16,3 95%IC 5,05-52,9), sintomas depressivos subsindrômicos (HR 4,35 95%IC 1,46-12,9), sexo feminino (HR1,79 95%IC1,00-3,21). Oquendo et al. (2004), em um estudo prospectivo com 308 pacientes com TDM ou TB após 2 anos de seguimento, 14% dos pacientes haviam tido uma tentativa de suicídio e os principais preditores, conforme o modelo de regressão de Cox foram: história prévia de tentativas de suicídio (HR=4,41 95% IC 1,92-10,12 $p<0,001$), altos escores de sintomas depressivos conforme o Inventário de Depressão de Beck (HR 2,96 95% IC 1,20-4,59 $p=0,005$) e tabagismo (HR 2,35 95%IC = 1,20-4,59 $p=0,012$). Nesse estudo, os sintomas ansiosos ou a presença de comorbidade com transtornos ansiosos não foram avaliados.

Em relação aos sintomas de ansiedade (agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática e hipocondria), há poucos estudos avaliando

prospectivamente o impacto desses sintomas como fatores de risco para tentativas de suicídio em pacientes com transtornos de humor e comorbidade com transtornos ansiosos. Em um estudo prospectivo (Schneider et al., 2001), com duração de 5 anos comparando sintomatologia depressiva em pacientes com DM com e sem suicídio completo (262 pacientes vs 16 pacientes), não houve diferença entre os escores dos sintomas de agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática e hipocondria entre os pacientes com e sem suicídio. Nesse estudo, hipocondria e sintomas corporais avaliados por meio de um outro instrumento, a *polydiagnostic interview* foram associadas a suicídio. Em um estudo prospectivo somente com pacientes com DM (N=100), Malone et al. (1995) não encontraram diferenças nos sintomas de ansiedade na HAM-D nos pacientes com e sem tentativas de suicídio prévias. Em um estudo retrospectivo comparando pacientes unipolares (N= 272 pacientes) com e sem tentativa de suicídio, Placidi et al. (2000), encontraram escores significativamente maiores de agitação ($p=0,03$), ansiedade psíquica ($p=0,02$) e hipocondria ($p=0,02$) em pacientes sem tentativas prévias de suicídio. Semelhante a esse achado, um outro estudo retrospectivo (Grunebaum et al., 2005) encontrou escores maiores nos itens de ansiedade da HAM-D nos pacientes sem tentativa de suicídio. Nesse estudo, os sintomas de ansiedade correlacionaram-se negativamente com ideação suicida prévia e com a agressividade ao longo da vida, que são fatores de risco para tentativas de suicídio na literatura, o que poderia explicar em parte a não associação entre os sintomas ansiosos e comportamento suicida.

Além disso, como a hipocondria na HAM-D é pontuada desde uma autoobservação corporal aumentada até um delírio hipocondríaco, esses pacientes poderiam ter menos chances de tentativas de suicídio por medo do dano físico que essas tentativas poderiam causar (Grunebaum et al., 2005). Em nosso estudo, a hipocondria além de não ser um fator de risco para tentativas prévias foi um fator protetor em relação às tentativas de suicídio durante o seguimento. Diferentes amostras, diferentes metodologias de avaliação e diferentes tipos de estudo podem contribuir para esses resultados inconclusivos em relação ao papel dos sintomas ansiosos.

Em nosso estudo, a presença de hostilidade foi um fator de risco para tentativas de suicídio em pacientes com ansiedade. Não há estudos avaliando o impacto da hostilidade como fator de risco em pacientes com transtorno de humor e ansiedade. Mann et al. (1999), em um estudo retrospectivo com 347 pacientes com diagnósticos diversos, demonstraram associação entre os escores na Escala *Buss-Durkee Hostility Inventory* e a presença de tentativas prévias ($p=0,003$). Em um estudo prospectivo, comparando fatores de risco para tentativas de suicídio em homens e mulheres após um episódio depressivo, os sintomas de hostilidade foram significativamente maiores nas mulheres, embora na regressão de Cox esse achado deixou de ser significativo (Oquendo et al., 2007). Em um estudo somente com pacientes com DM (N=100), Malone et al. (1995), encontraram maiores escores de hostilidade também medidos pela Escala *Buss-Durkee Hostility Inventory* em pacientes com tentativas de suicídio.

Embora nosso achado ter sido negativo, podemos observar, tanto na literatura como em nosso estudo, que os pacientes com ansiedade comórbida apresentam fatores de risco para tentativas de suicídio prospectivas replicados na literatura, o que nos leva a questionar se a comorbidade com ansiedade, apesar de não ter um papel direto como fator de risco, estaria associada a outros fatores de risco para comportamento suicida. Ao usar o modelo de Stress-Diátese, Mann et al. (1999) observaram que o comportamento suicida seria resultante de uma interação entre fatores estressores (que aparecem ao longo da vida do paciente como doenças, perdas, comorbidades) e diátese (fatores relacionados a traços inerentes aos pacientes, tais como impulsividade, desesperança, pessimismo e hostilidade). Os pacientes com comorbidade com transtornos ansiosos apresentaram, além da própria comorbidade (fator estresse), maiores escores nas escala de Hamilton, escala de ideação suicida de Beck, inventário de depressão de Beck, escala de impulsividade de Barratt, e Escala *Buss-Durkee Hostility Inventory* (fatores diátese). Pode-se especular que a comorbidade com ansiedade atuaria não como um fator de risco *per se*, mas como um possível fator de piora de outros fatores de risco.

Algumas limitações devem ser observadas nesse estudo. A falta de informações sobre o tratamento a que esses pacientes foram submetidos durante o período não permite avaliar uma possível influência da gravidade dos sintomas e o impacto do tratamento na presença de tentativas de suicídios na amostra. Além disso, apesar da amostra ser composta somente por pacientes com transtornos de humor como em outros estudos na

literatura (Pawlack et al., 2013), muitas vezes, a evolução clínica e gravidade desses quadros podem diferir ao longo do tempo. Uma outra importante limitação foi o agrupamento dos transtornos de ansiedade em um único grupo. Embora vários estudos na literatura utilizem-se dessa metodologia, os transtornos ansiosos apresentam curso, gravidade e prognóstico diferentes entre si. Estudos avaliando cada tipo de transtorno ansioso são necessários para identificar se existe associação entre transtornos ansiosos específicos e comportamento suicida. No presente estudo, conseguiu-se avaliar separadamente apenas os pacientes com TP, fobia social e TEPT pois os outros transtornos representavam menos de 5% do total de pacientes com transtornos ansiosos. Outra grande limitação foi a ausência de uma escala específica para medir os sintomas ansiosos, o que poderia mensurar uma série maior de sintomas ansiosos, possibilitando uma melhor avaliação dos sintomas e sua associação com tentativas de suicídio.

