

# Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I

Carl Ernst\*  
Aleksandra Lalovic\*  
Alain Lesage\*\*  
Monique Seguin\*\*\*  
Michel Tousignant\*\*\*\*  
Gustavo Turecki\*

## INTRODUÇÃO

O suicídio é um problema sério de saúde pública, estando entre as 10 causas mais freqüentes de morte em indivíduos de todas as idades na maioria dos países desenvolvidos<sup>1</sup>. Estudos sobre suicídio têm identificado vários fatores de risco. Entre eles estão tentativas prévias de suicídio, sexo masculino, história familiar de suicídio e presença de problemas psiquiátricos<sup>1-3</sup>. Destes fatores, morbidade psiquiátrica é um dos mais importantes fatores preditivos de suicídio<sup>4,5</sup>.

O método padrão para avaliar psicopatologias em suicidas é a autópsia psicológica<sup>6</sup>, que consiste numa entrevista realizada com base em fontes secundárias, a saber, os informantes mais próximos à vítima, e que investiga, mais recentemente por meio de procedimentos diagnósticos estruturados, psicopatologias ou outras informações de interesse. Aproximadamente 90% dos casos de suicídio apresentam um transtorno psiquiátrico detectável nos estudos de autópsia psicológica, e a maioria deles tem enfatizado a presença de transtornos do eixo I<sup>7-9</sup>. Ainda não está claro, entretanto, se os 10% restantes não apresentavam psicopatologia importante ou se tinham alterações psicopatológicas mais sutis, que o método de autópsia psicológica não foi capaz de detectar. Neste estudo, partimos da hipótese de que, se a segunda opção fosse verdadeira, os casos de suicídio sem um diagnóstico do eixo I detectável à autópsia psicológica seriam mais semelhantes a casos de suicídio que preenchem os critérios para um diagnóstico do eixo I do que a controles que não preenchem esses critérios no que diz respeito a outras medidas comportamentais e

---

\* *McGill Group for Suicide Studies* (Grupo McGill de Estudos sobre Suicídio), Centro de Pesquisa do Douglas Hospital, McGill University, Montreal, Canadá.

\*\* *McGill Group for Suicide Studies* (Grupo McGill de Estudos sobre Suicídio), Centro de Pesquisa do Douglas Hospital, McGill University, Montreal, Canadá. Departamento de Psiquiatria, Universidade de Montreal, Canadá.

\*\*\* *McGill Group for Suicide Studies* (Grupo McGill de Estudos sobre Suicídio), Centro de Pesquisa do Douglas Hospital, McGill University, Montreal, Canadá. Universidade de Quebec, Montreal, Canadá.

Original em inglês publicado em *BMC Psychiatry*, v.4. © 2004 Ernst et al.; licença para BioMed Central Ltd. (<http://www.biomedcentral.com>). Tradução publicada com a autorização do autor.

psiquiátricas, que não são utilizadas para avaliar diagnósticos do eixo I.

## MÉTODOS

Os pacientes foram identificados como parte de um estudo feito em colaboração com o Departamento de Investigação do Necrotério Central de Montreal, onde casos de suicídio foram recrutados de forma consecutiva. Após a obtenção de consentimento informado do responsável pela vítima, um total de 168 casos de suicídio foram avaliados através de procedimentos de autópsia psicológica conforme descrito em outro estudo<sup>5,10</sup>. Os informantes que melhor conheciam a vítima foram entrevistados brevemente utilizando-se os instrumentos SCID-I<sup>11</sup> ou K-SADS<sup>12</sup>, SCID-II<sup>13</sup> e outros instrumentos adaptados para medir os traços de personalidade relevantes. Estes incluíam a Escala de Impulsividade de Barratt versão 11 (*Barratt Impulsivity Scale* ou BIS-11)<sup>14</sup>, Inventário de Hostilidade de Buss-Durkee (*Buss-Durkee Hostility Inventory* ou BDHI)<sup>15</sup>, História de Agressão de Brown-Goodwin (*Brown-Goodwin History of Aggression* ou BGHA)<sup>16</sup> e Inventário de Temperamento e Caráter (*Temperament and Character Inventory* ou TCI)<sup>17</sup>. Um esboço contendo um resumo de todas as informações clínicas relevantes foi revisado por um painel de psiquiatras para que se chegasse a um consenso sobre os diagnósticos utilizando os critérios da DSM-IV.

