



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Estilos de personalidade, objetos do Self e  
suicidalidade em adultos da comunidade**

**Natália Sofia Fernandes Fresca**

Orientação: Prof. Dr. Rui C. Campos

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2014



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Psicologia**

*Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde*

**Estilos de personalidade, objetos do Self e suicidalidade  
em adultos da comunidade**

**Autora:**

Natália Sofia Fernandes Fresca

**Orientador:**

Prof. Dr. Rui C. Campos

Setembro, 2014

## **Agradecimentos**

Ao longo deste percurso que acima de árduo e trabalhoso foi frutuoso, enriquecedor e recompensador, foram várias as pessoas que se destacaram e foram relevantes para a minha aprendizagem e para o meu crescimento académico e, sobretudo, pessoal e profissional. Este trabalho não teria sido possível sem o apoio, a colaboração e a boa vontade daqueles a que agora me refiro:

Ao meu orientador, o professor Rui Campos, pela disponibilidade e pelo apoio indispensáveis que deu ao longo da elaboração deste projeto, através dos seus esclarecimentos, comentários e sugestões que tanto contribuíram para o trabalho aqui apresentado. Sem a sua orientação e motivação que nos deu, este trabalho teria sido bastante mais complicado. Agradeço a sua sinceridade, competência científica e incentivo.

À minha mãe, ao meu padrasto, à minha irmã e à minha sobrinha que me deram apoio, amor, respeito, dedicação e motivação que me permitiram chegar até aqui, apesar de todas as dificuldades, quero agradecer por estarem sempre comigo e por acreditarem sempre em mim. Graças a vós tive forças para chegar a esta meta.

Ao meu namorado, Fábio de Jesus, que esteve durante todo o percurso a meu lado e me apoiou, dando-me apoio e amor incondicionais, quero deixar um especial agradecimento. Um agradecimento por se manter nesta luta comigo, pela paciência que manteve quando já nem eu mesma tinha, pela motivação.

Aos meus tios/as, primos/as, cunhados/as, sobrinhos/as e avó pela força, amor e admiração que me deram a cada dia. Destaco a minha tia Antónia e o meu tio Francisco por estarem sempre tão presentes.

Aos meus amigos Catarina Candeias, Sílvia Nobre, Lúcia Ferreira, Luís Mirador e Fábio Monteiro e às minhas colegas Rita Carlota, Cláudia Brinquete, Sara Santos, Nadja Gama, Ana Oliveira, Fátima Costa e Marta Abreu pela sua presença, carinho e apoio incondicionais.

## Resumo

Este trabalho avaliou a influência dos estilos de personalidade anaclítico e introjetivo (Blatt, 2008) na suicidalidade e o efeito moderador nesta relação dos objetos do self (Kohut, 1971). Foi controlado o efeito de um conjunto de variáveis sociodemográficas relevantes para o risco de suicídio e o efeito da sintomatologia depressiva. Uma amostra com 195 adultos da comunidade, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade ( $M=34.88$ ,  $SD=12.49$ ), respondeu ao Questionário de Experiências Depressivas (QED), à Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D), ao Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (QCS-R) e ao Inventário de Necessidades dos Objetos do Self (SONI). Verificou-se que a presença de doença crónica e psiquiátrica, a depressão, o autocrítico e a necessidade de objetos do self twinship se relacionam com a suicidalidade. Verificou-se ainda que a necessidade de objetos do self de twinship interage com o autocrítico na previsão da suicidalidade.

Palavras-chave: Estilos de personalidade; objetos do self; suicidalidade; adultos da comunidade.

## **Abstract**

### ***Personality styles, selfobjects and suicidality in adults in the community***

This study evaluated the influence of personality styles anaclitic and introjective (Blatt, 2008) to suicidality and the moderating effect on this relation of selfobjects (Kohut, 1971). The effect of a set of relevant sociodemographic variables for the risk of suicide and the effect of depressive symptoms were controlled. A sample of 195 adults in the community, aged between 18 and 65 years old ( $M = 34.88$ ,  $SD = 12.49$ ), responded to the Depressive Experiences Questionnaire (QED), the Center for the Epidemiological Studies of Depression Scale (CES-D), the Suicidal Behaviors Questionnaire - Revised (QCS-R) and the Selfobject Needs Inventory (SONI). It has been found that presence of chronic disease and psychiatric depression, selfcriticism and the need for twinship selfobjects are related to suicidality. It was also found that need for twinship selfobjects interacts with the selfcriticism in predicting suicidality.

Word Keys: personality styles; selfobjects; suicidality; adults in the community.

# Índice

Introdução.....	1
Parte Teórica .....	3
Capítulo 1: Estilos de personalidade de acordo com o modelo de Blatt, depressão e suicidalidade .....	3
1.1. Os estilos de personalidade de acordo com o modelo de Blatt .....	3
1.2. Estilos de personalidade e depressão .....	6
1.3. Estilos de personalidade e suicidalidade .....	9
Capítulo 2: Os objetos do self de acordo com a perspectiva de Kohut, personalidade e suicidalidade .....	13
2.1. A teoria de Kohut e os objetos do self.....	13
2.2. Objetos do self e estilos de personalidade.....	17
2.3. Objetos do self, depressão e suicidalidade .....	19
Parte Empírica .....	21
Capítulo 3: Objetivos e hipóteses de investigação .....	21
Capítulo 4: Metodologia .....	25
4.1. Participantes e procedimentos.....	25
4.2. Instrumentos.....	28
4.3. Estratégia de análise de dados.....	32
Capítulo 5: Resultados.....	35
5.1. Análise preliminar .....	35
5.2. Análise da regressão múltipla hierárquica .....	35
Capítulo 6: Discussão .....	39
6.1. Limitações e direções futuras .....	46
Conclusão.....	47
Referências bibliográficas .....	51
Anexos.....	63
Anexo A.....	65
Anexo B.....	67

Anexo C.....	69
Anexo D.....	71
Anexo E.....	73

## Introdução

A presente investigação tem como objetivo avaliar a influência dos estilos de personalidade anaclítico e introjetivo, de acordo com o modelo de Blatt (2008), na suicidalidade e o efeito moderador nesta relação dos objetos do self, de acordo com a perspectiva de Kohut (1971, 1984). Pretende-se avaliar se as necessidades de objetos do self, nomeadamente as necessidades de espelhamento, de twinship e de idealização e o evitamento das necessidades de espelhamento e idealização/twinship (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005) se relacionam com a suicidalidade e se moderam a relação entre estilos de personalidade assentes na teoria de Blatt e a suicidalidade. A investigação pretende verificar se ocorre um efeito de moderação, mais especificamente se a variável moderadora - objetos do self - altera a relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade, nomeadamente de que forma a preferência por determinadas necessidades de objetos do self influencia a relação entre estilos de personalidade e suicidalidade.

A investigação será de cariz longitudinal e contará com a participação de sujeitos adultos da comunidade, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade. Os instrumentos de medida utilizados na mesma serão o Questionário de Experiência Depressivas (QED), que permite avaliar os estilos de personalidade introjetivo e anaclítico (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1979; Campos, 2000, 2009); a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D) que permite avaliar a sintomatologia depressiva, assumindo a ideia de um contínuo entre o funcionamento normal e as formas graves de depressão (Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2004); o Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (QCS-R) que permite avaliar a suicidalidade através de quatro itens relativos à presença de ideação/tentativa de suicídio, ideação recente, intenção suicida e probabilidade futura de cometer suicídio (Osman et al., 2001; Campos, Besser e Blatt, 2013); o Inventário de Necessidades dos Objetos do Self (SONI) que permite avaliar as necessidades de espelhamento, de idealização e de twinship e negação das necessidades de espelhamento e negação das necessidades de idealização/twinship (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005).

A dissertação inicia-se com uma parte teórica, com dois capítulos: (1) A perspectiva teórica sobre a personalidade de Sidney Blatt, depressão e suicidalidade; (2) A perspectiva teórica de Kohut, a personalidade e a suicidalidade. No primeiro capítulo, são descritos os estilos de personalidade de acordo com o modelo de Blatt, nomeadamente os estilos introjetivo e o anaclítico e as duas configurações

psicopatológicas propostas por este autor (Blatt, 1974, 1990, 2008). Posteriormente, faz-se a ligação entre estes estilos de personalidade e a depressão e a suicidalidade. Os estilos de personalidade podem contribuir para o sofrimento depressivo (Campos, Besser & Blatt, 2012), que por sua vez pode resultar em risco de suicídio como estratégia para lidar com o sofrimento psicológico (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003; Fawcett, Busch, Jacobs, Kravitz & Fogg, 1997; Gassmann-Mayer et al., 2011; Heikkinen, Aro & Lönnqvist, 2007; Malone, Quinlivan, Grant & Kelleher, 2012; Paykel, Prusoff, & Myers, 1975).

No segundo capítulo, é descrito o constructo de objetos do self de acordo com a teoria de Kohut (1988; Greenberg & Mitchell, 2003) e a relação dos objetos do self com os estilos de personalidade e com a depressão e a suicidalidade. Kohut destacou que as necessidades de objeto do self que não foram satisfeitas durante a infância com as figuras de vinculação, continuam presentes ao longo da vida do indivíduo. De acordo com Kohut, os relacionamentos ganham importância para a manutenção da autoestima e coesão do self (Baker & Baker, 1987; Cal, 2006; Gabbard, 1998). Na verdade, relações disfuncionais com os cuidadores, podem gerar estilos de personalidade disfuncionais que se relacionam com a depressão e suicidalidade (Blatt, 1974; Viglione Jr, Philip, Clemmey, & Camenzulli, 1990; Zanatta & Benetti, 2012). Mas, da mesma forma, estas relações podem conduzir a necessidades do self muito arcaicas, que poderão constituir uma forma de risco à disfuncionalidade (Blatt, 1995; Blatt & Homann, 1992; Esteves & Galvan, 2006; Garma, 1984; Kohut, 1971, 1984; Zanatta & Benetti, 2012).

Na segunda parte da tese, encontra-se o estudo empírico, que se divide em quatro capítulos. O primeiro capítulo diz respeito aos objetivos e hipóteses de investigação testadas na dissertação. O segundo capítulo refere-se à metodologia, que inclui os participantes e procedimentos, instrumentos e estratégia de análise de dados. O terceiro é constituído pelos resultados, que engloba, por sua vez, a análise preliminar dos mesmos e a análise da regressão múltipla hierárquica. Por último, apresenta-se uma discussão de resultados e limitações referentes ao estudo, que vem seguida das principais conclusões e das referências bibliográficas citadas.

## Parte Teórica

### Capítulo 1: Estilos de personalidade de acordo com o modelo de Blatt, depressão e suicidalidade

#### *1.1. Os estilos de personalidade de acordo com o modelo de Blatt*

De acordo com Blatt (1990) a normalidade implica uma integração das tarefas de desenvolvimento relativas aos aspetos do relacionamento / vinculação e das tarefas relativas à autodefinição / identidade. Dentro dos limites desta normalidade, os sujeitos podem colocar maior ênfase num dos tipos de tarefas de desenvolvimento em detrimento do outro, o que permite definir, assim, duas configurações / estilos básicas de personalidade – anaclítica e introjetiva respetivamente (Blatt, 1974, 1990, 2008; Campos, 2000a; Campos, Besser & Blatt, 2010; Campos, Besser & Blatt, 2012; Campos, Besser, Ferreira & Blatt; 2012).

De acordo com o modelo de Blatt (1974, 1990, 2008), o desenvolvimento da personalidade implica uma interação complexa entre o estabelecimento de relações interpessoais cada vez mais maduras, recíprocas, satisfatórias, seguras e duradouras e, o desenvolvimento de uma identidade ou autodefinição ou de um sentido do self, como sólido, realista, particularmente positivo, estável e cada vez mais integrado. Estes processos evoluem de forma interativa, dialética, recíproca, balanceada e facilitadora ao longo do desenvolvimento, sendo que um desenvolvimento, dito normal, da personalidade, envolve uma ênfase igual e complementar dos dois processos. Assim, um sentido do self cada vez mais realista, sólido, positivo, estável e integrado facilita o estabelecimento de relações interpessoais de qualidade e estas, por sua vez, vão permitir o desenvolvimento de uma identidade ou autodefinição mais evoluída (Blatt & Blass, 1996; Campos, 2003).

Blatt e Blass (1992, 1996) desenvolveram o modelo de Erickson, adicionando um novo estágio de cooperação/alienação entre os estádios de iniciativa/culpa e realização/inferiorização. Propõem igualmente que se "dividam" em linhas paralelas: de relacionamento e autodefinição. O primeiro (confiança/desconfiança), o quarto (cooperação/alienação) e o sétimo (intimidade/isolamento) pertenceriam à linha de relacionamento; o segundo (autonomia/vergonha), o terceiro (iniciativa/culpa), o quinto (realização/inferioridade), o sexto (identidade/difusão), o

oitavo (generatividade/estagnação) e o nono (integridade/desespero) pertenceriam à linha da autodefinição. As duas linhas de desenvolvimento interagem ao longo de todo o ciclo de vida, sendo mais independentes uma da outra nos primeiros anos de vida e sendo, nos últimos, totalmente integradas. A qualidade das relações, os modos expressivos do self e os sentimentos relativos ao self são internalizados à medida que o indivíduo se desenvolve e evolui para níveis mais complexos do desenvolvimento (Blatt & Blass, 1996; Campos, 2003).

O desenvolvimento psicológico refere-se a um processo em que o indivíduo internaliza aspectos das relações estabelecidas com as figuras significativas, das capacidades funcionais vivenciadas pelo self e dos sentimentos relativos ao self, sendo que a consolidação e a integração ocorridas servirão de base à seguinte fase de desenvolvimento (Blatt & Blass, 1996; Campos, 2003). O desenvolvimento da personalidade resulta da interação entre o relacionamento (dependência) e a autodefinição (autocriticismo) (Blatt, 1990, 1995, 2008; Blatt & Blass, 1990; Blatt & Luyten, 2009; Calado, Silva, Campos, Junqueira, Sacoto, & Keong, 2013; Campos, 2003). A psicopatologia resulta na centração excessiva nas tarefas da linha anaclítica ou na linha introjetiva e no evitamento das tarefas da outra, que podem ser originadas por relações precoces desajustadas, podendo, no entanto, serem os danos minimizados em relações posteriores (Blatt & Luyten, 2009; Campos, 2003).