Apesar dessas limitações, em nosso conhecimento este é o primeiro estudo que avalia diretamente o impacto da comorbidade com transtornos ansiosos e sintomas ansiosos no comportamento suicida em uma mesma amostra de pacientes com transtornos de humor, além de avaliar outros fatores de risco descritos na literatura nos pacientes com comorbidade com ansiedade, como hostilidade, impulsividade e agressividade.

7 Conclusão

7 CONCLUSÃO

No presente estudo, buscou-se compreender se a presença de comorbidade com transtornos ansiosos ou a presença de sintomas ansiosos à entrada no estudo estaria associada à presença de tentativas de suicídio durante o seguimento em pacientes com transtornos de humor (TDM E TB tipo I, II e NOS).

Com base em nossa hipótese, as conclusões foram:

1. Não houve associação entre comorbidade com transtornos ansiosos à entrada no estudo e a presença de tentativas de suicídio no seguimento nos pacientes com transtornos de humor.
2. Não houve associação entre os escores dos sintomas de agitação, ansiedade psíquica e ansiedade somática à entrada no estudo com a presença de tentativas de suicídio no seguimento. Por sua vez, o sintoma de hipocondria foi um fator protetor em relação à presença de tentativas de suicídio no seguimento.

8 Referências

8 REFERÊNCIAS

Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004 Nov 4;4:37.

Baek JH, Heo JY, Fava M, Mischoulon D, Nierenberg A, Hong JP, Roh S, Jeon HJ. Anxiety symptoms are linked to new-onset suicidal ideation after six months of follow-up in outpatients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2015 Nov 15;187:183-7.

Bahls SC, Botega NJ. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: Mello MF, Mello AF, Kohn R. (organizadores). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Barratt ES. Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychol Rep*. 1965;16:547-554.

Beck A, Schuyler D, Herman J. Development of suicidal intent scales. In: Beck A, Resnick K, Lettieri D, Bowie MD. (ed.) *The Prediction of Suicide*. Philadelphia, PA: Charles Press; 1974a. p. 45-56.

Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors, I: quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiatry*. 1975;132:285-287.

Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47:343-352.

Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol*. 1988, 44:499.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-571.

Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974b;42:861-865.

Bolton JM, Belik SL, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008 Jul;69(7):1139-49.

Bolton JM, Pagura J, Enns MW, Grant B, Sareen J. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatr Res*. 2010;44(13):817-26.

Botega NJ, Barros MB, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-Leon I. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):45-53.

Brown GL, Goodwin FK, Ballenger JC, Goyer PF, Major LF. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Res*. 1979;1:131-139.

Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003 Jan;64(1):14-9.

Buss AH, Durkee A: An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol*. 1957;21:343-349.

Cassano GB, Akiskal HS, Savino M, Musetti L, Perugi G. Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: with hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. *J Affect Disord*. 1992;26:127-140.

Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003 Apr;33(3):395-405. Review. Erratum in: *Psychol Med*. 2003 Jul;33(5):947.

Coryell W, Andreasen NC, Endicott J, Keller M. The significance of past mania or hypomania in the course and outcome of major depression. *Am J Psychiatry*. 1987;144:309-315.

Cogle JR, Keough ME, Riccardi CJ, Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *J Psychiatr Res*. 2009 Jun;43(9):825-9.

Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry*. 1976;11:31-42.

Endicott J, Nee J, Andreasen N. Combine or keep separate? *J Affect Disord*. 1985;8:17-28.

Fawcett J, Scheftener WA, Fogg L. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1189-1194.

Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis*. 1970;23(7):455-468.

Goes FS, McCusker MG, Bienvenu OJ, Mackinnon DF, Mondimore FM, Schweizer B; National Institute of Mental Health Genetics Initiative Bipolar Disorder Consortium, Depaulo JR, Potash JB. Co-morbid anxiety disorders in bipolar disorder and major depression: familial aggregation and clinical characteristics of co-morbid panic disorder, social phobia, specific phobia and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 2012 Jul;42(7):1449-59.

Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM. Reducing suicide: A National Imperative. Washington DC: National Academy Press; 2002.

Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York (NY): Oxford University Press; 1990.

Grunebaum MF, Keilp J, Li S, Ellis SP, Burke AK, Oquendo MA, Mann JJ. Symptom components of standard depression scales and past suicidal behavior. *J Affect Disord*. 2005 Jul;87(1):73-82.

Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry*. 1970;117:437-438.

Hamilton M: Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;6(4):278-296.

Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013 May;147(1-3):17-28.

Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005 Jun;66(6):693-704.

Holma KM, Haukka J, Suominen K, Valtonen HM, Mantere O, Melartin TK, Sokero TP, Oquendo MA, Isometsä ET. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord*. 2014 Sep;16(6):652-61.

Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsä ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2010 Jul;167(7):801-8.

Isometsa E. Suicidal behaviour in mood disorders – who, when and why? *Can J Psychiatry*. 2014;59(3):120-130.

Jamison KR. Night falls fast: understanding suicide. New York: Ramdon House; 1999. Chapter 1: Death lies near hands- History and overview. p. 11-19.

Johnson J, Gooding P, Tarrier N. Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, the schematic appraisal model of suicide (SAMS). *Psychol Psychother*. 2008;81:55-77.

Johnson J, Gooding PA, Wood AM, Tarrier N. Resilience as positive coping appraisals: testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behav Res Ther*. 2010;48:179-186.

Kanwar A, Malik S, Prokop LJ, Sim LA, Feldstein D, Wang Z, Murad MH. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013 Oct;30(10):917-29.

Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jul;56(7):617-26.

Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Keck PE Jr, McElroy SL, Denicoff KD, Obrocea G, Nolen WA, Kupka R, Walden J, Grunze H, Perez S, Luckenbaugh DA, Post RM. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry*. 2003 May;64(5):506-15.

Malhi GS, Bargh DM, Kuiper S, Coulston CM, Das P. Modeling bipolar disorder suicidality. *Bipolar Disord*. 2013 Aug;15(5):559-74.

Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord*. 1995;34(3):173-85.

Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999 Feb; 156(2):181-9.

Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ, Oquendo MA, Frank E, Perlis RH, Martinez JM, Fagiolini A, Otto MW, Chessick CA, Zboyan HA, Miyahara S, Sachs G, Thase ME. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord*. 2006 Oct;8(5 Pt 2):566-75.

May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *J Psychiatr Res*. 2012 Jul;46(7):946-52.

Miles CP. Conditions predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis*. 1977;95:259-263.

Miyazaki M, Yoshino A, Nomura S. Diagnosis of multiple anxiety disorders predicts the concurrent comorbidity of major depressive disorder. *Compr Psychiatry*. 2010 Jan-Feb;51(1):15-8.

Moreno C, Hasin DS, Arango C, Oquendo MA, Vieta E, Liu S, Grant BF, Blanco C. Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Bipolar Disord*. 2012 May;14(3):271-82.

Nakagawa A, Grunebaum MF, Sullivan GM, Currier D, Ellis SP, Burke AK, Brent DA, Mann JJ, Oquendo MA. Comorbid anxiety in bipolar disorder: does it have a independent effect on suicidality? *Bipolar Disord*. 2008;10(4):530-8.

Nepon J, Belik S, Bolton J, Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety*. 2010;27(9):791-798.

Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:1058-1064.

O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 1996;26(3):237-252.

O'Connor RC. Suicidal behavior as a cry of pain: test of a psychological model. *Arch Suicide Res*. 2003;7:297-308.

Olfson M, Broadhead WE, Weissman MM, Leon AC, Farber L, Hoven C, Kathol R. Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Oct;53(10):880-6.

Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfavy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2007;164:134-141.

Oquendo MA, Galfavy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1433-1441.

Oquendo MA, Halberstam B, Mann JJ: Risk factors for suicidal behavior: the utility and limitations of research instruments. In: First MB. (ed). Standardized evaluation in clinical practice. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2003. p. 103-130.

Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP. Inadequacy of antidepressant treatment of patients with major depression who are at risk for suicide behavior. *Am J Psychiatry*. 1999;156:190-194.

Otto MW, Simon NM, Wisniewski SR, Miklowitz DJ, Kogan JN, Reilly-Harrington NA, Frank E, Nierenberg AA, Marangell LB, Sagduyu K, Weiss RD, Miyahara S, Thas ME, Sachs GS, Pollack MH. Prospective 12-month course of bipolar disorder in out-patients with and without comorbid anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2006 Jul;189:20-5.

Pawlak J, Dmitrzak-Węglarz M, Skibińska M, Szczepankiewicz A, Leszczyńska-Rodziewicz A, Rajewska-Rager A, Zaremba D, Czerski P, Hauser J. Suicide attempts and clinical risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Jul-Aug;35(4):427-32.

Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, Bowden CL, Sachs GS, Nierenberg AA. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004 May 1;55(9):875-81.

Philipp M, Delmo C. Polydiagnostisches Interview (PODI). Version 2.1. Mainz: Psychiatrische Klinik der Johannes-Gutenberg_Universitat Mainz, 1987.

Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *Am J Psychiatry*. 2000 Oct;157(10):1614-8.

Rasmussen SA, Fraser L, Gotz M, Hale S, Mackie R, Masterton G, McConachie S, O'Connor RC. Elaborating the cry of pain model of suicidality: testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *Br J Clin Psychol*. 2010;49(Pt 1):15-30.

Rihmer Z, Kiss K. Bipolar disorders and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*. 2002;4 (suppl1):21-25.

Riihimäki K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, Isometsä E. Incidence and predictors of **suicide** attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychol Med*. 2014 Jan;44(2):291-302.

Sala R, Goldstein BI, Morcillo C, Liu SM, Castellanos M, Blanco C. Course of comorbid anxiety disorders among adults with bipolar disorder in the U.S population. *J Psychiatr Res*. 2012 Jul;46(7):865-72.

Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Nov;62(11):1249-57.

Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, Cassidy F, Sinyor M, Azorin JM, Kessing LV, Ha K, Goldstein T, Weizman A, Beautrais A, Chou YH, Diazgranados N, Levitt AJ, Zarate CA Jr, Rihmer Z, Yatham LN. International Society for bipolar disorders task force on suicide: meta-analysis and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015 Feb;17(1):1-16.

Schneider B, Philipp M, Müller MJ. Psychopathological predictors of suicide in patients with major depression during a 5-year follow-up. *Eur Psychiatry*. 2001 Aug;16(5):283-8.

Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, Sachs GS, Nierenberg AA, Thase ME, Pollack MH. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2222-9.

Simon NM, Zalta AK, Otto MW, Ostacher MJ, Fischmann D, Chow CW, Thompson EH, Stevens JC, Demopulos CM, Nierenberg AA, Pollack MH. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2007 Apr-Jun;41(3-4):255-64.

Sokero TP, Merlatin TK, Rytsala HK. Suicidal Ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64:1094-1100.

Tohen M, Bowden CL, Calabrese JR, Lin D, Forrester TD, Sachs GS, Koukpoulos A, Yatham L, Grumze H. Influence of sub-syndromal symptoms after remission from manic or mixed episodes. *Br J Psychiatry*. 2006; 189:515-9.

Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J. Suicide attempts in major affective disorders patients with comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 (suppl.2):63-69.

Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005 Nov;66(11):1456-62.

Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P, Isometsä ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2008;8:576-585.

Vieta E, Benabarre A, Colon F. Suicidal behaviour in bipolar I and bipolar II disorder. *J Ner Ment Disord*. 1997;185:407-409.

Weitofte GR, Rosén M. Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow-up of the Swedish survey of living conditions. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(9):794-798.

Williams JM, Pollock LR. Psychological aspects of the suicidal process. In: Heeringen KV, ed. *Understanding Suicidal Behaviour*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2001.

Williams JMG. *Suicide and attempted suicide. Understanding the cry of pain*. London: Penguin Books; 2001.

World Health Organization (WHO). *Consultation on strategies for reducing suicidal behavior in the European Region. Figures and Facts about suicide*. Geneva: World Health Organization; 1999.