Os casos que não apresentavam transtorno do eixo I foram pareados por idade ( $\pm 3$  anos) e gênero a pelo menos três casos de suicídio que apresentavam algum transtorno do eixo I. Além da comparação dos grupos em relação à presença e ausência de transtornos do eixo I, comparamos os casos sem transtornos a um total de 110 pacientes vivos, também pareados por idade e gênero, dos quais 28 foram submetidos a avaliações do eixo II e os demais tinham sido avaliados no que diz respeito a traços de personalidade aparentemente mediadores do comportamento suicida.

Dois testes t pareados, o qui-quadrado e o ANOVA de um fator, foram realizados utilizando-se o programa SPSS. O teste exato de Fisher e a razão de chances (*odds ratio* ou OR) também foram calculados quando aplicável. O n variou nas diferentes análises

realizadas, uma vez que algumas medidas individuais não estavam disponíveis para todos os pacientes.

## RESULTADOS

Dos 168 casos de suicídio, 16 (15 homens : 1 mulher) não preencheram os critérios para transtornos do eixo I. Esta porcentagem (9,5%) é consistente com as expectativas baseadas em estudos prévios<sup>18</sup>. Um total de 52 casos de suicídio (49 homens : 3 mulheres) foram incluídos no grupo com transtornos do eixo I. As médias de idade foram de  $35,7 \pm 13,7$  e  $36,1 \pm 13,1$  anos, respectivamente, para o grupo sem transtorno e o grupo com transtorno. Além disso, um total de 110 pacientes vivos com idade de  $38,4 \pm 11,7$  anos foram usados como referência e nas comparações com os suicidas. Todos os grupos tinham uma distribuição similar de idade ( $p = 0,75$ ).

A tabela 1 apresenta as informações clínicas relevantes obtidas nas autópsias psicológicas dos 16 casos sem transtorno incluídos neste estudo, através de entrevistas abertas realizadas com os informantes. Essas entrevistas foram especialmente úteis nos casos sem transtorno, mas não permitiram a obtenção sistemática de informações diagnósticas que pudessem ser comparadas entre os grupos. É interessante observar, entretanto, que quatro pacientes apresentavam história de jogo excessivo, causando problemas interpessoais e financeiros e sugerindo jogo patológico (um diagnóstico do eixo I não coberto pelas entrevistas SADS e SCID-I). A distribuição diagnóstica do eixo I nos casos com transtorno foi similar à observada nos casos de suicídio não selecionados para a nossa série<sup>10</sup>. Cinco (31%) dos casos sem transtorno e 23 (44%) dos casos com transtorno apresentavam algum transtorno do eixo II (OR = 0,57; CI: 0,15-2,15;  $p = 0,35$ ), enquanto que nenhum dos pacientes vivos apresentaram diagnósticos de eixo II (pacientes sem transtorno *versus* pacientes vivos: Fisher,  $p = 0,01$ ). Nove (56%) casos sem transtorno já tinham tentado suicídio antes, o que foi semelhante à proporção observada no grupo com transtorno ( $n = 26$  ou 50%) (OR = 1,29; CI: 0,36-4,59;  $p = 0,66$ ), mas não entre pacientes vivos, onde nenhum havia tentado suicídio (pacientes sem transtorno *versus* pacientes vivos: Fisher,  $p < 0,01$ ).

**Tabela 1** - Informações demográficas e clínicas relevantes dos pacientes suicidas que não preencheram os critérios para transtorno psiquiátrico do eixo I de acordo em entrevistas clínicas estruturadas

Idade dos pacientes sem transtorno	Gênero	Aspectos clínicos relevantes
18	M	Transtorno de personalidade (não especificado), história de tentativa de suicídio
20	M	História de tentativa de suicídio
20	M	Transtorno de personalidade passivo-agressiva, hipotireoidismo, história de tentativa de suicídio
20	M	1 de 5 dias de aula passados na cama aos 16 anos, história de ideação suicida
28	M	Hospitalizado aos 17 anos por tentativa de suicídio por enforcamento
28	M	Nenhum
31	M	HIV-positivo, homossexualidade reprimida
33	M	Transtorno de personalidade esquizóide, história de tentativa de suicídio
33	M	História de jogo excessivo e tentativa de suicídio
38	F	Diagnóstico de fibromialgia
40	M	HIV-positivo, homossexualidade reprimida, história de duas tentativas de suicídio
45	M	História de jogo excessivo e duas tentativas de suicídio
52	M	Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo
54	M	Transtorno de personalidade anti-social
55	M	História de jogo excessivo e tentativa de suicídio
59	M	História de jogo excessivo