Como foi referido, consoante o ênfase é colocado na linha do relacionamento ou, por outro lado, na linha da individualidade, pode distinguir-se um estilo de personalidade anaclítica ou um estilo de personalidade introjetivo. Cada uma destas configurações / estilos apresenta modos diferentes de cognição, de estilos de relação e de mecanismos de defesa (Blatt, 2008; Campos, 2003).

O estilo anaclítico, de uma forma geral, caracteriza-se por tentativas para garantir experiências interpessoais satisfatórias, mantendo o sujeito um foco nas questões de relacionamento. Os indivíduos são mais figurativos no seu pensamento, focando-se em sentimentos e imagens visuais. São orientados para o objeto, procuram a harmonia e a síntese e podem ser demasiado dependentes e influenciados pelos outros. Tendo um pensamento intuitivo e regido por sentimentos, procuram a confiança, a satisfação e o bem-estar nas relações interpessoais. Valorizam sobretudo o estabelecimento e manutenção de relações interpessoais íntimas, procurando o afeto mútuo que consiga transmitir-lhes segurança. Usam essencialmente mecanismos de defesa evitantes, como a negação e a repressão, tentando deste modo manter fora da consciência aspectos

dolorosos, como a existência de questões conflituais (Blatt, 1990, 2008; Blatt & Schiman, 1983; Campos, 2003).

Os indivíduos com um estilo introjetivo, por outro lado, caracterizam-se por tentativas distorcidas e exageradas para estabelecer e manter um sentido de *Self*. Os indivíduos preocupam-se com aspetos relativos à identidade, autonomia e controlo, desvalorizando os relacionamentos interpessoais. Têm sentimentos de serem subordinados e inferiores aos outros e mantêm relações íntimas e sociais pobres (Mongrain, Vettese, Shuster, & Kendal, 1998). O pensamento dos indivíduos que dão maior ênfase à autodefinição tende a ser mais rigoroso, sequencial e crítico, dando ênfase à análise, em detrimento da síntese, explorando criticamente os detalhes e as partes. Estes sujeitos, mais independentes, são mais virados para a ação, a lógica, a consistência e a causalidade. Vivem para alcançar o objetivo de serem assertivos, reconhecidos, admirados, respeitados, terem prestígio, controlo e poder, sendo o seu foco instintivo básico a agressividade ao serviço da autonomia. Podem ser excessivamente críticos em relação a si e aos outros, com tendências para o isolamento social. Usam sobretudo mecanismos de defesa neutralizantes, como: a projeção, a intelectualização, a formação reativa e a sobrecompensação, de forma a transformarem os conflitos, expressando-os disfarçadamente, isto é, este tipo de mecanismos transforma o conflito numa alternativa considerada aceitável (Blatt, 2008; Campos, 2003).

Quando a dependência ou o autocriticismo se apresentam como traços muito marcados e desadaptativas da personalidade, podem constituir formas de vulnerabilidade à psicopatologia em geral, designadamente à depressão (Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013).

A distinção entre duas configurações psicopatológicas anaclítica e introjetiva, permitiu identificar uma taxonomia para as diversas perturbações da personalidade descritas no Eixo II do DSM, ou seja, algumas perturbações da personalidade (e.g. Histriónica, Dependente, Borderline) salientando-se de distintas formas em torno do relacionamento interpessoal (dependência, psicopatologia anaclítica) e, outras perturbações da personalidade (e.g. Paranoide, Esquizoide, Esquizotípica, Antissocial, Narcísica, Evitante e, Obsessivo-Compulsiva) relacionadas com o estabelecimento, a preservação e a manutenção de um sentido de *Self* (autocriticismo, psicopatologia introjetiva) (Calado, Silva, Campos, Junqueira, Sacoto, & Keong, 2013; Campos, Besser & Blatt, 2013).

## **1.2. Estilos de personalidade e depressão**

Blatt defende a existência de dois tipos de vulnerabilidade à doença depressiva - personalidade anaclítica e introjetiva - desenvolvidos na infância, na sequência de representações objetais perturbadas (Baker, Nenneker, & Barris, 1997). Particularmente, são de dois tipos os acontecimentos que podem tornar o sujeito mais suscetível à depressão, nomeadamente, a rutura de relações interpessoais gratificantes e a rutura de um sentido de self positivo e efetivo. A depressão desenvolve-se, neste sentido, em torno de problemas interpessoais relacionados com sentimentos de solidão e em torno de problemas de enfraquecimento do sentido do self relacionados com preocupações e perfeccionismo excessivos (Blatt, 2008). Blatt e Zuroff (1992) propuseram a distinção entre uma depressão anaclítica ou de dependência e uma depressão introjetiva ou de autocrítica, com base nas experiências relevantes para os indivíduos e que os podem levar à depressão (Blatt & Blass, 1992; Blatt et al., 1982). As personalidades depressivas são, portanto, vistas como um fator predisponente para a depressão, havendo maior probabilidade de os indivíduos criarem conflitos interpessoais e viverem acontecimentos de vida negativos, que podem, por sua vez, desencadear episódios depressivos, devido à vulnerabilidade a certos fatores psicossociais (Baker, Nenneker & Barris, 1997). Segundo o modelo de Blatt (1974, 1990; Blatt & Zuroff, 1992). Vários fatores, que interagem entre si, podem contribuir para a depressão, como o temperamento, estilos parentais disfuncionais e consequentes estilos de vinculação insegura, acontecimentos externos traumáticos na infância e fatores precipitantes atuais.

As dimensões anaclítica ou dependente e introjetiva ou de autocrítica podem na verdade referir-se a formas normais e patológicas de depressão, a estados depressivos clínicos, ao humor depressivo em indivíduos ditos normais, a estados depressivos sub-clínicos (Campos 2000a) e às organizações de carácter onde esses estados de humor são constantes (Zuroff & Mongrain, 1987; Smith, O'Keeffe & Jenkins, 1988; Zuroff et al., 1983). Pode-se dizer que existe uma vulnerabilidade dos estilos dependente e autocrítico da personalidade ao afeto depressivo, mais concretamente, existe uma relação entre características dependentes da personalidade e a ocorrência de episódios depressivos com características anaclíticas, particularmente após perturbações ao nível interpessoal; por outro lado, indivíduos com personalidades autocríticas são vulneráveis a desenvolver depressões introjetivas, causadas por fatores perturbadores da

autoestima e de realização pessoal (Blatt, 1990; Blatt, 2004; Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976; Blatt & Homann, 1992; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982; Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2000a, 2000b; Campos, Besser & Blatt, 2010).

Sujeitos com depressão de dependência estão especialmente vulneráveis a acontecimentos ao nível de relações interpessoais e indivíduos com um estilo introjetivo ou de autocrítica a acontecimentos relacionados à realização pessoal e à autodefinição. A origem dessas vulnerabilidades pode ser relacionada em última instância com interações perturbadas com as figuras significativas em fases precoces do desenvolvimento (Blatt & Homann, 1992). Estas interações podem originar representações objetais perturbadas e quando interagem com acontecimentos de vida negativos, podem originar a patologia depressiva. Estes estilos de personalidade constituem vulnerabilidade específica para a depressão (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Blatt & Zuroff, 1992), a ansiedade social (Cox, Fleet & Stein, 2004), as perturbações da personalidade, a regulação do afeto (Linehan, 1993) e até perturbações psicóticas (Gilbert & Irons, 2004; Zuroff, Santor & Mongrain, 2005).

Quando os pais apresentam uma atitude negligente, inconsistente, abandonante ou hiperprotetora, sobretudo a mãe, o sujeito pode desenvolver uma vulnerabilidade interpessoal, com dependência, labilidade afetiva, preocupações excessivas com as relações e uso de mecanismos de defesa de tipo evitante. Na idade adulta, devido a experiências de perda, abandono, rejeição ou de não se sentir cuidado, o sujeito poderá desenvolver uma depressão de dependência, onde predominam sentimentos de desamparo, tristeza, solidão, abandono, desamor e uma busca desesperada de um objeto de substituição que lhe possa proporcionar amor, podendo-se verificar igualmente perturbações somáticas (Blatt, 1974; Campos, 2008). Neste tipo de depressão - anaclítica - destacam-se sentimentos de solidão, tristeza, rejeição, abandono, desamparo, fraqueza e o não se sentir amado, a que se aliam os desejos de ser cuidado e amparado. Estes indivíduos têm dificuldades em suportar a espera e procuram desesperadamente a satisfação, tentando, para isso, estar em contato com o objeto gratificante, lidando com a separação através de meios mais primitivos, como a negação ou a busca de substitutos (Blatt, 1974). Receiam, sobretudo, não serem amados ou poderem vir a ser abandonados. As relações são relativamente indiscriminadas, incorporativas e baseadas na gratificação, sendo o objeto valorizado pela sua competência de recompensar e de satisfazer as necessidades. Quando não há a esperada

gratificação, originam-se sentimentos de frustração e privação e, naturalmente, sentimentos de raiva que não são exteriorizados por medo de destruir o objeto, enquanto fonte de satisfação (Blatt & Shichman, 1983; Campos, 2000a, 2000b 2003). Contudo, são os próprios que podem em última instância originar a rejeição nos outros, em consequência das exigências que manifestam para com eles. Sendo pouco reflexivos, têm dificuldade em assumir o interesse do compromisso entre os indivíduos em prol da necessidade de gratificação (Blatt & Maroudas, 1992).

Sujeitos introjetivos, muito provavelmente tiveram pais intrusivos, controladores e críticos, o que os leva a desenvolverem uma vulnerabilidade autoavaliativa e autocrítica. São dominados por sentimentos de desvalorização e culpa, estando numa constante procura de realizações como mecanismo compensatório, havendo hostilidade, crítica e raiva direcionada aos outros e a si próprios. Quando as realizações pessoais não são bem-sucedidas, vivenciam culpa e sentimentos de ridicularização ou depreciação, ou até perda de controlo sobre o ambiente, podendo desenvolver-se uma depressão de autocriticismo, onde dominam, sentimentos de desvalorização e de culpa, autocrítica e tentativas frenéticas de realização para compensar esses sentimentos. Estes sentimentos podem levar à ocorrência de comportamentos auto e hetero agressivos (Blatt & Zuroff, 1992).

O estilo introjetivo está associado ao risco de depressão ao longo da vida, podendo ser explicado pela autocrítica e o perfeccionismo. O perfeccionismo que caracteriza estes sujeitos é um preditor da depressão clínica (Hewitt & Flett, 1991). É sabido que as relações precoces podem ser mais ou menos internalizadas pelo sujeito, podendo constituir-se autotranquilizadores em situações de fracassos e falhas pessoais ou, pelo contrário, levá-los a reagir perante a frustração com a raiva narcísica do “eu” (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004). O autocriticismo acentuado origina sofrimento, associando-se ao desajustamento emocional, social e também a outras perturbações psicopatológicas. Desenvolve-se durante a fase fálica, devido a ambivalências marcadas, exigências e relações com as figuras de vinculação, depreciativas e hostis (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004). Os sujeitos autocríticos apresentam um supereu, rígido, em constante autoavaliação e com receio de não viver à altura das expectativas; são perfeccionistas e têm a necessidade de assumir responsabilidades. Quando são mal sucedidos sentem que não são aceites / reconhecidos por parte do objeto, preocupando-se com a possibilidade de serem punidos.

Pode-se dizer que neste tipo de personalidade / depressão o objeto simboliza a necessidade da aprovação em detrimento da gratificação, como acontece com sujeitos anaclíticos. Estes sujeitos têm um sentido mais formado do self, mostrando uma capacidade de autorreflexão e de autoavaliação mais desenvolvidas. Contudo, verificam-se regressões a um nível mais primitivo da organização, sendo os seus conflitos essencialmente fálico-edipianos e os seus mecanismos de defesa, a identificação, desvalorizando a negação (Blatt, 1974; Blatt & Shichman, 1983). Indivíduos introjetivos tendem a envolver-se excessivamente em muitas atividades para compensar sentimentos de desvalorização e culpa, que refletem a atividade superegóica e a internalização de comportamentos críticos e punitivos das figuras parentais. Vivem num esforço excessivo de perfeccionismo com o objetivo de obter reconhecimento e aprovação pelo objeto, havendo, contudo, um constante descontentamento com o êxito pessoal (Blatt, 1974; Blatt & Maroudas, 1992; Blatt & Shichman, 1983).

O autocrítico, em termos empíricos, é um bom preditor de sofrimento psicológico, encontrando-se associado a diversas perturbações na idade adulta, nomeadamente à depressão (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004). Quando existem níveis elevados de autocrítico, as relações interpessoais tendem a serem pobres, devido ao seu sentido crítico em relação aos outros (Zuroff, Moskowitz, & Côté, 1999; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006; Gilbert & Irons, 2005), prejudicando a capacidade de estabelecer relações interpessoais saudáveis, causadas também por sentimentos de subordinação e inferioridade que os dominam (Mongrain, Vettese, Shuster & Kendal, 1998; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004). Estes sujeitos tendem muitas vezes a expressar a depressão através de sintomas somáticos, com o objetivo de encontrar nos outros cuidado e a preocupação (Blatt & Zuroff, 1992).