World Health Organization (WHO). *Who Mortality Database 2014*. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/>

Apêndices

Apêndice 1 -

Columbia Suicide History Form (CSHF)

TIME: 1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

ID: _____
DATE _____
RATER INIT _____
PT INIT _____

SUICIDE FORM
MHCRC FOR THE STUDY OF SUICIDAL BEHAVIOR
NEW YORK STATE PSYCHIATRIC INSTITUTE
@ COLUMBIA UNIVERSITY
SUICIDE HISTORY
(BASELINE VERSION)

HISTORY OF SUICIDAL IDEATION

Data notes: Lethality and attempt types. Actual and ambiguous attempts can have lethality, but not aborted or interrupted attempts, where the subject did not begin the attempt.)

Have you ever thought of committing suicide? (THOU1) Yes _____ No _____
How often? (HOFT1) (1) Rarely (2) Sometimes (3) Often (4) Almost Always
When was the last time? (LDTE1) DATE: ____/____/____

HISTORY/CHRONOLOGY OF SUICIDE ATTEMPTS

1. (IF NOT KNOWN) Did _____ ever attempt suicide?

[DETERMINE whether there is evidence of any form of self-injurious act with the intent to commit suicide.] (ATTEMPT1) ? 1 2
YES NO

INTERVIEWER: if no evidence of possible suicide attempt, STOP, GO TO Scale of Suicidal Ideation (SSI).
IF YES, CONTINUE.)

2. When was the first time he/she ever made an attempt? Please tell me about each, beginning with the first attempt. (TO QUALIFY AS AN ATTEMPT, it is essential to ascertain that there was an intent to die. IF UNCERTAIN, RECORD RELEVANT INFORMATION.)

FOR EACH EVENT ASK: "Tell me exactly what he/she did. What, if any, medical treatments did he/she receive? The aim here is to assess the method used, to obtain an estimate of lethality, and to identify the first, the most lethal, as well as the most recent attempt. [If more than 6 events, be sure to describe it: (1) FIRST ATTEMPT; (2) MOST LETHAL ATTEMPT, and (3) MOST RECENT ATTEMPT.]

BEGIN WITH THE FIRST ATTEMPT:

(ATDAT1_1) (IMPREC_1)
ATTEMPT #(ATT1_1) DATE: ____/____/____ IMPRECISION: ____ LETHALITY RATING: (LETH-1) (Lethality Rating Scale)
METHOD code(s): ____ (Use number/letter code, see Guide for Lethality Rating Scale Coding; for example, 1h, 2c, 3e)
(METH1_1; METH1_2; METH1_3) (CODE1_1; CODE1_2; CODE1_3)

ATTEMPT TYPE: 1 = Actual 2 = Ambiguous 3 = Interrupted 4 = Aborted ATTYPE_1

(a) Please describe for me exactly what happened.

(b) If overdose, include names and amount of all substances or drugs:

(c) Was he/she alone at the time? (ALONE1_1) 1 = YES 2 = NO

(d) What led up to this event?

If any specific external event appeared to "trigger" the attempt, describe the event and categorize the type of event:

EXTERNAL TRIGGER CATEGORY: (TRIGG1-1) (1 to 6 scale) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) to determine which category the most significant event falls into (1=conjugal, 2= other interpersonal, 3=occupational, 4=living situation, 5=health, 6=other, 7=cannot be assessed, 8=sexual abuse, 9=physical abuse)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

TIME: 1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____

SECONDARY TRIGGER (category): _____ (TRIGG2-1)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

(ATDAT1_2) (IMPREC_2)
ATTEMPT #(ATT1_2) **DATE:** ____/____/____ **IMPRECISION:** ____ **LETHALITY RATING:** (LETH1_2) (Lethality Rating Scale)
METHOD code(s): ____ (Use number/letter code, see Guide for Lethality Rating Scale Coding; for example, 1h, 2c, 3e)
 (METH2_1; METH2_2; METH2_3) (CODE2_1; CODE2_2; CODE2_3)

ATTEMPT TYPE: 1 = Actual 2 = Ambiguous 3 = Interrupted 4 = Aborted **ATTTYPE_2**

(a) Please describe for me exactly what happened.

(b) If overdose, include names and amount of all substances or drugs:

(c) Was he/she alone at the time? (ALONE1_2) 1 = YES 2 = NO

(d) What led up to this event? _____ If any specific external event appeared to "trigger" the attempt, describe the event and categorize the type of event:

EXTERNAL
TRIGGER CATEGORY: (TRIGG1_2) (1 to 6 scale) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) to determine which category the most significant event falls into (1=conjugal, 2= other interpersonal, 3=occupational, 4=living situation, 5=health, 6=other, 7=cannot be assessed, 8=sexual abuse, 9=physical abuse)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

SECONDARY TRIGGER (category): _____ (TRIGG2-2)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

(ATDAT1_3) (IMPREC_3)
ATTEMPT #(ATT1-3) **DATE:** ____/____/____ **IMPRECISION:** ____ **LETHALITY RATING:** (LETH1-3) (Lethality Rating Scale)
METHOD code(s): ____ (Use number/letter code, see Guide for Lethality Rating Scale Coding; for example, 1h, 2c, 3e)
 (METH3_1; METH3_2; METH3_3) (CODE3_1; CODE3_2; CODE3_3)

ATTEMPT TYPE: 1 = Actual 2 = Ambiguous 3 = Interrupted 4 = Aborted **ATTTYPE_3**

(a) Please describe for me exactly what happened.

(b) If overdose, include names and amount of all substances or drugs:

(c) Was he/she alone at the time? (ALONE1_3)

1 = YES 2 = NO

(d) What led up to this event?

If any specific external event appeared to "trigger" the attempt, describe the event and categorize the type of event:

EXTERNAL TRIGGER CATEGORY: (TRIGG1_3) (1 to 6 scale) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) to determine which category the most significant event falls into (1=conjugal, 2= other interpersonal, 3=occupational, 4=living situation, 5=health, 6=other, 7=cannot be assessed, 8=sexual abuse, 9=physical abuse)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

SECONDARY TRIGGER (category): ____ (TRIGG2-3)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

(ATDAT1_4) (IMPREC_4)
ATTEMPT# (ATT1_4) DATE: ____/____/____ **IMPRECISION:** ____ **LETHALITY RATING: (LETH1_4)** (Lethality Rating Scale)
METHOD code(s): ____ (Use number/letter code, see Guide for Lethality Rating Scale Coding; for example, 1h, 2c, 3e)
(METH4_1; METH4_2; METH4_3) (CODE4_1; CODE4_2; CODE4_3)

ATTEMPT TYPE: 1 = Actual 2 = Ambiguous 3 = Interrupted 4 = Aborted **ATTTYPE_4**

(a) Please describe for me exactly what happened.