Estima-se que suicidas sejam mais impulsivos<sup>19</sup> e mais agressivos<sup>10,20,21</sup> do que indivíduos que não cometem suicídio. Pacientes sem transtorno, com transtorno e vivos apresentaram diferenças nos totais de agressão de acordo com a BDHI ( $F = 4,69, 2 \text{ df}, p = 0,01$ ). Tanto os casos sem transtorno ( $35 \pm 11,7$ ) ( $p = 0,07$ ) quanto os com transtorno ( $32,27 \pm 12,0$ ) foram mais agressivos em relação aos pacientes vivos ( $26,5 \pm 11,4$ ) ( $p = 0,04$ ) de acordo com as medidas BDHI. As subescalas de irritabilidade, ressentimento e culpa foram as principais responsáveis por esta diferença. Não foram observadas diferenças entre os grupos segundo as escalas BIS e BGLH.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, investigamos psicopatologias em pacientes que não

apresentavam transtorno do eixo I de acordo com avaliações de autópsia psicológica utilizando procedimentos instrumentais padronizados. Observamos que pacientes aparentemente normais psiquiatricamente são mais semelhantes a casos de suicídio que preenchem os critérios para um transtorno do eixo I do que a controles normais vivos no que diz respeito a medidas de psicopatologias não pertencentes ao eixo I. Além disso, encontramos evidências de que outras condições do eixo I, além daquelas avaliadas pelos instrumentos diagnósticos padrão (tais como jogo patológico), podem estar presentes em casos de suicídio que aparentemente não têm um transtorno do eixo I. Nossos resultados sugerem que a maioria dos indivíduos que cometeram suicídio e pareciam normais psiquiatricamente após uma autópsia psicológica provavelmente eram portadores de

um transtorno do eixo I que não foi detectado pelo processo de autópsia psicológica, ou então de um transtorno do eixo II; isso sugere uma sensibilidade reduzida dos procedimentos de autópsia psicológica normalmente utilizados, os quais indicam uma proporção de aproximadamente 10% de suicidas aparentemente normais. Nossos resultados são consistentes com dados da literatura. Brent et al.<sup>22</sup> investigaram fatores de risco demográficos e psicossociais para suicídio em sete vítimas de suicídio sem psicopatologia aparente e os compararam com 60 vítimas de suicídio com transtorno psiquiátrico definitivo ou provável, bem como com 38 controles sem transtorno (provenientes da comunidade). O estudo foi desenvolvido em adolescentes suicidas, mas, até onde sabemos, é o único, além do presente estudo, que investigou suicidas sem diagnóstico de eixo I. Os autores também obtiveram resultados que sugerem que suicidas sem psicopatologia tinham mais semelhanças com suicidas com diagnóstico do que com controles da comunidade.

Aspectos que possivelmente afetam a sensibilidade e a especificidade da autópsia psicológica incluem fatores relacionados com o método de avaliação em si e com as limitações do procedimento de entrevista baseado em fontes secundárias<sup>6</sup>. Por exemplo, a incapacidade de nossas entrevistas (autópsia psicológica) de detectarem jogo patológico é um exemplo do primeiro tipo de problema. De forma semelhante, há vários relatos sugerindo uma ligação entre comportamento suicida e problemas com jogo<sup>23-27</sup>. Assim, seria interessante avaliar sistematicamente a presença de jogo patológico utilizando a

autópsia psicológica em estudos sobre suicídio e, mais especificamente, em nosso grupo com diagnóstico de transtorno do eixo I. Uma vez que isso não foi feito de forma sistemática, não podemos comparar diretamente a frequência de jogo patológico entre os grupos com e sem transtornos do eixo I.

Vieses de memória e/ou informações imprecisas estão entre as limitações da avaliação de psicopatologias através de informantes<sup>28-32</sup>. Assim, devido à natureza do processo de luto, alguns parentes podem tender a distorcer informações referentes a alguém próximo falecido. Além disso, devido à exclusão social que alguns casos de suicídio apresentam previamente à morte, os informantes podem não ter informações precisas sobre a condição psiquiátrica dos pacientes no período anterior ao falecimento<sup>6,30</sup>. É interessante notar, entretanto, que dos nove casos sem transtorno que tinham tentado suicídio anteriormente, quatro haviam feito essas tentativas num período de 2 anos ou mais antes da morte. Isso sugere que a psicopatologia nesses casos não era de início recente. Mesmo assim, o informante não estava ciente da presença da patologia, o que pode ser explicado por psicopatologia residual ou viés de memória.