### ***1.3. Estilos de personalidade e suicidalidade***

O suicídio pode apresentar-se como uma estratégia para acabar com o sofrimento psicológico (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003; Fawcett, Busch, Jacobs, Kravitz & Fogg, 1997; Gassmann-Mayer et al., 2011; Heikkinen, Aro & Lönnqvist, 2007; Malone, Quinlivan, Grant & Kelleher, 2012; Paykel, Prusoff, & Myers, 1975). Este sofrimento pode resultar da sintomatologia depressiva (Campos, Besser & Blatt, 2012; Galambos, Barker & Krahn, 2006; Sobrinho,

Campos & Mesquita, 2013), que pode, por sua vez, ser preditora do risco de suicídio (Campos, Besser & Blatt, 2013; Coimbra de Matos, 2001; Dixon, Heppner & Anderson, 1991; Sobrinho, Campos & Mesquita, 2013; Yen et al., 2003). Existe uma forte relação entre depressão e suicidalidade (Campos et al., 2012; Galambos, Barker & Krahn, 2006; Lamis, Malone, Langhinrichsen-Rohling, & Elis, 2010; Sobrinho, Campos, & Mesquita, 2013).

O relacionamento e a autodefinição constituem dimensões essenciais ao desenvolvimento do bem-estar psicológico (Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Gilligan, 1982; McAdams, 1980) e são dimensões interdependentes, que evoluem de forma dialética, interativa, balanceada e facilitadora ao longo do desenvolvimento, dando a sua interação lugar ao desenvolvimento da personalidade. A personalidade relaciona-se menos com a psicopatologia quando se estabelecem relações interpessoais maduras, recíprocas, satisfatórias, estáveis e duradouras e, quando se desenvolve um sentido do Self consolidado, diferenciado, estável e realista (Blatt, 1991; Blatt & Blass, 1990, 1992; Blatt & Shichman, 1983; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013). Quando os estilos de personalidade são introjetivo ou anaclítico, existe o risco de suicídio (Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013; Campos, Besser, Abreu, Parreira & Blatt, 2014; Blatt, 2004, 2008), uma vez que estes estilos de personalidade constituem igualmente formas de vulnerabilidade à psicopatologia em geral e a depressão em particular (Blatt, 2004; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Luyten & Blatt, 2011; Luyten, Corveleyn & Blatt, 2005).

A vulnerabilidade anaclítica à depressão é caracterizada por sentimentos de solidão, desamparo, fraqueza e medos intensos e crónicos de ser abandonado, desprotegido e abandonado, mas também pelo desejo profundo de ser amado e protegido, que resulta da deficiente interiorização das experiências precoces de cuidado e dos próprios cuidadores. A perda objetal ou separação dos outros provoca medo, lidando os sujeitos com a perda através da negação e da procura constante de substitutos (Blatt, 1974, 2004). Os sujeitos manifestam queixas somáticas, com o intuito de obter cuidados e preocupação por parte dos outros (Blatt & Zuroff, 1992). Sensíveis à perda objetal e ao sentimento de solidão, quando se encontram deprimidos e/ou sob stress, podem manifestar gestos suicidas que são geralmente demonstrativos e não muito graves (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Troister & Holden, 2012).

Indivíduos vulneráveis à depressão introjetiva tendem a manifestar sentimentos de inferioridade, culpa e fracasso, estando constantemente a autoavaliarem-se, receando a crítica. Os seus esforços para serem reconhecidos são notórios, predominando o perfeccionismo e a competitividade. No entanto, os sentimentos de satisfação pessoal são muito breves e escassos. Podem ser críticos e duros para com os outros, e mantêm sempre o objetivo de aprovação e reconhecimento (Blatt, 1974, 2004; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013). Devido a questões relacionadas com uma intensa autocrítica e autoescrutínio, sentimentos de fracassos e culpa, estes indivíduos estão em risco de fazerem tentativas de suicídio graves (Blatt, 1974; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Campos, Besser & Blatt, 2012; Fazaá & Page, 2003).

A vulnerabilidade autocrítica desempenha um papel importante na predição da ideação e comportamento suicida, estando fortemente relacionado com o grau de letalidade do suicídio. Indivíduos autocríticos quando tentam suicidar-se têm maior intenção de morrer, em comparação aos anaclíticos, que poderão ter sobretudo o de chamar à atenção sobre as suas queixas e de pedir ajuda (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Blatt, 1974, 2004; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Fazaá & Page, 2003; O'Connor, 2007). Estes sujeitos tendem a experimentar profundos sentimentos de culpa e desvalorização, o que os torna vulneráveis ao risco de suicídio quando deprimidos (Blatt, 1974, 1995b; Blatt, Quinlan, Chevron et al., 1982). O perfeccionismo excessivo medeia esta relação entre o autocrítico e a ideação suicida (O'Connor & Noyce, 2008), que pode resultar em depressão, ansiedade, hostilidade e sensibilidade interpessoal (Campos, Besser & Blatt, 2012), que por sua vez torna os sujeitos vulneráveis ao risco de suicídio (O'Connor, 2007).

As relações precoces com as figuras parentais, que se caracterizam pela rejeição também se relacionam com a suicidalidade, sendo esta relação parcialmente mediada pela depressão e pelo autocrítico (Campos, Besser & Blatt, 2012; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013).

Alguns estudos (e. g. Klomek et al., 2008) indicam que tanto a vulnerabilidade dependente como a autocrítica, e não apenas a autocrítica constituem fatores risco suicida. No entanto, o autocrítico poderá estar mais ligado ao risco de suicídio do que a dependência (Blatt, Quinlan, Chevron et al., 1982; Fazaá & Página, 2003). Os traços de personalidade podem predispor os indivíduos ao risco de suicídio quando enfrentam situações stressantes, com destaque para o autocrítico como

fator de risco e vulnerabilidade. A dependência poderá estar apenas associada a tendências suicidas (Campos, Besser & Blatt, 2012). Campos, Besser, Abreu, Parreira e Blatt (2014) concluíram, no seu estudo, que adolescentes com níveis elevados de dependência e autocrítica estão mais vulneráveis a experimentar sofrimento psíquico, nomeadamente isolamento social e depressão, o que constitui por sua vez, vulnerabilidade ao risco de suicídio. Quer indivíduos com traços anaclíticos, quer indivíduos com traços introjetivos muito marcados, poderão estar em risco de suicídio, quando expostos a situações de forte stress, especialmente quando deprimidos. No entanto, o grau de gravidade das tentativas e os métodos utilizados podem ser diferentes em função da estrutura de personalidade (Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013). Outros estudos (Loas & Defélice, 2012) mostram que a dependência é um traço de personalidade estável que se pode associar ao risco de cometer uma tentativa de suicídio (Klomek, et al., 2008).

## **Capítulo 2: Os objetos do self de acordo com a perspectiva de Kohut, personalidade e suicidalidade**

### ***2.1. A teoria de Kohut e os objetos do self***

Kohut (1988) nos seus estudos sobre a transferência narcísica ou self-objetal, definiu três áreas constituintes do self que se referem às necessidades essenciais do ser humano, nomeadamente o polo dos ideais, o polo das ambições e a área dos talentos e habilidades. Estes polos referem-se à necessidade de uma figura idealizada que proporcione o sentimento de segurança; à necessidade de parecença essencial, que nos permite ser entendido e entender o outro, assim como de nos sentirmos pertencentes a um grupo (alter-ego) juntamente à necessidade de ser aceite e aprovado nos seus próprios valores pessoais (Deretti, 2008).

Segundo Kohut (Banai, Mikulincer, & Saver, 2005; Greenberg & Mitchell, 2003; McLean, 2007; Mesquita, 2011, 2013), o self, formado por sensações, pensamentos, sentimentos e atitudes em relação a si mesmo e ao mundo, desenvolve-se através de trocas interpessoais, sendo, ao longo da vida, mediador das transações entre o indivíduo e o mundo objetal. A criança deve nascer num meio responsivo e empático, onde as relações com os outros são essenciais à sua sobrevivência. O self começa a desenvolver-se quando as potencialidades inatas do bebé e as expectativas dos pais em relação ao filho convergem. Numa fase inicial, o self não pode manter-se isolado, exigindo a participação dos outros - objetos do self - para lhe proporcionar um sentido de coesão, resiliência e constância. Os objetos são pessoas separadas que proporcionam funções que mais tarde serão substituídas pela estrutura psíquica do sujeito.

A criança vivencia estados afetivos semelhantes aos dos objetos do self, sendo que estes lhe garantem as experiências necessárias para o desenvolvimento gradual do seu self, estabelecendo, deste modo, os constituintes básicos da sua estrutura e do desenvolvimento psíquico (Greenberg & Mitchell, 2003; McLean, 2007; Mesquita, 2011). Para Kohut, objetos do self são a forma como o self realiza os seus objetivos de desenvolvimento, com o auxílio de determinadas funções específicas e exercidas pelo outro, que se devem a falhas empáticas que ocorrem na interação humana. A empatia é entendida como a compreensão intrínseca da experiência dos outros, dos sentimentos, pensamentos e motivos, a partir da sua

própria perspectiva. No início, a criança não experiencia o outro como um ser separado, mas sim como uma extensão de si própria. As necessidades de objetos do self funcionam como funções psicológicas, sendo necessidades internas sentidas pelos indivíduos. Os objetos do self têm como função: manter as funções internas e a estabilidade emocional do sujeito, isto é, no início o sujeito precisa do outro para manter a sua autoestima, sendo que esta necessidade vai diminuindo com o desenvolvimento. As experiências selfobjetais são necessárias para manter um self coeso e equilibrado ao longo de toda a vida, embora as necessidades mudem de acordo com a fase do ciclo vital. Todos os indivíduos têm estas necessidades, apesar do grau de desenvolvimento e de amadurecimento. Na infância as necessidades de objeto do self são intensas devendo ser entendidas pelas figuras de vinculação, Na idade adulta, o cônjuge, os amigos e a carreira profissional passam a ser os objetos do self, que mantém a autoestima do indivíduo. Indivíduos ditos saudáveis desenvolvem estruturas consistentes e um sentimento de confiança que substitui funções anteriormente exigidas a objetos externos - tornam-se internamente competentes, mais flexíveis e menos necessitados de objetos do self (Greenberg & Mitchell, 2003).

O indivíduo enquanto criança procura dois tipos indispensáveis de relação com os seus objetos do self - expressão de necessidades narcísicas básicas. Um dos tipos de relação tem a ver com a necessidade de mostrar as suas capacidades em evolução e de que estas sejam admiradas, o que caracteriza o seu sentido saudável de onipotência e grandiosidade - relação com objetos de Self valorizantes. O outro tipo de relação, surge mais tarde, e relaciona-se com o fato de a criança precisar de formar uma imagem idealizada de pelo menos um dos pais e de experimentar um sentido de fusão com um objeto do self idealizado. Quando ocorre um desenvolvimento adequado, emergem as seguintes configurações relacionais: "*imagens do Eu grandiosas e exibicionistas ligam-se a objetos do Eu «em espelho» («eu sou perfeito e tu admiras-me»)*, *imagens mais desqualificadas do Eu fundem-se com objetos do Eu idealizados («tu és perfeito e eu faço parte de ti»)*" (Greenberg & Mitchell, 2003, p. 412).

As imagens do self e do objeto mais arcaicas vão-se transformando em imagens mais complexas e resilientes, através de falhas parentais ligeiras, mas crescentes e inevitáveis para serem o reflexo da criança e para facilitarem a idealização. A transformação pela interiorização ou interiorização transmutadora, permite o desenvolvimento de uma estrutura psíquica permanente que se baseia

em dois polos derivados dos modos de relação iniciais: num deles a personalidade é organizada com tendência para a grandiosidade e exibição, manifestando-se nas ambições pessoais e na assertividade como resultado de uma relação com o objeto do self especular; no outro, a força dominante pode ser a relação com um objeto do self idealizado. Se existe perturbação num destes polos, o outro pode servir uma função de compensação. Caso nenhum dos polos se desenvolva adequadamente, o indivíduo torna-se vulnerável à psicopatologia narcísica, marcada por um self defeituoso e pela incompetência para manter um nível de autoestima ajustado. Assim, a psicopatologia surge devido a falhas empáticas crónicas e acentuadas dos pais, impedindo o desenvolvimento saudável do self da criança (Greenberg & Mitchell, 2003).

Kohut identificou as necessidades de espelhamento, de idealização e de twinship (Baker & Baker, 1987; Cal, 2006), necessidades estas que se pretendem avaliar no estudo, tal como a sua negação. O objeto do self de idealização tem como função responder às necessidades fundamentais do bebé, para que este se sinta seguro e amparado; o de espelhamento tem a função de espelhar o bebé, com o objetivo deste se sentir amado e valorizado; o de twinship funciona para que o bebé se sinta parte integrante de um contexto humano, sentindo-se compreendido e capaz de compreender o outro. De acordo com a psicologia do self de Kohut, o espelhamento permite à criança desenvolver sentimentos de ambição e entusiasmo para a vida, enquanto que a idealização lhe permite desenvolver auto direção e capacidade para estabelecer metas desafiadoras mas realistas. Kohut denominou estes dois polos juntamente com o twinship como *self tripolar* (Baker & Baker, 1987; Kohut, 1997). A necessidade de um objeto do self twinship diz respeito à necessidade de exclusividade do self e à incapacidade de permitir a existência de um terceiro, uma vez que poderá perder a exclusividade, levando ao contacto com fragilidades e incapacidades de si mesmo (Mesquita, 2011).

As falhas de objetos do self mais intensas e persistentes podem produzir problemas mais graves no desenvolvimento, havendo maior dependência em relações a objetos do self arcaicos, e, assim, uma predisposição para a psicopatologia mais grave. A resposta adequada das figuras e vinculação, especialmente da mãe, é capaz de produzir na criança sentimentos de autoestima e valorização, passando esta com o tempo a ser interna. Quando estas respostas não acontecem, ou seja, quando os pais não atendem às necessidades objetivas do filhos, a criança tende a desenvolver ou a inventar meios internos patológicos para

tolerar o fracasso e manter a sua autoestima, uma vez que foi impedida de desenvolver estruturas internas para regular a autoestima (Baker & Baker, 1987; Cal, 2006). Não sendo a criança um ser passivo, as respostas dos pais podem depender da sua interatividade. A psicopatologia ocorre quando o sujeito experimenta padrões repetitivos de dificuldades em pelo menos dois dos três polos. Contudo, pensa-se que a criança ao longo do seu desenvolvimento até à idade adulta possa colmatar estas falhas (Baker & Baker, 1987; Kohut & Wolf, 1978; Kohut, 1984).