(b) If overdose, include names and amount of all substances or drugs:

(c) Was he/she alone at the time? (ALONE1_4)

1 = YES 2 = NO

(d) What led up to this event?

If any specific external event appeared to "trigger" the attempt, describe the event and categorize the type of event:

EXTERNAL TRIGGER CATEGORY: (TRIGG1_4) (1 to 6 scale) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) to determine which category the most significant event falls into (1=conjugal, 2= other interpersonal, 3=occupational, 4=living situation, 5=health, 6=other, 7=cannot be assessed, 8=sexual abuse, 9=physical abuse)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

SECONDARY TRIGGER (category): ____ (TRIGG2-4)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

(ATDAT1_5) (IMPREC_5)
ATTEMPT # (ATT1_5) DATE: ____/____/____ **IMPRECISION:** ____ **LETHALITY RATING: (LETH1_5)** (Lethality Rating Scale)
METHOD code(s): ____ (Use number/letter code, see Guide for Lethality Rating Scale Coding; for example, 1h, 2c, 3e)
 (METH5_1; METH5_2; METH5_3) (CODE5_1; CODE5_2; CODE5_3)

ATTEMPT TYPE: 1 = Actual 2 = Ambiguous 3 = Interrupted 4 = Aborted **ATYPE_5**

(a) Please describe for me exactly what happened.

(b) If overdose, include names and amount of all substances or drugs:

(c) Was he/she alone at the time? (ALONE1_5)

1 = YES 2 = NO

(d) What led up to this event?

If any specific external event appeared to "trigger" the attempt, describe the event and categorize the type of event:

EXTERNAL TRIGGER CATEGORY: (TRIGG1_5) (1 to 6 scale) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) to determine which category the most significant event falls into (1=conjugal, 2= other interpersonal, 3=occupational, 4=living situation, 5=health, 6=other, 7=cannot be assessed, 8=sexual abuse, 9=physical abuse)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

SECONDARY TRIGGER (category): ____ (TRIGG2-5)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

(ATDAT1_6) (IMPREC_6)
ATTEMPT # (ATT1_6) DATE: ____/____/____ **IMPRECISION:** ____ **LETHALITY RATING: (LETH1_6)** (Lethality Rating Scale)
METHOD code(s): ____ (Use number/letter code, see Guide for Lethality Rating Scale Coding; for example, 1h, 2c, 3e)
 (METH6_1; METH6_2; METH6_3) (CODE6_1; CODE6_2; CODE6_3)

ATTEMPT TYPE: 1 = Actual 2 = Ambiguous 3 = Interrupted 4 = Aborted **ATYPE_6**

(a) Please describe for me exactly what happened.

(b) If overdose, include names and amount of all substances or drugs:

(c) Was he/she alone at the time? (ALONE1_6)

1 = YES 2 = NO

(d) What led up to this event?

If any specific external event appeared to "trigger" the attempt, describe the event and categorize the type of event:

EXTERNAL TRIGGER CATEGORY: (TRIGG1_6) (1 to 6 scale) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) to determine which category the most significant event falls into (1=conjugal, 2= other interpersonal, 3=occupational, 4=living situation, 5=health, 6=other, 7=cannot be assessed, 8=sexual abuse, 9=physical abuse)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

SECONDARY TRIGGER (category): (TRIGG2-6)

- (e) What do you think he/she was feeling at the time?
- (f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

(ATDAT1_7) (IMPREC_7)
ATTEMPT # (ATT1_7) DATE: / / **IMPRECISION:** **LETHALITY RATING: (LETH1_7)** (Lethality Rating Scale)
METHOD code(s): (Use number/letter code, see Guide for Lethality Rating Scale Coding; for example, 1h, 2c, 3e)
 (METH7_1; METH7_2; METH7_3) (CODE7_1; CODE7_2; CODE7_3)

ATTEMPT TYPE: **1 = Actual 2 = Ambiguous 3 = Interrupted 4 = Aborted** **ATTTYPE_7**

- (a) Please describe for me exactly what happened.
- (b) If overdose, include names and amount of all substances or drugs:
- (c) Was he/she alone at the time? (ALONE1_7) **1 = YES 2 = NO**
- (d) What led up to this event?

If any specific external event appeared to "trigger" the attempt, describe the event and categorize the type of event:

EXTERNAL TRIGGER CATEGORY: (TRIGG1_7) (1 to 6 scale) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) to determine which category the most significant event falls into (1=conjugal, 2= other interpersonal, 3=occupational, 4=living situation, 5=health, 6=other, 7=cannot be assessed, 8=sexual abuse, 9=physical abuse)

- (e) What do you think he/she was feeling at the time? _____
- (f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

SECONDARY TRIGGER (category): (TRIGG2-7)

- (e) What do you think he/she was feeling at the time?
- (f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

(ATDAT1_8) (IMPREC_8)
ATTEMPT# (ATT1_8) DATE: / / **IMPRECISION:** **LETHALITY RATING: (LETH1_8)** (Lethality Rating Scale)
METHOD code(s): (Use number/letter code, see Guide for Lethality Rating Scale Coding; for example, 1h, 2c, 3e)
 (METH8_1; METH8_2; METH8_3) (CODE8_1; CODE8_2; CODE8_3)

ATTEMPT TYPE: **1 = Actual 2 = Ambiguous 3 = Interrupted 4 = Aborted** **ATTTYPE_8**

- (a) Please describe for me exactly what happened.
- (b) If overdose, include names and amount of all substances or drugs:
- (c) Was he/she alone at the time? (ALONE1_8) **1 = YES 2 = NO**
- (d) What led up to this event?