A principal limitação do presente estudo é o pequeno número de pacientes incluídos no grupo sem transtorno. No entanto, é difícil obter um grande grupo de suicidas sem transtorno do eixo I, uma vez que eles representam apenas em torno de 10% de todos os casos de suicídio. Mesmo assim, apesar dos números baixos, tivemos a oportunidade de detectar diferenças entre os grupos, as quais deram apoio à nossa hipótese.

**Tabela 2** - Medidas de comportamento impulsivo e agressivo de acordo com diferentes instrumentos em pacientes suicidas com e sem diagnóstico de eixo I e em controles normais

Instrumento	Sem transtorno		Com transtorno		Grupo vivo (controles)		p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
BIS	61,7	12,3	63,4	13,8	60,5	10,8	0,577
BGHA	4,9	3,6	10,5	11,0	6,8	8,1	0,125
BDHI	35,0	11,7	32,3	12,0	26,4	11,4	0,011*
TCI – BN	20,6	6,5	20,4	6,6	17,5	6,38	0,088

DP = desvio padrão; BN = busca de novidades (comparação *post hoc* de Tukey).

Este estudo demonstra a presença de patologia na forma de transtorno do eixo II ou de uma tentativa prévia de suicídio em casos de suicídio sem diagnóstico de eixo I. Os achados sugerem que provavelmente todos os casos de suicídio estão associados com alguma forma de transtorno psiquiátrico. Investigações futuras com pacientes suicidas sem diagnóstico de transtorno do eixo I podem contribuir para melhorar os métodos diagnósticos e o entendimento da associação entre transtornos mentais e suicídio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diekstra RF. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993;371(Suppl):9-20.
2. Turecki G. Suicidal Behavior: Is There a Genetic Predisposition? *Bipolar Disorders* 2001;3:335-49.
3. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord* 2002;68:167-81.
4. Barraclough B, Hughes J. Mental illness and suicide. In: Barraclough BM. *Suicide: Clinical and Epidemiological Studies*. New York: Croom Helm; 1987. p. 8-36.
5. Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Menard-Buteau C, et al. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *Am J Psychiatry* 1994;151:1063-8.
6. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord* 1998;50:269-76.
7. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry* 2000;177:360-5.
8. Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:407-11.
9. Henriksson MM, Hillevi MA, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993;150:935-40.
10. Kim C, Lesage A, Seguin M, Lipp O, Vanier C, Turecki G. Patterns of comorbidity in male suicide completers. *Psychol Med* 2003;33:1299-1309.
11. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:624-9.
12. Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA, et al. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:696-702.
13. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part I: Description. *J Personal Dis* 1995;9:2.
14. Barratt E. *Barratt Impulsiveness Scale*; 1959.
15. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol* 1957;21:343-49.
16. Brown GL, Goodwin FK. Human aggression and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1986;16:223-43.
17. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use. St. Louis, Missouri: Center for Psychobiology of Personality, Washington University; 1994.
18. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395-405.
19. Maser JD, Akiskal HS, Scheffler P, Scheffner W, Mueller T, Endicott J, et al. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav* 2002;32:10-32.
20. Romanov K, Hatakka M, Keskinen E, Laaksonen H, Kaprio J, Rose RJ, et al. Self-reported hostility and suicidal acts, accidents, and accidental deaths: a prospective study of 21,443 adults aged 25 to 59. *Psychosom Med* 1994;56:328-36.
21. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED. Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31:367-85.
22. Brent DA, Perper J, Moritz G, Baugher M, Allman C. Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:494-500.
23. Kausch O. Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1031-8.
24. Maccallum F, Blaszczynski A. Pathological gambling and suicidality: an analysis of severity and lethality. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33:88-98.
25. Newman SC, Thompson AH. A population-based study of the association between pathological gambling and attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33:80-7.
26. Petry NM, Kiluk BD. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:462-9.
27. Blaszczynski A, Farrell E. A case series of 44 completed gambling-related suicides. *J Gambl Stud* 1998;14:93-109.
28. Kelly TM, Mann JJ. Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:337-43.
29. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman CJ, Roth C, Schweers J, et al. The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: use of family history. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:118-22.
30. Beskow J, Runeson B, Asgard U. Psychological autopsies: methods and ethics. *Suicide Life Threat Behav* 1990;20:307-23.
31. Conner KR, Conwell Y, Duberstein PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. I. Psychiatric diagnoses. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:452-7.
32. Conner KR, Conwell Y, Duberstein PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:452-7.