Kohut defende que as transferências selfobjetais decorrem no processo analítico e dizem respeito à revivência de um estágio primitivo entre a mãe e o bebé num momento antes da separação entre self e objeto. Neste processo analítico, o analista é para o paciente o prolongamento do seu self, sob o qual ele tenta exercer controlo, ou está a serviço do seu self, tendo como papel exercer determinadas funções importantes para o preenchimento de suas necessidades essenciais que não foram satisfeitas pelos objetos do self arcaicos (Carneiro, 1992; D'Abreu & Carneiro, 1995). Ao longo deste processo maior é a crença, nestes sujeitos, que possuem uma independência absoluta, quando, na verdade, se encontram demasiado dependentes (Zimerman, 2004). Kohut (1989) identificou as transferências self objetais, dividindo-as em transferência idealizadora, transferência gemelar ou alter-ego e a transferência especular.

A necessidade de idealização diz respeito a uma falha empática dos objetos do self idealizados da criança, sendo que é através da fusão com o objeto idealizado que a criança adquire o sentimento de segurança. Durante o processo terapêutico, o analista deve estar preparado para aceitar e respeitar a sua necessidade de idealização. Poderão ocorrer falhas empáticas do analista, que possibilitarão uma desidealização gradual e a formação de uma estrutura no polo dos ideais, permitindo desenvolver no paciente o sentimento de proteção e segurança (D'Abreu e Carneiro, 1995).

Na transferência gemelar ou alter-ego, o paciente necessita de uma comunhão silente, o que pode causar stress e ansiedade no analista. O analista deve aceitar o silêncio mas, esta postura do paciente, poderá provocar-lhe sentimentos de inutilidade e sonolência (Kohut, 1988). Estes sujeitos podem ser intolerantes a possíveis interpretações dos analistas, podendo estas causarem rupturas no vínculo transferencial e, até à interrupção do processo (D'Abreu & Carneiro, 1995).

Kohut enfatiza o papel do analista como objeto do self secundário e da relação transferencial como uma nova experiência para o paciente, desvalorizando o papel do insight e da interpretação (Baker & Baker, 1987; Cal, 2006; Greenberg & Mitchell, 2003; Kohut, 1971). Referiu-se ao conceito de transferência especular, transferência esta em que o analista é reconhecido como separado e autônomo, introduzindo-a como a necessidade que os pacientes têm que o psicanalista confirme e valide os seus sentimentos e pensamentos, sendo este necessário para completar uma função de construção da estrutura interna, reativando necessidades antigas, que na infância não foram validadas (Baker & Baker, 1987; Cal, 2006). Desta forma através da relação com o analista, devido a falhas parentais inevitáveis, a criança desidealizará os pais e formará uma estrutura do self através da internalização transmutadora, que se refere à possibilidade de construir estruturas intrapsíquicas que mantêm a autoestima, nomeadamente, a pedaços de objetos do self internalizados, que permite que o narcisismo se torne mais autônomo, independente da apreciação externa (Baker & Baker, 1987; Cal, 2006; Kohut & Wolf, 1978; Mesquita, 2011).

## ***2.2. Objetos do self e estilos de personalidade***

A construção de representações objetais é considerada essencial para o desenvolvimento do ego e para a adaptação (Blatt, 1974). Perturbações nas representações objetais criam uma vulnerabilidade específica à psicopatologia futura (Blatt, 1974; Campos, 2000a). As perturbações nas representações objetais provocam nos indivíduos com depressões anaclíticas ou introjetivas a necessidade de manter o contacto com o objeto, diretamente ou através da introjeção, respetivamente. Se por um lado, a qualidade das relações interpessoais vai influenciar o mundo interno representacional através da internalização, por outro lado, as estruturas internas vão determinar e moldar as seguintes experiências relacionais, evoluindo de forma permutada a relação e a representação (Blatt, 1974; Campos, 2000; Zanatta & Benetti, 2012). O desenvolvimento perturbado de representações objetais resulta de estilos parentais e interações desadequadas dos sujeitos com as figuras significativas, e pode ser apenas notório quando o objeto não estiver disponível para compensar e colmatar falhas nessas representações (Blatt, 1974; Viglione Jr, Philip, Clemmey, & Camenzulli, 1990; Zanatta & Benetti, 2012).

O ajustamento psicológico e o desenvolvimento afetivo ao longo da vida dependem dos padrões relacionais estabelecidos nos primeiros anos de vida com as figuras de vinculação (Westen, 1990; Blatt, Wein, Chevron & Quinlan, 1979; Campos, 2000a), sendo estas relações internalizadas na infância em representações mentais. A interação entre representações disfuncionais e acontecimentos perturbadores internos ou externos pode originar a depressão (Blatt & Homann, 1992; Campos, 2000a), da mesma forma que o não estabelecimento de relações interpessoais adequadas e níveis de representações adequados, pode também tornar o sujeito vulnerável à depressão (Campos, 2000a, 2000b). A inconsistência no padrão de cuidado da mãe pode gerar insegurança e dificultar o estabelecimento da representação interna da mãe como um objeto cuidador, fazendo com que a criança não se sinta amada e mais tarde o sujeito ter de certificar-se constantemente se cuidam de si, lhe dão atenção e afeto, desenvolvendo sentimentos associados à depressão, no caso de separações, mesmo que fantasiadas - indivíduo anaclítico (Blatt, 1995; Blatt & Homann, 1992; Campos, 2000a, 2000b). Os indivíduos introjetivos tiveram um processo de separação/individualização desadequado devido à internalização de atitudes controladoras e exigentes por parte dos pais, lutando estes sujeitos constantemente pela aprovação e aceitação dos outros. A constante autoavaliação e autocrítica é uma repetição dos padrões de relação precoce que serve para manter contacto com eles, através da identificação (Campos, 2000a; Zanatta & Benetti, 2012).

De acordo com o modelo de Blatt (2008), relações disfuncionais com os cuidadores geram estilos de personalidade com traços de dependência ou autocríticos muito marcados que constituem forma de vulnerabilidade a psicopatologia e à depressão. De acordo com o modelo de Kohut (1971, 1984), quando há falhas persistentes nas relações de cuidado desenvolvem-se necessidades de objetos do self muito arcaicas, já que necessidades de objetos do self mais evoluídas persistem sempre ao longo de todo o desenvolvimento. Logo é lícito pensar que características anaclíticas da personalidade e características introjetivas da personalidade se possam relacionar com necessidades de objetos do self. Tanto os estilos de personalidade identificados pelo Blatt (2008), como as necessidades dos objetos do self identificados por Kohut (1971, 1984), resultam de relações disfuncionais, onde as figuras parentais não satisfizeram as necessidades da criança. Pode fazer-se um paralelo entre a depressão anaclítica, que tem origem na fase oral, e a idealização, nomeadamente nos receios sentidos pelo sujeito, de

não ser amado ou aceito e de ser rejeitado. Da mesma forma, pode-se fazer entre a depressão introjetiva, com origem na fase fálica, e a valorização, especialmente na busca de aprovação e de valorização. Quando isto não acontece, os sujeitos sentem fracasso, culpa e vergonha (Blatt, 2008). Os estilos de personalidade e os objetos do self distinguem-se na medida em que os primeiros originam representações objetais perturbadas (e.g. "eu exibo-me para ti"), enquanto os segundos se centralizam nas figuras parentais para a formação do self e estabelecem relações para mantê-lo coeso (e.g. "eu pertenço-te"), não havendo uma separação entre o sujeito e o objeto do self. As necessidades de objetos do self têm a ver com a idealização, a valorização e a pertença, ser como o objeto, enquanto que os anaclíticos e os introjetivos desenvolvem relações objetais perturbadas, vivendo, assim, em função do outro, para o outro, porque é a relação que estabelece com o outro que mantém a sua autoestima. No estilo anaclítico a autoestima depende das relações, enquanto que no estilo de personalidade introjetivo as relações vão depender da coesão do self, sendo que em ambos o investimento pode ser narcísico e objetal. A autoestima e a coesão do self vão depender, quando há necessidades de objetos de self, das relações objetais estabelecidas (Banai, Mikulincer, & Saver, 2005; Greenberg & Mitchell, 2003).

### ***2.3. Objetos do self, depressão e suicidalidade***

Os objetos do self são, no fundo, as necessidades que o outro representa e o papel que o outro ocupa na relação. Necessidades de objetos do self muito marcadas podem influenciar o risco de suicídio, sendo que a própria desilusão e a fragmentação do ego podem determinar a suicidalidade (Esteves & Galvan, 2006; Garma, 1984; Zanatta & Benetti, 2012). A necessidade de promover o seu próprio bem estar motiva os sujeitos a uma procura constante de objetos do self. Quando estas necessidades não são satisfeitas, os sujeitos sentem-se frustrados, o que os leva ao sofrimento. As constantes frustrações sentidas pelo sujeito tornam-se estímulos eficazes para impulsos destrutivos, conduzindo-o a terem pensamentos pessimistas e de morte, baixa auto-estima, irritabilidade e intolerância, autodepreciação e auto-acusação (Esteves & Galvan, 2006; Garma, 1984; Zanatta & Benetti, 2012).

Representações objetais marcadas por falta de suporte emocional e escassos atendimentos às necessidades contribuem para a vulnerabilidade à depressão

(Blatt, 1974, 2004; Coimbra de Matos, 2001). Segundo a teoria de Kohut (Kohut & Wolf, 1978; Moreira, 2009; Saraiva, 2010), o suicídio é visto como consequência de perturbações dos objetos do self, ou seja, os pais não garantem à criança a possibilidade de internalizar bons objetos capazes de responder às necessidades do self, nomeadamente que permitam manter um sentido de suficiência e de autoestima. A falta de atenção dos pais às necessidades da criança, demonstrada pelos seus esforços de exibicionismo, grandiosidade, aprovação e admiração, juntamente com falta de suporte e encorajamento quando a criança se sente inferior, vulnerável e fraca, afetam negativamente o desenvolvimento normal da personalidade da criança. A privação de empatia dos pais faz com que a criança não consiga organizar e desenvolver um self coeso (Kohut & Wolf, 1978; Moreira, 2009; Saraiva, 2010). Mais tarde, o indivíduo não possui as competências para experimentar emoções positivas e o facto de se encontrar constantemente privado de significado, conduz o sujeito a sentir uma ansiedade desintegradora que, por sua vez, poderá levá-lo ao suicídio, como último esforço de ser verdadeiro consigo mesmo (Kohut & Wolf, 1978; Kohut, 1984; Moreira, 2009).

A identidade do sujeito depende do julgamento dos outros uma vez que não foi possível introjetar uma função especular própria, sendo por isso, importante espelhar-se nos outros e imitá-los. Estes sujeitos tendem a desenvolver sentimentos de culpa e de intolerância à perda, podendo mobilizar comportamentos agressivos contra outros ou contra si mesmo (Ainsworth, 1969; Brandão, 2002; Ramos, 2010; Trevisan, 2004).

Estudos realizados (e. g., Banai, Mikulincer & Shaver, 2005) mostraram uma associação positiva entre as necessidades de objeto do Self de espelhamento e valorizante, com uma autoestima fragilizada, elevados níveis de depressão e ansiedade. O evitamento das necessidades de objetos do Self de espelhamento e idealizado surge associado a elevados níveis de depressão, ansiedade e hostilidade. Apesar de não se encontrarem estudos empíricos que relacionem objetos do self e suicidalidade mas apenas objetos do self e depressão, pode-se pensar que também mantém uma relação com a suicidalidade, dado que esta decorre da depressão.

## Parte Empírica

### Capítulo 3: Objetivos e hipóteses de investigação

O objetivo do presente estudo é avaliar a influência dos estilos de personalidade (estilo anaclítico e estilo introjetivo), de acordo com o modelo de Sidney Blatt (2008), na suicidalidade e o efeito moderador nesta relação dos objetos do self, de acordo com a perspectiva de Kohut (1971, 1984).

A centração excessiva numa de duas linhas de desenvolvimento descritas por Blatt, o relacionamento ou a autodefinição, pode conduzir à estruturação de um estilo de personalidade, respetivamente de tipo anaclítico ou de tipo introjetivo, que torna o sujeito vulnerável à psicopatologia, nomeadamente à depressão e à suicidalidade (Blatt, 1974, 2008; Campos, 2000, 2003; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013). Diversos estudos indicam que sujeitos com estilos de personalidade anaclítico e introjetivo poderão estar mais vulneráveis à depressão e à suicidalidade (Blatt, 1974, 2004, 2008; Blatt & Shichman, 1983; Campos, 2009; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013), como mostram que a sintomatologia depressiva se pode relacionar com a suicidalidade (Campos, Besser & Blatt, 2013; Campos et al., 2012; Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003; Coimbra de Matos, 2001; Dixon, Heppner & Anderson, 1991; Galambos, Barker & Krahn, 2006; Heikkinen, Aro & Lönnqvist, 2007; Lamis, Malone, Langhinrichsen-Rohling, & Elis, 2010; Malone, Quinlivan, Grant & Kelleher, 2012; Sobrinho, Campos, & Mesquita, 2013).

Os sujeitos anaclíticos quando sofrem uma perda objetual e experimentam sentimentos de solidão podem expressar as suas frustrações através de tentativas de suicídio, mesmo sem uma intenção evidente de morrer (Blatt, 2004; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Troister & Holden, 2012). Quando deprimidos, o risco de suicídio existe (Blatt, 1974, 1995b; Blatt, Quinlan, Chevron et al., 1982). Alguns estudos (e. g., Klomek, et al., 2008; Loas & Defélice, 2012), concluíram que a dependência é um traço de personalidade estável nas tentativas de suicídio. Os sujeitos introjetivos sentem vergonha quando experimentam fracasso, culpa e baixa autoestima. Estes sentimentos podem levá-los a realizarem tentativas de suicídio graves (Blatt, 1974; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Campos, Besser & Blatt, 2012; Fazaa & Page, 2003). Algumas evidências mostram que quando tentam suicidar-se podem ter maior intenção de

morrer do que os anaclíticos (Blatt et al., 1982; Blatt, 1974, 2004; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Fazaa & Page, 2003; O'Connor, 2007). Na verdade, apesar da dependência e do autocrítico estarem ambos relacionados com a suicidalidade (Klomek, et al., 2008), existem dúvidas sobre se a dependência é ou não um fator com o mesmo peso do que o autocrítico (Blatt, Quinlan, Chevron et al, 1982; Fazaa & Págin, 2003).