If any specific external event appeared to "trigger" the attempt, describe the event and categorize the type of event:

EXTERNAL TRIGGER CATEGORY: (TRIGG1_8) (1 to 6 scale) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) to determine which category the most significant event falls into (1=conjugal, 2= other interpersonal, 3=occupational, 4=living situation, 5=health, 6=other, 7=cannot be assessed, 8=sexual abuse, 9=physical abuse)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

SECONDARY TRIGGER (category): (TRIGG2-8)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

(ATDAT1_9) (IMPREC_9)

ATTEMPT# (ATT1_4) DATE: / / IMPRECISION: LETHALITY RATING: (LETH1_9) (Lethality Rating Scale)

METHOD code(s): (Use number/letter code, see Guide for Lethality Rating Scale Coding; for example, 1h, 2c, 3e)
(METH9_1; METH9_2; METH9_3) (CODE9_1; CODE9_2; CODE9_3)

ATTEMPT TYPE: 1 = Actual 2 = Ambiguous 3 = Interrupted 4 = Aborted ATTYPE_9

(a) Please describe for me exactly what happened.

(b) If overdose, include names and amount of all substances or drugs:

(c) Was he/she alone at the time? (ALONE1_9)

1 = YES 2 = NO

(d) What led up to this event?

If any specific external event appeared to "trigger" the attempt, describe the event and categorize the type of event:

EXTERNAL TRIGGER CATEGORY: (TRIGG1_9) (1 to 6 scale) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) to determine which category the most significant event falls into (1=conjugal, 2= other interpersonal, 3=occupational, 4=living situation, 5=health, 6=other, 7=cannot be assessed, 8=sexual abuse, 9=physical abuse)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

SECONDARY TRIGGER (category): (TRIGG2-9)

(e) What do you think he/she was feeling at the time?

(f) Describe any medical consequences of the event (i.e. type of medical damage, including drowsiness, state of consciousness, medical treatment, and response to treatment, and duration of acute condition).

RECORD DATES OF ALL OTHER SUICIDE ATTEMPTS NOT LISTED ABOVE

Attempt #10 / / (ATDAT1-10)
Attempt #11 / / (ATDAT1-11)
Attempt #12 / / (ATDAT1-12)
Attempt #13 / / (ATDAT1-13)
Attempt #14 / / (ATDAT1-14)
Attempt #15 / / (ATDAT1-15)
Attempt #16 / / (ATDAT1-16)

TOTAL NUMBER OF LIFETIME SUICIDE ATTEMPTS, INCLUDING CURRENT EPISODE: (NUMSUI)

(IMPORTANT: INCLUDE ONLY SELF-INJURIOUS BEHAVIOR WITH A CLEAR INTENT TO DIE. Self-inflicted injury without any intent to kill self, i.e. a "gesture", is not included in the total number of attempts.

Summary Variables

NUMSUI: Total number of actual suicide attempts. (Date entry note: Most of the time, NUMSUI should match the values in the suicide summary form and the suicide consensus form. If they do not match, the form should be flagged, and the clinician will double check the discrepancies.)

NUMSUI_P: Total number of actual suicide attempts based of suicide history details. For a small number of subjects, NUMSUI_P is less than NUMSUI because NUMSUI can include attempts without details in the suicide history form.

MAXDATE_P: Date of most lethal actual suicide attempt
MAXLETH_P: Lethality of most lethal actual suicide attempt
MAXMETH1_P: Method of most lethal actual suicide attempt
MAXMETH2_P: Method of most lethal actual suicide attempt
MAXMETH3_P: Method of most lethal actual suicide attempt
RECDATE: Date of most recent actual suicide attempt
RECLETH: Lethality of most recent actual suicide attempt
RECMETH1_P: Method of most recent actual suicide attempt
RECMETH2_P: Method of most recent actual suicide attempt
RECMETH3_P: Method of most recent actual suicide attempt

The following six variables were manually generated before May 2007 and were superseded by the program generated equivalent:

MAXDATE: Date of most lethal actual suicide attempt
MAXLETH: Lethality of most lethal actual suicide attempt
MAXMETH: Method of most lethal actual suicide attempt
RECDATE: Date of most recent actual suicide attempt
RECLETH: Lethality of most recent actual suicide attempt
RECMETH: Method of most recent actual suicide attempt

Apêndice 2

Brown-Goodwing Aggression Inventory (BROWN)

INTAKE _____
YEAR 1 _____
YEAR 2 _____

PBID#4: _____ ID#9: _____ INIT: _____
REL: _____ Rater: _____ DATE: _____

NAGGRESS

Rarely =1-3 Child =>12
Occasionally =4-10 Adolescent =< 18
Often =>10 Adult =>18
MHCRC FOR THE STUDY OF SUICIDAL BEHAVIOR
NYSPI @ COLUMBIA UNIVERSITY
AGGRESSION HISTORY
(BROWN-GOODWIN, REVISED)

	(1) Never	(2) Rarely	(3) Occasionally	(4) Often
1. While you were in school were you ever a discipline problem (e.g. being reprimanded, detained, suspended, expelled)?	Child <u>(DISCC)</u>	_____	_____	_____
	Adol. <u>(DISCAL)</u>	_____	_____	_____
	Adult <u>(DISCAD)</u>	_____	(MAX= <u>DISCPROB</u>)	_____
When did it happen? _____				
Describe: _____				

2. Did you ever have any difficulty getting along with your teachers (e.g., interpersonal conflict)?	Child <u>(TEACHC)</u>	_____	_____	_____
	Adol. <u>(TEACHAL)</u>	_____	_____	_____
	Adult <u>(TEACHAD)</u>	_____	(MAX= <u>DIFFTEAC</u>)	_____
When did it happen? _____				
Describe: _____				

3. Have you had angry outbursts or temper tantrums in the past (e.g. behavior not directed toward specific other)?	Child <u>(TANTRC)</u>	_____	_____	_____
	Adol. <u>(TANTRAL)</u>	_____	_____	_____
	Adult <u>(TANTRAD)</u>	_____	(MAX= <u>TEMPTAN</u>)	_____
When did they happen? _____				
What are they typically? _____				

What triggers them? Describe: _____				

4. Did you ever have any difficulty getting along with your supervisor at work (include military service, voluntary work, community service)?	Child <u>(SUPERC)</u>	_____	_____	_____
	Adol. <u>(SUPERAL)</u>	_____	_____	_____
	Adult <u>(SUPERAD)</u>	_____	(MAX= <u>DIFFSUPR</u>)	_____
When did it happen? _____				
Describe: _____				

INTAKE ____
YEAR 1 ____
YEAR 2 ____

PBID#4: ____ ID#9: ____ INIT: ____
REL: ____ Rater: ____ DATE: ____

5. Have you had severe arguments with your family and friends (consider severe arguments for inclusion)?

When did it happen? ____
Describe: ____

	Never	Rarely	Occasionally	Often
Child	(FAMC)	____	____	____
Adol.	(FAMAL)	____	____	____
Adult	(FAMAD)	____	____	____
	(MAX= AGRFAM)			