## RESUMO

*Background: A razão por que aproximadamente 10% das pessoas que cometem suicídio parecem*

ser psiquiatricamente normais ainda não está clara. Para melhor compreender este assunto, estudamos suicidas sem diagnóstico do eixo I e os comparamos com controles normais e com suicidas com psicopatologia do eixo I no que diz respeito a outras psicopatologias. Métodos: 168 casos de suicídio foram examinados por meio de autópsia psicológica com o melhor informante disponível. Dezesesseis casos não preencheram os critérios para um diagnóstico do eixo I; cada um desses casos foi pareado em idade e gênero com 52 casos de suicídio com transtorno do eixo I e com 110 controles normais. Resultados: Dos 16 casos de suicídio, 14 pacientes sem diagnóstico do eixo I apresentaram anormalidades detectáveis à autópsia que eram mais semelhantes às encontradas nos pacientes suicidas com diagnóstico de eixo I do que no grupo vivo. Os dois grupos suicidas mostraram semelhanças no número total de tentativas prévias de suicídio, no número total de indivíduos com transtornos do eixo II e nos escores obtidos na medida dos comportamentos impulsive-agressivos. Conclusões: Estes achados sugerem que a maioria dos indivíduos que cometeu suicídio e aparentou ser psiquiatricamente normal na autópsia psicológica possivelmente possuía algum processo psiquiátrico subjacente que o método da autópsia, da maneira como é comumente realizado, falhou em detectar.

Descritores: Suicídio, psicopatologia, autópsia psicológica.

#### ABSTRACT

*Background: It is unclear why approximately 10% of suicide completers seem to be psychiatrically normal. To better understand this issue, we studied suicide completers without an axis I diagnosis and compared them, on measures of psychopathology other than axis I, to normal controls and suicide cases with axis I psychopathology. Methods: 168 suicide cases were examined by way of a psychological autopsy with the best possible informant. Sixteen cases did not meet criteria for an axis I diagnosis; each of these cases was then age and gender matched to 52 suicide completers with an axis I disorder and 110 normal controls. Results: Fourteen of sixteen suicide cases without an axis I diagnosis had detectable abnormalities that were more similar to the axis I diagnosed suicide group than to a living group. Both suicide groups were similar in the total number of past suicide attempts, the total number of individuals with an axis II disorder, and similar scores on measures of impulsive-aggressive behaviors. Conclusions: These findings suggest that most of the individuals who committed suicide and appeared psychiatrically normal after a psychological autopsy*

*may probably have an underlying psychiatric process that the psychological autopsy method, as commonly carried out, failed to detect.*

Keywords: *Suicide, psychopathology, psychological autopsy.*

Title: *Suicide and no axis I pathology*

#### RESUMEN

*Justificativa: Todavía no está claro por qué un 10% de las personas que cometen suicidio parecen ser psiquiátricamente normales. Para una mejor comprensión de este tema, estudiamos suicidas sin diagnóstico del eje I y los comparamos con controles normales y con suicidas con psicopatología del eje I en lo que dice respeto a otras psicopatologías. Métodos: Se han examinado 168 casos de suicidio a través de autopsia psicológica con el mejor informante disponible. Dieciséis casos no rellenaron los criterios para un diagnóstico del eje I; cada uno de estos casos ha sido pareado en edad y género con 52 casos de suicidio con trastorno del eje I y con 110 controles normales. Resultados: De los 16 casos de suicidio, 14 pacientes sin diagnóstico del eje I presentaron anormalidades posibles de detectarse por la autopsia que eran más semejantes a las encontradas en los pacientes suicidas con diagnóstico de eje I que en el grupo vivo. Los dos grupos de suicidad mostraron semejanzas en el número total de intentos previos de suicidio, en el número total de individuos con trastornos del eje II y en los resultados obtenidos en la medida de los comportamientos impulsivo-agresivos. Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que la mayoría de los individuos que cometió suicidio y aparentaba ser psiquiátricamente normal en la autopsia psicológica, posiblemente tenía algún proceso psiquiátrico subyacente que el método de la autopsia, del modo como se hace comúnmente, falló en detectar.*

Palabras clave: *Suicidio, psicopatología, autopsia psicológica.*

Título: *Suicidio y ausencia de psicopatología del eje I*

Correspondência:

Gustavo Turecki

Douglas Hospital Research Centre, McGill University  
Perry Pavilion, Fourth Floor, Rm. E-4206

6875 LaSalle Blvd.

Borough of Verdun

Montreal, Quebec H4H 1R3

Canadá

E-mail: [gustavo.turecki@mcgill.ca](mailto:gustavo.turecki@mcgill.ca)

Copyright © Revista de Psiquiatria  
do Rio Grande do Sul – SPRS