Por outro lado, o trauma e a disfuncionalidade associados às relações com as figuras de vinculação na infância levam o sujeito a uma necessidade muito acentuada de objectos do Self reparadores, tal como conduzem a uma autoestima deficitária (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005). Alguns estudos empíricos (e. g. Banai, Mikulincer & Shaver, 2005) mostram que existe uma relação entre relações precoces deficitárias e necessidades de objetos do self. As necessidades de objetos do self estão relacionadas com a dependência e o medo da rejeição e abandono, que revela insegurança interpessoal e relações disfuncionais. A necessidade de espelhamento e a necessidade de twinship estão significativamente relacionadas com baixos níveis de autoestima e de bem estar psicológico, bem como com a depressão e ansiedade; a negação de idealização/twinship está associada a baixos níveis de bem estar e a altos níveis de ansiedade, depressão e hostilidade; por último, a negação de espelhamento encontra-se significativamente relacionada com altos níveis de hostilidade. Segundo Kohut (1971), as dificuldades de manutenção da autoestima devido à privação de experiências selfobjetais, permitem fazer elo entre as necessidades de objetos do self e distúrbios psicológicos (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005).

No presente trabalho pretende-se avaliar se as necessidades de objetos do Self, nomeadamente as necessidades de espelhamento, de twinship e de idealização e o evitamento das necessidades de espelhamento e idealização/twinship (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005) se relacionam com a suicidalidade e se moderam a relação entre estilos de personalidade definidos por de Blatt e a suicidalidade. Ou seja, pretende investigar-se, se ocorre um efeito de moderação, mais especificamente se a variável moderadora - objetos do self - altera a relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade. Dito de uma outra forma, de que modo determinadas necessidades de objetos do self influenciam a relação entre estilos de personalidade e suicidalidade. Será também controlado o efeito de um conjunto de variáveis socio-demográficas relevantes para o risco de suicídio, das quais o sexo, a idade, a situação profissional

(empregado/desempregado), a escolaridade, o estado civil, se tem alguma doença crónica, se já foi ao psicólogo ou ao psiquiatra, se tem alguma doença psiquiátrica e se já consumiu algum tipo de droga.

A presente investigação contará com a participação de sujeitos adultos da comunidade, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade. Os instrumentos de medida utilizados serão o Questionário de Experiências Depressivas (QED), a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D), o Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (QCS-R) e o Inventário de Necessidades dos Objetos do Self (SONI). O QED (Anexo A), permitirá avaliar os estilos de personalidade introjetivo e anaclítico. Para avaliar o estilo anaclítico será usada a escala de necessidade, que avalia uma dimensão desadaptativa da dependência e para o estilo introjetivo será usada a escala de autocriticismo (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1979; Campos, 2000, 2009). A CES-D (Anexo B) permitirá avaliar a sintomatologia depressiva, assumindo a ideia de um contínuo entre o funcionamento normal e as formas graves de depressão (Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2004). O QCS-R (Anexo C), permitirá avaliar a suicidalidade (Osman et al., 2001; Campos, Besser e Blatt, 2013). O SONI (Anexo D), permite avaliar as necessidades de espelhamento, de idealização e de twinship o a negação da necessidade de espelhamento e negação da necessidade de idealização/twinship (Banai et al., 2005).

Trata-se de um estudo longitudinal, com um intervalo médio de três meses entre os dois momentos de recolha de dados. No primeiro momento serão avaliados os estilos de personalidade, a depressão e os objetos do self e, no segundo momento, a suicidalidade. Será também recolhida informação relativa a um conjunto de variáveis socio-demográficas, A metodologia estatística usada no estudo será a da regressão múltipla hierárquica.

Espera-se encontrar relação entre o estilo de personalidade anaclítico e introjetivo e a suicidalidade (hipótese 1). Espera-se também encontrar relação entre as variáveis moderadoras, nomeadamente, as necessidades de espelhamento, de idealização e de twinship e o evitamento das necessidades de espelhamento e das de idealização e twinship e a suicidalidade (hipótese 2). Por fim, espera-se que as necessidades de espelhamento, de idealização e de twinship e o evitamento das

necessidades de espelhamento e das de idealização e twinship possam moderar a relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade (hipótese 3).

## Capítulo 4: Metodologia

### 4.1. Participantes e procedimentos

A presente investigação contou com a participação de uma amostra final de 195 sujeitos adultos da comunidade, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade ( $M= 34.88$ ,  $SD= 12.49$ ) de ambos sexos (47% do sexo masculino e 53% do sexo feminino), a viverem em diferentes distritos portugueses. A escolaridade média dos participantes é de 11.5 anos ( $DP=3.23$ ). A amostra é constituída quer por indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados (50.2%) quer por indivíduos casados ou em união de fato (49.8%). A maioria está empregada (74.9%), não sofre de doença crónica (75.8%), não foi ao psicólogo (69.6%), não sofre de doença psiquiátrica (95.2%) nem consumiu drogas (81.2%) - veja-se a Tabela 1.

Inicialmente, num primeiro momento de recolha de dados, contactaram-se 231 sujeitos dos quais 225 aceitaram participar na investigação. Destes 225, 18 foram eliminados por apresentarem protocolos inválidos. No segundo momento de recolha de dados, em média, três meses depois, foram contactados os 207 sujeitos da amostra final do momento 1. Destes 207, apenas foi possível contactar 195 indivíduos. Doze sujeitos foram eliminados da investigação, não se tendo verificado, contudo, a existência de protocolos inválidos. A amostra final ficou constituída por 195 participantes.

A recolha de dados foi realizada em conjunto por quatro estudantes de Mestrado em Psicologia e especialização em Psicologia Clínica e da Saúde para as suas dissertações. Esta recolha foi feita a adultos da comunidade, com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos, contactados em diferentes locais públicos, que aceitaram participar no estudo de forma voluntária.

Cada protocolo de investigação continha sete questionários - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D) (Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2004), Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976, 1979; Campos, 2000b, 2009), Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (QCS-R) (Osman et al., 2001; Campos, Besser e Blatt, 2013), Inventário de Necessidades dos Objetos do Self (SONI) (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005), *test of self-conscious affect* (TOSCA) (Tangney, Wagner & Gramzow, 1989; Geda, 2000), Questionário de Experiências de Vida

(LES) (Sarason, Johnson & Siegel, 1978; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003), ETC (Esparbès, Sordes-Ader, & Tap, 1993; Tap, Costa & Alves, 2005) - ordenados de forma aleatória para cada participante. Incluiu também um questionário de dados sociodemográficos que permitiu recolher informação sobre as variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, atual situação de emprego (empregado/desempregado), se sofre de doença crónica e qual/quais, se já foi ao psicólogo ou psiquiatra, se tem alguma doença psiquiátrica diagnosticada e qual/quais e se já alguma vez consumiu algum tipo de droga

Para o presente trabalho foram aplicados os seguintes questionários: a CES-D, o QED, o QCS-R e o SONI. Os questionários foram entregues aos sujeitos dentro de um envelope aberto. Os sujeitos que aceitaram participar no estudo, assinaram um termo de consentimento informado (Anexo E) e entregaram-no fora do envelope, para garantir a confidencialidade dos dados.

Foi explicado aos participantes, sucintamente, os objetivos do estudo em questão e garantida a confidencialidade.

Os participantes foram informados sobre a importância da sua participação. A recolha de dados aconteceu em dois momentos com cerca de três meses de intervalo.

Para que fosse possível o emparelhamento dos questionários obtidos nos dois momentos e ao mesmo tempo fosse possível garantir a confidencialidade, pediu-se aos indivíduos (nos dois momentos) que escrevessem no envelope depois de fechado, e após terminarem de preencher o conjunto de questionários, as iniciais do seu nome completo. Foi pedido, também, no primeiro momento, que escrevessem no envelope o seu contacto telefónico para podermos contactá-los posteriormente para a segunda aplicação.

**TABELA 1. Variáveis Sociodemográficas em estudo**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Mean</b>	<b>(SD)</b>
Idade			35.01	(12.49)
Escolaridade			11.52	(3.23)
Género				
<i>Masculino</i>	97	46.9%		
<i>Feminino</i>	110	53.1%		
Estado Civil				
<i>Solteiro/Viúvo/Divorciado</i>	104	50.2%		
<i>Casado/União de Fato</i>	103	49.8%		
Distrito				
<i>Aveiro</i>	2	1%		
<i>Beja</i>	3	1.4%		
<i>Coimbra</i>	1	0.5%		
<i>Évora</i>	60	29%		
<i>Leiria</i>	7	3.4%		
<i>Lisboa</i>	2	1%		
<i>Portalegre</i>	40	19.3%		
<i>Porto</i>	1	0.5%		
<i>Santarém</i>	89	43%		
<i>Setúbal</i>	1	0.5%		
<i>Viseu</i>	1	0.5%		
Empregabilidade				
<i>Desempregado</i>	50	24.2%		
<i>Empregado</i>	155	74.9%		
<i>Missing</i>	2	0.9%		
Doença Crónica				
<i>Não</i>	157	75.8%		
<i>Sim</i>	50	24.2%		
Ida ao Psicólogo				
<i>Não</i>	144	69.6%		

<i>Sim</i>	63	30.4%
Doença Psiquiátrica		
<i>Não</i>	197	95.2%
<i>Sim</i>	8	3.9%
<i>Missing</i>	2	0.9%

---

#### **4.2. Instrumentos**

O Questionário de Experiência Depressivas (QED; Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976, 1979). O QED é constituído por 66 itens que são respondidos, numa escala de Likert, de 1 «discordo totalmente» a 7 «concordo totalmente», sendo 4 o ponto médio (completa indecisão). Permite avaliar dois tipos de dimensões / estilos de personalidade: a anaclítica ou de dependência e a introjectiva ou de autocriticismo, definidos por Blatt (2008). É um instrumento multifatorial que mede um conjunto de experiências relacionadas com a patologia depressiva, mas que não podem ser consideradas sintomas depressivos clínicos.

O QED permite a obtenção de resultados para três fatores que foram identificados na amostra de standardização original dos estudantes universitários americanos (Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976, 1979; Blatt & Zuroff, 1992). O fator I, designado por Dependência, é uma dimensão mais externa e os itens que lhe dizem respeito relacionam-se com as relações interpessoais e envolvem temas como a preocupação e com o abandono, a perda de outros ou a sensação de desamparo (Blatt & Homann, 1992; Campos, 2000a, 2009). Investigações realizadas posteriormente (Blatt et al., 1995; Rude & Burnham, 1995), identificaram dois subfactores do fator dependência: a necessidade e o contato. A necessidade é considerada desadaptativa, referindo-se a preocupações excessivas, medos face a relações interpessoais, a sentimentos de desamparo, de separação e rejeição. O segundo subfator é considerado adaptativo e diz respeito a preocupações sobre perdas quanto a relações interpessoais significativas para o sujeito, sendo que não são devastadoras (Blatt et al., 1995; Rude & Burnham, 1995). O fator II, designado por Autocriticismo, é uma dimensão mais interna e os seus itens relacionam-se com preocupações como o sentimento de culpa, o vazio interno, a desesperança, a insegurança e a insatisfação por não estar à altura das expectativas e dos objetivos,

revelando tendência a assumir a culpa, a ser crítico de si próprio e a desvalorizar-se (Blatt & Homann, 1992; Campos, 2000a, 2000b, 2009). O fator III denomina-se Eficácia e envolve itens que refletem as capacidades e recursos do próprio, o sentimento de possuir força interior, de ser capaz de assumir responsabilidades, de sentir-se independente, orgulhoso e satisfeito com as suas próprias realizações (Blatt et al., 1976). Sujeitos com pontuação elevada neste fator caracterizam-se por possuir uma orientação para objetivos e sentimentos de realização pessoal (Blatt & Hoffman, 1992).

No presente estudo, para avaliar o estilo anaclítico foi usada o subfactor de necessidade, que avalia uma dimensão desadaptativa do fator dependência e para o estilo introjetivo foi usada a escala de autocriticismo (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1979; Campos, 2000b, 2009).

Exemplos de itens do QED são: *Coloco os meus padrões e objetivos pessoais tão alto quanto possível* (item 1 - fator III); *Quando estou intimamente envolvido(a) com alguém, nunca sinto ciúmes* (item 5 - fator III); *Frequentemente, acho que não vivo de acordo com os meus próprios modelos ou ideais* (item 7 - fator I); *Muitas vezes sinto-me desamparado/a* (item 11 - I); *Gosto de competição cerrada com os outros* (item 14 - fator I); *É importante para a minha família que eu tenha sucesso* (item 29 - fator III); *A raiva assusta-me* (item 46 - fator II).

Cada um dos 66 itens é utilizado para calcular os resultados nas três escalas, conforme o peso de cada item em cada um dos fatores referidos (Campos, 2000a).

No estudo com a versão original (Blatt, D'Afflitti et al., 1979), a consistência interna das três escalas parece adequada com valores alfa de Cronbach entre 0,72 e 0,83 e, também no estudo de replicação realizado mais tarde (Zuroff, Quinlan et al., 1990), estando os valores entre 0,69 e 0,80. No entanto, alguns autores apresentam resultados de consistência interna fracos (Baker, Nennyer & Barris, 1997). Os resultados empíricos suportam a ideia de que as escalas do QED parecem medir constructos que são traços da personalidade estáveis não afetados por estados depressivos em populações não clínicas, apoiando a conceptualização de Blatt, de que as dimensões anaclítica e introjectiva são características de personalidades estáveis (Campos, 2000a).