6. Have you ever gotten into physical fights (including family and unknown others)?

When did it happen? ____
Describe: ____

	Never	Rarely	Occasionally	Often
Child	(FIGHTC)	____	____	____
Adol.	(FIGHAL)	____	____	____
Adult	(FIGHTAD)	____	____	____
	(MAX= PHYSEFYT)			

7. Have you ever destroyed someone's or your own property (no matter how small an incident)?

When did this happen? ____
Describe: ____

	Never	Rarely	Occasionally	Often
Child	(PROPC)	____	____	____
Adol.	(PROPAL)	____	____	____
Adult	(PROPAD)	____	____	____
	(MAX= ASSUALT)			

8. Have you ever done anything that was against the law for which you didn't get caught (Do not exclude illegal acts from Item 7)?

When did it happen? ____
Describe: ____

	Never	Rarely	Occasionally	Often
Child	(AGLAWC)	____	____	____
Adol.	(AGLAWAL)	____	____	____
Adult	(AGLAWAD)	____	____	____
	(MAX= AGAINLAW)			

9. Have you ever been in trouble with the police? No matter how small an incident (include moving traffic violations, disturbances of the peace, etc.)?

When did it happen? ____
Describe: ____

	Never	Rarely	Occasionally	Often
Child	(POLICC)	____	____	____
Adol.	(POLICAL)	____	____	____
Adult	(POLICAD)	____	____	____
	(MAX= POLIPROB)			

Never Rarely Occasionally Often

INTAKE ____
YEAR 1 ____
YEAR 2 ____

PBID#4: ____ ID#9: ____ INIT: ____
REL: ____ Rater: ____ DATE: ____

10. Have you ever tried to hurt someone, other than yourself, with a weapon (e.g., knife, gun, blunt instrument)?

When did it happen? ____
Describe: ____

	Never	Rarely	Occasionally	Often
Child (WEAPC)	____	____	____	____
Adol. (WEAPAL)	____	____	____	____
Adult (WEAPAD)	____	____	____	____

(MAX= **WEAPHURT**)

11. Have you ever inflicted violence on yourself? (Only rate non-suicidal behavior, e.g., self-mutilation, head banging, wrist scratching, minor burns, etc. which has not been scored as a suicide attempt.)

When did it happen? ____
Describe: ____

	Never	Rarely	Occasionally	Often
Child (SELF C)	____	____	____	____
Adol. (SELF AL)	____	____	____	____
Adult (SELF AD)	____	____	____	____

(MAX= **INFLICT**)

INTAKE ____
 YEAR 1 ____
 YEAR 2 ____

PBID#4: ____ ID#9: ____ INIT: ____
 REL: ____ Rater: ____ DATE: ____

DERIVED VARIABLES

DISCPROB	Max Value of: DISCAL and DISCAD
DIFFTEAC	Max Value of: TEACHAL and TEACHAD
TEMPTAN	Max Value of: TANTRAL and TANTRAD
DIFFSUPR	Max Value of: SUPERAL and SUPERAD
AGRFAM	Max Value of: FAMAL and FAMAD
PHYSFYT	Max Value of: FIGHAL and FIGHAD
ASSUALT	Max Value of: PROPAL and PROPAD
AGAINLAW	Max Value of: AGLAWAL and AGLAWAD
POLIPROB	Max Value of: POLICAL and POLICAD
WEAPHURT	Max Value of: WEAPAL and WEAPAD
INFLICT	Max Value of: SELFAL and SELFAD
AGGTOTN	ADD: DISCPROB+DIFFTEAC+TEMPTAN+DIFFSUPR+ AGRFAM+PHYSFYT+ASSUALT+AGAINLAW+ POLIPROB+WEAPHURT

MAX VALUE OF = Maximum value of Adolescent and Adult stage

Apêndice 3

Buss-Durkee Hostility Inventory (BUSS)

SELF REPORT

ID#: _____ BS#: _____
 Date: _____
 Rater: _____ PT INIT: _____

BUSDK

BUSS DURKEE INVENTORY (1957)

			True =1	False =2
1	I seldom strike back, even if someone hits me first.	(BUSDK1)	T	F
2	I sometimes spread gossip about people I don't like	(BUSDK2)	T	F
3	Unless somebody asks me in a nice way, I won't do what they want.	(BUSDK3)	T	F
4	I lose my temper easily but get over it quickly.	(BUSDK4)	T	F
5	I don't seem to get what's coming to me.	(BUSDK5)	T	F
6	I know that people tend to talk about me behind my back	(BUSDK6)	T	F
7	When I disapprove of my friends' behavior, I let them know it.	(BUSDK7)	T	F
8	The few times I have cheated, I have suffered unbearable feelings of remorse	(BUSDK8)	T	F
9	Once in a while I cannot control my urge to harm others	(BUSDK9)	T	F
10	I never get mad enough to throw things	(BUSDK10)	T	F
11	Sometimes people bother me just by being around	(BUSDK11)	T	F
12	When someone makes a rule I don't like I am tempted to break it.	(BUSDK12)	T	F
13	Other people always seem to get the breaks.	(BUSDK13)	T	F
14	I tend to be on my guard with people who are somewhat more friendly than I expected.	(BUSDK14)	T	F
15	I often find myself disagreeing with people	(BUSDK15)	T	F
16	I sometimes have bad thoughts which make me feel ashamed of myself.	(BUSDK16)	T	F
17	I can think of no good reason for ever hitting anyone.	(BUSDK17)	T	F
18	When I am angry, I sometimes sulk.	(BUSDK18)	T	F
19	When someone is bossy, I do the opposite of what he asks	(BUSDK19)	T	F
20	I am irritated a great deal more than people are aware of.	(BUSDK20)	T	F