Este questionário foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Campos (2000a, 2009). No estudo de adaptação do QED, no qual participaram estudantes universitários de ambos os sexos, verificou-se uma independência entre os dois constructos, autocriticismo e dependência. As três escalas demonstram uma boa

consistência interna avaliada através do valor do alfa de Cronbach para o sexo feminino: .77 para a escala de Dependência, .79 para a escala de Autocriticismo e de .70 para a escala de Eficácia, como para o sexo masculino: .82 para a escala de Dependência, .78 para a escala de o Autocriticismo e de .71 para a escala de Eficácia (Campos, 2000a). Na presente amostra os valores de alfa de Cronbach para a escala de Necessidade foi .72 e para a escala de autocriticismo foi de .76.

*A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D; Radloff, 1977).* A CES-D é um questionário autoaplicável que permite avaliar sintomas depressivos no período de uma semana antes à avaliação. Este instrumento avalia a sintomatologia depressiva, assumindo a ideia de um contínuo entre o funcionamento normal e as formas graves de depressão. Os sintomas distribuem-se por quatro fatores gerais: afeto depressivo, afeto positivo, atividade somática e relações interpessoais (Silveira & Jorge, 1998). Neste questionário de 20 itens, os resultados variam entre 0 e 60, sendo que resultados elevados indicam níveis de depressão mais grave. A CES-D é adequado para ser aplicado a adultos da população geral. É pedido aos sujeitos que indiquem a frequência com que experimentaram cada um dos 20 sintomas de depressão durante a última semana numa escala de Likert, variando de 0-3: 0 (nunca ou muito raramente - menos de 1 dia), 1 (ocasionalmente - 1 ou 2 dias), 2 (com alguma frequência - 3 ou 4 dias), e, 3 (com muita frequência ou sempre - 5 ou 7 dias).

Esta escala apresenta níveis aceitáveis de consistência interna, fiabilidade e validade (Radloff, 1977), tendo sido adaptada para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2003, 2004). A versão portuguesa apresenta igualmente boas características psicométricas. Os valores de Cronbach variaram entre 0,87 e 0,92 em diferentes amostras. Na presente amostra, os valores de alfa de Cronbach foram, no primeiro momento do estudo, de .88 e, no segundo momento, de .85.

*O Inventário de Necessidades dos Objectos do Self (SONI) (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005; Mesquita, 2013).* O SONI é uma escala de autorrelato que permite avaliar as necessidades de objectos do Self de espelhamento, de idealização e de twinship e a negação da necessidade de espelhamento e negação da necessidade de idealização/twinship (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005). Ao responder ao SONI, o sujeito avalia o grau em que cada item o descreve numa escala de 7 pontos, de "completamente em desacordo" (1) a "completamente em acordo" (7). É constituída

por 38 itens: 8 itens para o fator 1 - necessidade de twinship (e.g. *Para mim é importante sentir que eu e um amigo chegado estamos” no mesmo barco”*; *Sinto-me mais forte quando pessoas em meu redor estão a lidar com problemas idênticos*; *Procuro pessoas que partilhem dos meus valores, opiniões e actividades*); 11 itens para o fator 2 - negação da necessidade de idealização e twinship (e.g. *Não me envolvo com pessoas que tenham problemas idênticos aos meus*; *Tenho dificuldade em aceitar orientações, mesmo das pessoas que respeito*; *Prefiro não ser amigo/a de pessoas que são demasiado idênticas a mim*); 7 itens para o fator 3 - necessidade de idealização (e.g. *A ligação a pessoas de sucesso faz-me sentir também uma pessoa de sucesso*; *Sinto-me melhor comigo mesmo/a quando estou na companhia de peritos*; *Para mim é importante pertencer a grupos com elevado estatuto social e com “glamour”*); 6 itens para o fator 4 - necessidade de espelhamento (e.g. *Para me sentir bem sucedido/a, eu necessito do reforço e aprovação por parte dos outros*; *Sinto-me magoado/a quando os meus sucessos não são suficientemente admirados*; *Não funciono bem em situações em que recebo muito pouca atenção*) e 6 itens para o fator 5 - negação da necessidade de espelhamento (e.g. *Não tenho necessidade de ser encorajado e apoiado por outros*; *Quando faço algo, não necessito do reconhecimento dos outros*; *Não necessito do elogio dos outros*).

Banai, Mikulincer e Shaver (2005) consideram que os resultados que obtiveram com diferentes amostras mostram que o instrumento operacionaliza bem a teoria de Kohut acerca das *necessidades de objetos do Self* e mostram que o SONI apresenta boas qualidades psicométricas, incluindo consistência interna, precisão teste reteste e validade convergente e discriminante. Os coeficientes de alfa de Cronbach para as cinco escalas / fatores foram aceitáveis, variando entre 0,79 e 0,91, o que indica uma consistência interna adequada. Na versão traduzida para a população portuguesa, os valores variaram entre 0.65 e 0.83 (Mesquita, 2011). No presente estudo os alfas para as cinco escalas variaram entre 0,49 e 0,84, revelando uma consistência interna fraca para os fatores 3 (0.68), 4 (0.49) e 5 (0.59) e aceitável para os fatores 1 (0.83) e 2 (0.84). Contudo, o alfa de Cronbach foi de 0,82 para o instrumento SONI, baseado nos 38 itens, revelando boa consistência interna.

O *Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto* (QCS-R; Osman et al., 2001). O QCS-R, destinado a adolescentes e adultos, é um instrumento de autorrelato que permite avaliar pensamentos e comportamentos suicidas, isto é, permite avaliar a suicidalidade através de quatro itens relativos à presença de

ideação/tentativa de suicídio, ideação recente, intenção suicida e probabilidade futura de cometer suicídio (Osman et al., 2001; Campos, Besser e Blatt, 2013). Os itens são: "Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?"; "Com que frequência pensou matar-se no último ano?"; "Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?"; e, " Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?" (veja-se Anderson, 2007; Osman et al.,2001; Campos, Besser & Blatt, 2013). Os resultados podem variar entre 5 e 19 pontos. O questionário foi desenvolvido para ser uma ferramenta eficaz de investigação entre grupos clínicos e não-clínicos. A consistência interna, a precisão teste-reteste e a validade concorrente deste instrumento são adequadas (Osman et al., 2001), apresentando valores de alfa de Cronbach que variam entre 0,76 e 0,88 (Osman et al., 2001). A versão portuguesa (Campos, Besser & Blatt, 2013) apresenta boas características psicométricas. No presente estudo o alfa de *Cronbach* foi de .71.

#### **4.3. Estratégia de análise de dados**

Inicialmente, foram testadas possíveis associações entre diversas variáveis sociodemográficas e a suicidalidade. As variáveis sociodemográficas consideradas foram: sexo, idade, situação profissional (empregado/desempregado), escolaridade, estado civil, se tem alguma doença crónica, se já foi ao psicólogo ou ao psiquiatra, se tem alguma doença psiquiátrica e se já consumiu algum tipo de droga (veja-se Tabela 1). Os valores das correlações entre as variáveis em estudo e a suicidalidade foram também obtidos no sentido de identificar possíveis associações significativas (veja-se Tabela 2).

No sentido de testar o contributo das variáveis estilos de personalidade e objetos do Self na suicidalidade foi utilizada a técnica estatística multivariada de Análise de Regressão Linear Múltipla Hierárquica. Num primeiro passo, foram introduzidas as variáveis sociodemográficas significativas, num segundo passo foi introduzida a sintomatologia depressiva (no sentido de controlar o seu efeito), no terceiro os estilos de personalidade anaclítico e introjetivos, no quarto passo foram introduzidas as variáveis relativas aos objetos do Self e num quinto passo foram introduzidos os termos de interação (veja-se Aiken & West, 1991), de cada uma dos estilos com as variáveis relativas aos objetos do Self. As variáveis foram estandardizadas antes do cálculo dos termos de interação.

Examinámos a normalidade dos resíduos através do teste de Kolmogorov-Smirnov Z. Os resultados indicam que as distribuições de resíduos foram relativamente normais (valores de  $p > .05$ ). A homocedasticidade foi confirmada através do scatterplot. Também examinámos a multicolinearidade entre as variáveis. Os valores próprios (*eigenvalues*), os *condition index* juntamente com os *variance inflation factors* (VIF) e os valores de tolerância, indicaram a ausência de multicolinearidade.



## Capítulo 5: Resultados

### 5.1. Análise preliminar

Calcularam-se as correlações entre a variável suicidalidade e as variáveis sociodemográficas sexo, idade, situação profissional (empregado/desempregado), escolaridade, estado civil, se tem alguma doença crónica, se já foi ao psicólogo ou ao psiquiatra, se tem alguma doença psiquiátrica e se já consumiu algum tipo de droga. Verificou-se que ter uma doença crónica ( $r = .25, p < .001$ ) ter ido ao psicólogo ou psiquiatria ( $r = .15, p < .05$ ) e ter uma doença psiquiátrica ( $r = .28, p < .001$ ) se relacionam com a suicidalidade. Os valores das correlações entre as variáveis em estudo e a suicidalidade encontram-se na Tabela 2.

### 5.2. Análise da Regressão múltipla hierárquica

Os resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla Hierárquica encontram-se resumidos na Tabela 3. No passo 1, verificou-se que ter uma doença crónica ( $\beta = .18, p < .01$ ) e ter uma doença psiquiátrica ( $\beta = .23, p < .001$ ) se relacionam com a suicidalidade. No passo 2, a variável adicionada, sintomatologia depressiva, proporciona um incremento na variância significativo de 8% e relaciona-se com a suicidalidade de forma significativa ( $\beta = .30, p < .001$ ). No passo 3, a variável autocrítica relacionou-se significativamente com a suicidalidade ( $\beta = .26, p < .01$ ). O incremento na variância foi de 4%, e é estatisticamente significativo. No passo 4, apenas a variável twinship teve uma relação com a suicidalidade ainda que apenas tendencialmente significativo ( $\beta = .16, p < .10$ ). O incremento na variância não foi significativo. Finalmente no passo 5, a interação Autocrítica X Twinship foi significativa na previsão da suicidalidade ( $\beta = .27, p < .01$ ). O incremento na variância foi de 8%, estatisticamente significativo.

Como se pode verificar na Figura 1, níveis elevados de necessidade de twinship interagem com o autocrítica na relação com a suicidalidade. Níveis elevados de autocrítica constituem um fator de risco para a suicidalidade independentemente do nível de twinship. Níveis elevados de twinship tendem a associar-se à suicidalidade apenas em indivíduos com baixos níveis de autocrítica.

**Tabela 2. Correlações bi-variadas entre as variáveis em estudo**

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	M	SD
<i>Estilos de Personalidade</i>											
1. Autocriticismo	—									-,43	1,00
2. Necessidade	.44***	—								,12	,83
<i>Sintomatologia depressiva</i>											
3. Total na CES-D	.61**	.30**	—							18,46	10,44
<i>Suicidalidade</i>											
4. QCS-R	.37**	.14	.35**	—						4,68	2,26
<i>Objetos do Self</i>											
5. Necessidades de Espelhamento	.30**	.30**	.11	.10	—					23,78	5,75
6. Necessidades Twinship	.03	-.06	-.11	.09	.52**	—				31,80	10,55
7. Necessidades de Idealização	.37**	.27**	.11	.09	.50**	.45**	—			23,06	7,52
8. Negação das Necessidades de Idealização e Twinship	.54**	.35**	.38**	.15*	.16*	-.16*	.36**	—		29,60	12,14
9. Negação das Necessidades de Espelhamento	.10	-.27**	.09	-.001	-.12	-.06	-.04	.26**	—	20,25	6,57

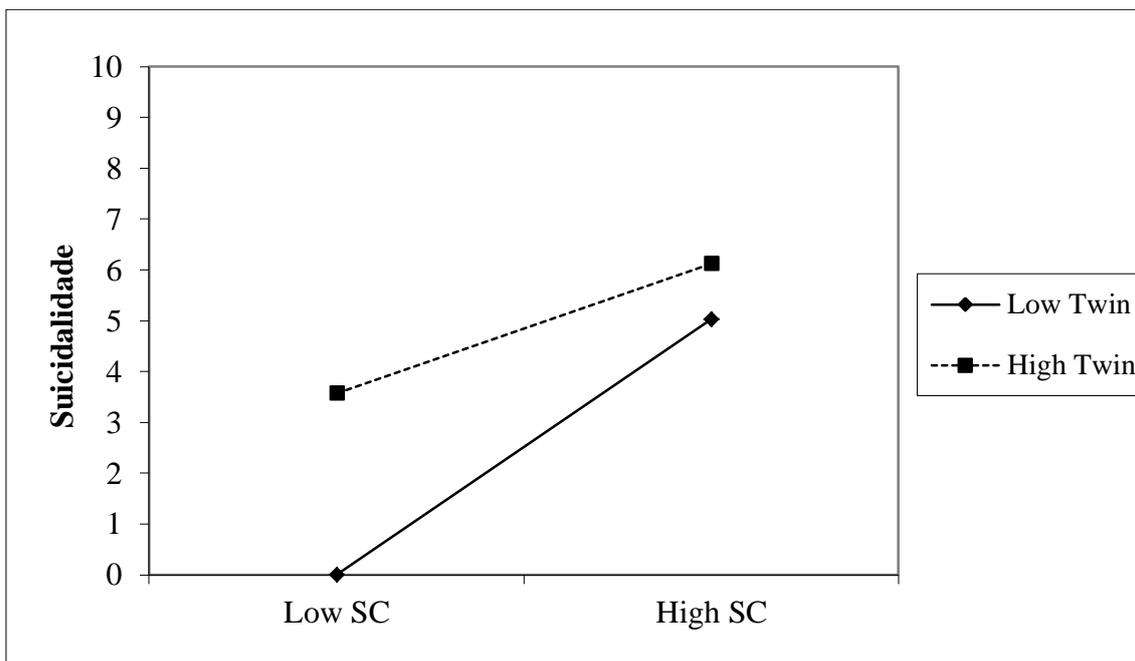
Nota. N = 195. \* $p < .05$ , two-tailed. \*\* $p < .01$ , two-tailed. \*\*\* $p < .001$ , two-tailed.

**Tabela 3. Regressão múltipla hierárquica multivariada da suicidalidade**

Preditores	$R^2$	$\Delta R^2$	B	SE B	$\beta$	$t/F$	$d$	Overall $F$	$Df$
<b>Passo 1</b>	.12					6.54 ***		8.49 ***	3,192
Doença crónica			.97	.37	.18	2.63 **	0.38		
Ter ido ao psicólogo			.41	.34	.08	1.19			
Doença psiquiátrica			2.74	.85	.23	3.24 ***	0.47		
<b>Passo 2</b>	.20	+8%				19.51 ***		11.87 ***	4,191
Sintomatologia depressiva			.06	.01	.30	4.42 ***	0.64		
<b>Passo 3</b>	.24	+4%				4.72 **		9.80 ***	6,189
Necessidade			-.11	.16	-.05	0.69			
Auto-criticismo			.59	.20	.26	3.05 **	0.44		
<b>Passo 4</b>	.26	+2%				.92		5.75 ***	11,184
Espelho			-.12	.19	-.05	-.61			
Idealização			-.20	.20	-.09	-1.00			
Twinship			.344	.20	.16	1.77 +	0.26		
Negação Espelho			-.19	.17	-.08	-1,13			
Negação idealização / twinship			.10	.20	.05	.52			
<b>Passo 5<sup>a</sup></b>	.34	+8%				1.99 *		4.13 ***	21,174
Auto-criticismo X twinship			.62	.23	.27	2.68 **	0.41		

Nota:  $N = 93$ ;  $\Delta R^2 =$  incremento em  $R^2$ ;  $t =$  valor de  $t$  associado a  $\beta$ ;  $F =$  valor de  $F$  associado ao incremento em  $R^2$ ;  $d =$   $d$  de Cohen.  
 $+ p < .10$  \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .005$ . \*\*\*\* $p < .001$  (two-tailed). <sup>a</sup> Só se incluíram os termos com valores significativos.

Figura 1. *Interação entre autocrítico e twinship na previsão da suicidalidade*



## Capítulo 6: Discussão

O presente estudo teve como objetivo verificar da existência de uma relação entre estilos de personalidade e suicidalidade e as necessidades de objetos do Self identificadas por Kohut (1971, 1984), nomeadamente as necessidades de espelhamento, de twinship e de idealização e o evitamento das necessidades de espelhamento e idealização/twinship (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005) e a suicidalidade e, se os objetos do self moderam a relação entre estilos de personalidade definidos na teoria de Blatt (2008) e a suicidalidade. Pretendeu-se verificar se a variável moderadora - objetos do self - alterava a relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade, ou seja de que forma a preferência por determinadas necessidades de objetos do self influencia a relação entre estilos de personalidade e suicidalidade. Tratou-se de um estudo longitudinal, em que no primeiro momento de recolha de dados se avaliou os estilos de personalidade, a depressão e os objetos do self e, no segundo momento, a suicidalidade. Foi utilizada a metodologia estatística da Análise da Regressão Linear Múltipla Hierárquica.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificou-se que apenas a variável ter uma doença crónica e ter uma doença psiquiátrica se relacionaram com a suicidalidade, mesmo quando se controla o efeito da outra variável. A suicidalidade, designadamente as tentativas de suicídio, a ideação suicida, os planos suicidas e o próprio suicídio, dependem da interação de diversos fatores dos quais, por exemplo, as doenças crónicas e psiquiátricas, particularmente, a depressão (Chachamovich, Stefanello, Botega, & Turecki, 2009). A suicidalidade é o resultado de uma combinação de fatores de risco individuais, aliados à influência de eventos desencadeadores de stress e das características da vida do sujeito naquele determinado momento da vida do indivíduo. As doenças mentais, especialmente se associadas com fatores como a desesperança, a impulsividade e a agressividade, constituem um preditor do suicídio (Nery-Fernandes & Miranda-Scippa, 2013). Alguns estudos indicam que a maior parte dos sujeitos com tendências suicidas, apresentam um diagnóstico psiquiátrico, nomeadamente de perturbação da personalidade (Chachamovich, Stefanello, Botega, & Turecki, 2009). O suicídio é geralmente visto como uma complicação das doenças psiquiátricas. Mais de 90% dos sujeitos vítimas de suicídio ou comportamento suicidário apresentam uma patologia psiquiátrica diagnosticável, assim como a maioria das pessoas que tentam suicídio (Nery-

Fernandes & Miranda-Scippa, 2013). Por outro lado, verifica-se que existem elevados níveis de depressão em casos de doenças crônicas, como doenças cancerígenas com mau prognóstico e que resultam num declínio da função física, em dor, delírio, fadiga, exaustão, falta de esperança, sensação de desamparo e deficiente apoio social (Fanger, et al., 2010). O sofrimento resultante pode levar a um aumento do risco de suicídio. Contudo, é por vezes difícil diagnosticar os sintomas de depressão que podem ser subestimados, aumentando o risco de suicídio, dado que não são tratados. Isto pode acontecer pela falta de motivação dos sujeitos na aderência de tratamentos e no reconhecimento do problema (Fanger, et al., 2010).

De acordo com os nossos resultados, a depressão, por si só, explica uma grande parte da variância da suicidalidade, ou seja, constituindo-se como um importante fator preditor. A relação entre depressão e o suicídio é forte e o comportamento suicida é frequentemente considerado como um sintoma característico da depressão (Corrêa & Barrero, 2006; Vieira & Coutinho, 2008). Os sintomas depressivos que estão mais associados à suicidalidade costumam dizer respeito à baixa autoestima, aos sentimentos de desesperança e à incapacidade de resolver problemas, que conduzem a sentimentos de inutilidade e desespero. A depressão conduz a uma qualidade de vida inferior, a menor produtividade e capacitação social do sujeito, aumentando, desta forma, os sentimentos de inutilidade (Ballone, 2003). Estes acontecimentos que conduzem à depressão, estão cada vez mais presentes em todas as idades, sexos, classes socioeconómicas e culturas. A depressão associa-se a uma inibição global do indivíduo, afetando a sua mente, a forma como se vê e como vê o mundo e a realidade (Coutinho, 2005). É um estado que compromete o sujeito globalmente (Camon, 2001), acabando por se refletir nas suas relações interpessoais (Coutinho & Saldanha, 2005, Vieira & Coutinho, 2008).

Segundo Coimbra de Matos (2001), a depressão resulta da negação das partes más do objeto e da idealização das partes boas, não permitindo ao sujeito afastar-se do objeto. Na personalidade depressiva, o objeto é um prolongamento do Self, daí que a sua perda se torne tão dolorosa. O sujeito depressivo e em risco de suicídio pode apresentar uma negação da realidade das perdas objetivas e narcísicas, da realidade de uma autoavaliação negativa, da dependência e também, da realidade da passagem do tempo, uma vez que permanece sempre na esperança de voltar a ser amado. O sujeito considera que sofrer lhe poderá trazer recompensa do amor do objeto no futuro ou mesmo após a morte. É neste contexto que pode ocorrer o

suicídio, mostrando o sujeito anteriormente ao ato, boa disposição e alegria, por considerar que renunciou ao prazer de viver e triunfar pela aceitação da derrota, esperando ser lembrado no amor saudoso e eterno do objeto.

Pode, também, recorrer ao suicídio para mostrar que morreu a lutar, isto é, que não conseguiu realizar o seu sonho devido à morte que aconteceu cedo de mais. Este sujeito mata-se de forma consciente ou inconsciente, mas de forma que não saibam que se suicidou (Coimbra de Matos, 2001). E o suicídio acontece porque reconheceu a realidade aquém do desejado e não aceitou o insight, sobre a vergonha e a humilhação sentida. Uma outra perspectiva para explicar o suicídio no deprimido está relacionada com o reconhecimento dos insucessos constantes e excessivo sofrimento, que levam o sujeito a querer pôr termo à vida. Assim, o sujeito considera que pode obter o amor total e eterno do objeto, sem quaisquer recriminação, acusação, inibição e traição.

Do ponto de vista psicanalítico, pode dizer-se que o suicídio pode acontecer por vulnerabilidade narcísica; por intolerância à dor da perda e do abandono; e, por impossibilidade de aguentar o orgulho ferido e a destruição da onnipotência.

De uma forma geral, o sujeito deprimido vive na ilusão daquilo que perdeu, mas que podia ter ganho, pelo que o suicídio pode surgir como uma saída "de alívio", onde o sujeito sente que pode ser reconhecido quando não o conseguiu ser em vida. Isto acontece porque existe uma afeição excessiva aos objetos da infância que resulta numa fixação-regressão infantil, levando o sujeito a resistir à mudança, e uma dificuldade em investir em novos objetos (Coimbra de Matos, 2001). Pode-se considerar ainda na depressão e no risco de suicídio, para além de uma relação com um objeto idealizado, a relação com um mau objeto interno. A relação com o objeto é de conflito, rejeitante, malévola e agressiva. Contudo, o sujeito não vive sem relação objetual, sem amparo, proteção e amor, pelo que é levado a negar as propriedades más do objeto. Estas propriedades podem ser simplesmente recalcadas; podem ser introjetadas pelo sujeito que se identifica ao seu objeto, considerando-se a si o mau; podem ser projetadas para uma terceira pessoa, fora da relação; e, pode dar-se uma má clivagem ou não integração do EU e do objeto, dando-se um desconhecimento das componentes más de si e do objeto. Neste sentido, o suicídio pode resultar da depressão, nomeadamente da não aceitação do sofrimento na impossibilidade da revolta e, da atitude narcísica, rejeitante, dominadora e castrante do objeto (Coimbra de Matos, 2001).

Winnicott (1971) defende que uma relação adaptativa e saudável com a mãe é essencial ao desenvolvimento saudável dos sujeitos e à organização do ego. Na sua perspectiva, a depressão e o possível suicídio pode resultar da falência do self verdadeiro ou do falso self que o sujeito desenvolve, quando as relações de vinculação não são adaptativas. O suicídio pode ser visto, também, como uma resposta para o desprazer, para lidar com a impotência, o ambiente hostil, a dor psíquica e o desamparo, que geram insegurança no sujeito (Fensterseifer & Werlang, 2006).

Nas depressões podem predominar sentimentos negativos em relação a si mesmo e em função da sua história pessoal, das vivências e projetos de vida que não se realizaram. A perda do objeto afeta e altera a subjetividade do sujeito, alterando a forma como olha para si, provocando um empobrecimento do ego e intensificando as angústias sentidas. O sujeito deprimido vive numa ilusão acreditando que está a ser amado por alguém mesmo quando não está, e experiencia frequentemente desilusões, onde exhibe incertezas e um vazio de um ego que é dominado por objetos internos escassos. Esta angústia sentida, leva o sujeito a deixar de investir em si mesmo, mostra a falta de coesão e estabilidade e o medo da perda que se volta para o passado. Esta perda remete para lutos não elaborados e para uma repetição de padrões de vinculação insegura e, uma enorme necessidade de ser amado e admirado. A identidade do sujeito depende do julgamento dos outros uma vez que não foi possível introjetar uma função especular própria, sendo por isso, importante espelhar-se nos outros e imitá-los. Estes sujeitos tendem a desenvolver sentimentos de culpa e de intolerância à perda, podendo mobilizar comportamentos agressivos contra outros ou contra si mesmo (Ainsworth, 1969; Brandão, 2002; Ramos, 2010; Trevisan, 2004).

Note-se também que os comportamentos impulsivos têm vindo a destacar-se enquanto mediadores ou moderadores na relação entre doenças psiquiátricas e suicídio, nomeadamente entre depressão e suicídio (Chachamovich, Stefanello, Botega, & Turecki, 2009). Solomon (2002) considera que o suicídio pode ocorrer por impulsividade para expulsar a dor; como forma de dominar a dor e encontrar alívio no consolo pela morte; e, por fim, que este pode ainda acontecer de forma planeada e racional. Planejar a morte pode proporcionar o sentimento de controlo sobre a vida, como resposta ao desinvestimento social (Lépargneur, 2004). As relações disfuncionais vivenciadas na infância são consideradas um fator de risco para o

sujeito, que o podem conduzir à depressão e ao risco de suicídio (Chachamovich, Stefanello, Botega, & Turecki, 2009).

De acordo com os resultados dos estilos de personalidade propostos por Blatt (2008), apenas o estilo introjetivo ou autocrítico contribui para a suicidalidade. A personalidade introjetiva ou autocrítica foca-se na preocupação com o poder, na competição e comparação social, medo da rejeição e vergonha e envolve a construção de relações marcadas pela competição pelos recursos, ganho e manutenção de estatuto social, submissão aos que têm estatuto mais elevado e competição para obter papéis que deseja. O sujeito introjetivo vive a vergonha como uma emoção fundamental na relação consigo mesmo e com os outros, que tem influência na autoestima, que se mede na diferença entre o que sente o ego sobre o ideal e na percepção que o sujeito tem sobre a estima dos outros por si e a sua própria autopercepção. O ego sente uma insuficiência diante daquilo que é sentido como ideal, desprotegendo-o e condenando-o a não alcançar o seu próprio ideal. Vergonha é, então, a tomada de consciência da inadequação do ego em relação ao ideal (Ferreira, 2001). A vergonha que o sujeito pode sentir, depende das crenças e valores na cultura na qual está inserido, da mesma forma que a vergonha é valorizada de forma distinta em diferentes culturas. Nas culturas em que é sobrevalorizada, a taxa de suicídio é maior (Wiklander, 2012). A vergonha constitui, por si só, um fator preditor da suicidalidade, que aumenta quando associada a sentimentos de desesperança, uma vez que o suicídio é considerado pelo sujeito como uma forma de evitar a vergonha e de encarar o fracasso sentido (Bryan, Ray-Sannerud, Morrow & Etienne, 2013b; Rudd, 2006).