21	I don't know any people that I downright hate.	(BUSDK21)	T	F
22	There are a number of people who seem to dislike me very much.	(BUSDK22)	T	F
23	I can't help getting into arguments when people disagree with me.	(BUSDK23)	T	F
24	People who shirk on the job must feel very guilty.	(BUSDK24)	T	F
25	If somebody hits me first, I let him have it.	(BUSDK25)	T	F
26	When I am mad, I sometimes slam doors	(BUSDK26)	T	F
27	I am always patient with others	(BUSDK27)	T	F
28	Occasionally when I am mad at someone, I will give him the "silent treatment".	(BUSDK28)	T	F
29	When I look back on what's happened to me, I can't help feeling mildly resentful	(BUSDK29)	T	F
30	There are a number of people who seem to be jealous of me	(BUSDK30)	T	F
31	I demand that people respect my rights	(BUSDK31)	T	F
32	It depresses me that I did not do more for my parents	(BUSDK32)	T	F
33	Whoever insults me or my family is asking for a fight	(BUSDK33)	T	F
34	I never play practical jokes.	(BUSDK34)	T	F
35	It makes my blood boil to have somebody make fun of me	(BUSDK35)	T	F
36	When people are bossy, I take my time just to show them.	(BUSDK36)	T	F
37	Almost every week I see someone I dislike	(BUSDK37)	T	F
38	I sometimes have the feeling that others are laughing at me	(BUSDK38)	T	F
39	Even when my anger is aroused, I don't use "strong language".	(BUSDK39)	T	F
40	I am concerned about being forgiven for my sins	(BUSDK40)	T	F
41	People who continually pester you are asking for a punch in the nose	(BUSDK41)	T	F
42	I sometimes pout when I don't get my own way.	(BUSDK42)	T	F
43	If somebody annoys me, I am apt to tell him what I think of him	(BUSDK43)	T	F

44	I often feel like a powder keg ready to explode	(BUSDK44)	T	F
45	Although I don't show it, I am sometimes eaten up with jealousy	(BUSDK45)	T	F
46	My motto is "Never trust strangers".	(BUSDK46)	T	F
47	When people yell at me, I yell back	(BUSDK47)	T	F
48	I do many things that make me feel remorseful afterward	(BUSDK48)	T	F
49	When I really lose my temper, I am capable of slapping someone.	(BUSDK49)	T	F
50	Since the age of ten, I have never had a temper tantrum	(BUSDK50)	T	F
51	When I get mad, I say nasty things	(BUSDK51)	T	F
52	I sometimes carry a chip on my shoulder	(BUSDK52)	T	F
53	If I let people see the way I feel, I'd be considered a hard person to get along with.	(BUSDK53)	T	F
54	I commonly wonder what hidden reason another person may have for doing something nice for me.	(BUSDK54)	T	F
55	I could not put someone in his place, even if he needed it.	(BUSDK55)	T	F
56	Failure gives me feelings of remorse.	(BUSDK56)	T	F
57	I get into fights about as often as the next person.	(BUSDK57)	T	F
58	I can remember being so angry that I picked up the nearest thing and broke it.	(BUSDK58)	T	F
59	I often make threats I don't really mean to carry out.	(BUSDK59)	T	F
60	I can't help being a little rude to people I don't like	(BUSDK60)	T	F
61	At times I feel I get a raw deal out of life	(BUSDK61)	T	F
62	I used to think that most people told the truth but now I know otherwise	(BUSDK62)	T	F
63	I generally cover up my poor opinion of others.	(BUSDK63)	T	F
64	When I do wrong, my conscience punishes me severely	(BUSDK64)	T	F
65	If I have to resort to physical violence to defend my rights, I will.	(BUSDK65)	T	F
66	If someone doesn't treat me right, I don't let it annoy me.	(BUSDK66)	T	F
67	I have no enemies who really wish to harm me.	(BUSDK67)	T	F

68	When arguing, I tend to raise my voice	(BUSDK68)	T	F
69	I often feel that I have not lived the right kind of life.	(BUSDK69)	T	F
70	I have known people who pushed me so far that we came to blows.	(BUSDK70)	T	F
71	I don't let a lot of unimportant things irritate me.	(BUSDK71)	T	F
72	I seldom feel that people are trying to anger or insult	(BUSDK72)	T	F
73	Lately, I have been kind of grouchy.	(BUSDK73)	T	F
74	I would rather concede a point than get into an argument about it.	(BUSDK74)	T	F
75	I sometimes show my anger by banging on the table	(BUSDK75)	T	F

COMPUTED VARIABLES

		<p>Recode: (1 =1), (2 = 0) busdk2 to busdk9, busdk11 to busdk16, busdk18 to busdk20, busdk22 to busdk26, busdk28 to busdk33, busdk35 to busdk38, busdk40 to busdk49, busdk51 to busdk54, busdk56 to busdk62, busdk64, busdk65, busdk68 to busdk70, busdk73, busdk75</p> <p>Recode (1=0), (2=1) busdk1, busdk10, busdk17, busdk21, busdk27, busdk34, busdk39, busdk50, busdk55, busdk63, busdk66, busdk67, busdk71, busdk72, busdk74</p>
Assault Subscale	BUSSASS	<p>Add: busdk1+busdk9+busdk17+busdk25+busdk33+busdk41+busdk49+busdk57+busdk65+busdk70</p>
Indirect Subscale	BUSSINDI	<p>Add: busdk2+busdk10+busdk18+busdk26+busdk34+busdk42+busdk50+ busdk58+busdk75</p>
Irritability Subscale	BUSSIRRI	<p>Add: busdk4+busdk11+busdk20+busdk27+busdk35+busdk44+busdk52+busdk60+busdk66+busdk71+busdk73</p>
Negativism Subscale	BUSSNEGA	<p>Add: busdk3+busdk12+busdk19+busdk28+busdk36</p>
Resentment Subscale	BUSSRESE	<p>Add: busdk5+busdk13+busdk21+busdk29+busdk37+busdk45+busdk53+busdk61</p>
Suspicion Subscale	BUSSUPS	<p>Add: busdk6+busdk14+busdk22+busdk30+busdk38+busdk46+busdk54+busdk62+busdk67+busdk72</p>
Verbal Subscale	BUSSVERB	<p>Add: busdk7+busdk15+busdk23+busdk31+busdk39+busdk43+busdk47+busdk51+busdk55+busdk59+busdk63+busdk68+busdk74</p>
Guilt Subscale	BUSSGUIL	<p>Add: busdk8+busdk16+busdk24+busdk32+busdk40+busdk48+busdk48+busdk56+busdk64+busdk69</p>
	BUSSTOT	<p>Add: BUSSASS+BUSSINDI+BUSSIRRI+BUSSNEGA+BUSSRES+BUSSUSP+BUSSVERB+BUSSGUIL</p>