O autocrítico é um bom preditor de sofrimento psicológico, encontrando-se relacionado a diversas perturbações na idade adulta, particularmente à depressão (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004). Quando as características da personalidade introjetiva são acentuadas, a vulnerabilidade para a psicopatologia, nomeadamente para a depressão, aumenta, uma vez que o sujeito autocrítico pode sentir-se derrotado, inferior, subordinado, rejeitado e/ou humilhado. Estes sentimentos, podem levar o sujeito a desenvolver estratégias defensivas, das quais a agressão, a fuga, o evitamento, a inibição, o isolamento e/ou a submissão são exemplos (Castilho, Gouveia & Bento, s.d.). Estas estratégias podem ser consequentes da depressão e/ou podem ser fatores determinantes para acentuar a mesma, uma vez que, por exemplo, no isolamento, o sujeito deixa de tentar resolver

os seus problemas, afastando-se das pessoas significativas para si e daquelas que o poderão auxiliar, passando a ser excluído e a ter menos oportunidades, aumentando a rejeição por parte dos outros (Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos, & Ordaz, 2000). Outros estudos (Chachamovich, Stefanello, Botega, & Turecki, 2009), por exemplo, indicam que o aumento de impulsividade e comportamento agressivo possuem um papel de destaque na mediação entre doença mental e suicídio. Impulsividade e agressividade podem constituir, de fato, o elo causal entre depressão maior e suicídio. O estilo introjetivo ou de autocrítica é caracterizado por tentativas para estabelecer e manter um sentido de Self. Os indivíduos com este estilo tendem a sentir-se subordinados e inferiores aos outros e a desenvolver relações interpessoais pobres (Mongrain, Vettese, Shuster, & Kendal, 1998). São dominados por sentimentos de desvalorização, de culpa e depreciação, especialmente quando não atingem as suas realizações pessoais, estando constantemente a usar mecanismos compensatórios para neutralizar estes sentimentos que lhes causam sofrimento (Blatt & Zuroff, 1992). São sujeitos hipercríticos em relação a si e aos outros e vivem para serem reconhecidos e valorizados. Estes sujeitos quando submetidos às suas próprias críticas revelam vergonha e têm dificuldades em estabelecer relações de pertença com os outros, o que pode explicar a vulnerabilidade à depressão (Castilho, Gouveia & Bento, s.d.). Os sentimentos de autocrítica e autoescrutínio, de fracassos e culpa, colocam estes indivíduos em risco de fazerem tentativas de suicídio graves (Blatt, 1974; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Campos, Besser & Blatt, 2012; Faza & Page, 2003). Apesar das tentativas constantes em serem reconhecidos e admirados, os introjetivos sentem constantemente um descontentamento em relação a si (Blatt, 1974; Blatt & Maroudas, 1992; Blatt & Shichman, 1983). Consequentemente, podem ter comportamentos impulsivos e agressivos (Blatt, 2008; Campos, 2003) e, podem desenvolver uma depressão de autocrítica, que por sua vez, os pode conduzir a comportamentos agressivos em relação a si ou aos outros (Blatt & Zuroff, 1992). O perfeccionismo intenso que experienciam e a severa autocrítica são também fortes preditores da depressão e da suicidalidade (Blatt, 1995b).

O presente estudo mostrou que apenas a necessidade de objectos do Self de tipo twinship apresentou relação com a suicidalidade, ainda que seja a variável com menor peso preditivo de acordo com os resultados, nomeadamente, em relação às variáveis depressão e autocrítica. Contudo, verificou-se que níveis elevados de necessidade de twinship interagem com o autocrítica na previsão da suicidalidade,

que níveis elevados de autocrítica constituem um fator de risco para a suicidalidade independentemente do nível de twinship e que níveis elevados de twinship tendem a associar-se à suicidalidade apenas em indivíduos com baixos níveis de autocrítica. Isto significa que a variável twinship só tem um peso significativo na previsão da suicidalidade na ausência de características introjetivas importantes na personalidade, isto é, quando existem estas características a necessidade twinship assume pouca importância. Pode-se concluir, então, que de acordo com os resultados os objetos do self twinship têm menor importância na previsão da suicidalidade do que o autocrítica.

De acordo com Kohut, a necessidade excessiva de objetos do self de tipo twinship diz respeito à necessidade de exclusividade do self e à incapacidade que o sujeito tem de permitir a existência de um terceiro, uma vez que poderá perder a exclusividade, levando ao contacto com fragilidades e incapacidades de si mesmo (Mesquita, 2012). Segundo a teoria de Kohut (Kohut & Wolf, 1978; Moreira, 2009; Saraiva, 2010), o suicídio pode ser considerado consequência das perturbações dos objetos do self, ou seja, os pais não garantiram à criança a possibilidade de internalizar bons objetos capazes de responder às necessidades do self, nomeadamente que permitam manter um sentido de suficiência e de autoestima. A falta de atenção dos pais às necessidades da criança, demonstrada pelos seus esforços de exibicionismo, grandiosidade, aprovação e admiração, juntamente com falta de suporte e encorajamento quando a criança se sente inferior, vulnerável e fraca, afetam negativamente o desenvolvimento normal da personalidade da criança. A falta de empatia dos pais faz com que a criança não consiga desenvolver um self coeso (Kohut & Wolf, 1978; Moreira, 2009; Saraiva, 2010). O indivíduo perde as competências para experimentar emoções positivas e o fato de se encontrar constantemente privado de significado, conduz a uma ansiedade desintegradora que, por sua vez, poderá levá-lo ao suicídio, como último esforço do sujeito ser verdadeiro consigo mesmo (Kohut & Wolf, 1978; Kohut, 1984; Moreira, 2009).

Joiner (2005, cit por James, 2009) considera que as pessoas para se suicidarem devem estar deprimidas e desesperadas, devem ter um forte desejo de morrer e devem ter coragem para cometer este acto. Na sua perspectiva, estes sujeitos sentem-se desintegrados, com um sentimento de não pertença e o desejo de deixarem de se sentir um fardo para os outros deve ser superior ao instinto de autopreservação, pois só assim terão coragem de cometer suicídio (James, 2009).

Kohut (1977) enfatiza a ausência de empatia dos pais que poderá resultar num self trágico ou ansiedade de desintegração. Giddens (1971) considera que o suicídio pode resultar da culpa, isto é, da clivagem entre o ego e o superego, e da vergonha, isto é, da clivagem entre o ego e o ideal do ego. Eduardo Sá (2001), por sua vez, considera que o suicídio é uma forma desesperante do sujeito comunicar a dor, ou seja, quando existem comportamentos relacionados com o suicídio isso pode dever-se ao desespero do abandono; por raiva narcísica (impulso para a morte); ruminação obsessiva, em que ninguém consegue ajudar ou compreender; forma de pôr termo à dor; ou para destruir as pessoas que causaram a dor.

### **6.1. Limitações do estudo e direções futuras**

O estudo apresenta algumas limitações. Uma primeira limitação diz respeito ao fato de a amostra ser de conveniência. Apesar de facilitar a recolha de dados, este tipo de amostra não é representativa da população. Acresce que a amostra utilizada é da comunidade e não uma amostra clínica. Outra limitação diz respeito ao fato do tempo entre os dois momentos de recolha de dados ter sido relativamente reduzido, apenas de três meses. Por fim, uma outra limitação prende-se ao fato de todas as medidas utilizadas serem de autorrelato. O ideal teria sido conjugar este tipo de instrumentos com entrevistas para recolher outro tipo de informação. As medidas de autorrelato podem ser influenciadas pela deseabilidade social, mesmo que a resposta aos questionários seja anónima e confidencial. Portanto, em investigações futuras, o ideal seria aumentar o tempo entre as aplicações, utilizar amostras clínicas e instrumentos de avaliação que não apenas de autorrelato.

Apesar das limitações, a presente investigação apresenta aspetos positivos, nomeadamente o facto de o número de participantes do sexo masculino e do sexo feminino ser equilibrado e a mortalidade experimental entre os dois momentos ter sido relativamente baixa. Outra vantagem diz respeito ao fato do estudo ser longitudinal, permitindo uma melhor compreensão da relação entre variáveis em estudo (Fitzgerald, 1986). Outra vantagem de referir no presente estudo, diz respeito ao fato de se terem estudado os objetos do self de acordo com a perspetiva de Kohut (1971, 1984) e estilos de personalidade identificados por Blatt (2008) em simultâneo, dada a escassez de estudos deste género. Este constitui o primeiro estudo que avalia simultaneamente estilos de personalidade e objetos do self na sua relação com a suicidalidade.

## Conclusão

O objetivo deste estudo foi avaliar se os estilos de personalidade anaclítico e introjetivo propostos por Blatt (1990, 2008) se relacionam com a suicidalidade e se esta relação era moderada pelos objetos do Self descritos por Kohut (1971, 1984), especificamente se as necessidades de espelhamento, de twinship e de idealização e a negação das necessidades de espelhamento e idealização/twinship (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005) moderavam a relação entre os estilos de personalidade propostos na teoria de Blatt (2008) e a suicidalidade. O estudo foi de tipo longitudinal, tendo-se num primeiro momento avaliado os estilos de personalidade, a depressão (no sentido de controlar o seu efeito) e os objetos do self e, num segundo momento, a suicidalidade. Foi também avaliado o contributo de um conjunto de variáveis socio-demográficas na previsão da suicidalidade.

O comportamento suicida, independentemente do ponto de vista em que é analisado, está relacionado com o sofrimento. Os principais fatores de risco para o suicídio que têm sido apontados na literatura são, por exemplo, as perturbações mentais (e.g. depressão, alcoolismo, ansiedade), perdas recentes, perda ou ausência das figuras parentais durante a infância, dinâmica familiar conturbada, personalidades com traços de impulsividade e agressividade e perturbações clínicas (e.g. doenças crónicas, incapacitantes e dolorosas) (Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006).

Nesta investigação, verificou-se que a presença de doença crónica e de doença psiquiátrica dão um contributo para a previsão da suicidalidade, devido às características das doenças. A tentativa, ideação, planos ou o próprio ato em si, estão associados a perturbações psiquiátricas e crónicas. Estas doenças devido às suas características, como por exemplo, sofrimento psicológico, tendem a conduzir o indivíduo a desenvolver sentimentos de desesperança e ao comportamento suicidário (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010; Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006; Chachamovich, Stefanello, Botega, & Turecki, 2009).

De acordo com os nossos resultados, a depressão é a variável que maior peso tem na previsão da suicidalidade. A depressão, por si só, constitui um forte fator preditor da suicidalidade (Corrêa & Barrero, 2006; Vieira & Coutinho, 2008) e, está associada a sentimentos negativos, baixa autoestima e perceção de

incapacidade para resolver problemas, provocando sentimentos de inutilidade e desesperança (Coimbra de Matos, 2001). Sintomas depressivos parecem ser decisivos como fator etiológico de ideação suicida e tentativas de suicídio, especialmente em indivíduos que apresentem sintomas como a falta de energia e manifestem evidente humor depressivo (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010; Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006; Chachamovich, Stefanello, Botega, & Turecki, 2009). O risco de suicídio aumenta cerca de vinte vezes em indivíduos que apresentem depressão e é ainda maior o risco em indivíduos com comorbidade com outras perturbações de foro psiquiátrico ou clínico (Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006).

Verificou-se que o estilo introjectivo, mas não o estilo anaclítico se relacionou com a suicidalidade. Este resultado corrobora evidências prévias na literatura sobre o tema. Os indivíduos introjetivos tendem a desvalorizar-se, a sentir culpa e fracasso, mesmo que os seus esforços para serem reconhecidos sejam notórios (Blatt, 1974). Estes sentimentos derivam da avaliação que o sujeito faz do seu comportamento, como inadequado e sobre a avaliação que julga que os outros fazem e o impacto que o seu comportamento poderá ter (Lewis, 2008), pelo que tenta constantemente ser reconhecido e valorizado, de forma a reparar os seus sentimentos de inferioridade (Santos, 2009). A sensação de alívio causada pelos seus esforços permanece por escassos momentos, pelo que a auto-desvalorização se torna um preditor de suicidalidade (Bryan, Ray-Sannerud, Morrow & Etienne, 2013).

Concluiu-se, também, que a necessidade de objetos do self twinship (Banai, Mikulincer & Shaver, 2005) se relacionou com a suicidalidade, e interage com o autocriticismo (Blatt, 2008) na previsão da suicidalidade. A necessidade de twinship está relacionada com a necessidade de pertença, nomeadamente, de pertencer ao outro. Esta necessidade pode ser acentuada pelos laços familiares ou relações interpessoais empobrecidas ou pela baixa autoestima. Quando esta necessidade não é satisfeita, poderão ocorrer perturbações mentais, como ansiedade, depressão e/ou tendências suicidas (Duarte, 2012). Os grupos de pertença e os relacionamentos amorosos têm um papel fundamental no processo de desenvolvimento psicológico e social, pelo que a desilusão amorosa e o isolamento social, podem condicionar o bem estar, estando o indivíduo sujeito à depressão. Esta, por sua vez, atingirá a autoconfiança, conduzindo o indivíduo ao sofrimento psicológico, à insatisfação

constante, à crença de que nada vale a pena e, conseqüentemente, a possíveis tentativas de suicídio. Desta forma, pode-se dizer que o fato do sujeito não se sentir integrado ou pertença de alguém e não ter as suas necessidades emocionais satisfeitas, pode criar condições propensas à ideação suicida e ao suicídio (Ribeiro, Nascimento, & Coutinho, 2010).

Na prática clínica, deve haver maior observação a sujeitos introjetivos devido às suas características, por serem vulneráveis à depressão e, conseqüentemente, ao suicídio. A intervenção deve ser centrada nos sentimentos de culpa e de fracasso, na constante autocritica e insatisfação sentidos por indivíduos com este tipo de personalidade.

É, igualmente, importante ter especial atenção a sujeitos com doença crônica e psiquiátrica e, ainda, com depressão, uma vez que ter estas doenças revelou ser um fator de previsão da suicidalidade. Deve haver um acompanhamento próximo destes sujeitos, que muitas vezes perdem a vontade de viver para acabar com o sofrimento.

Também indivíduos com necessidade do self de twinship têm maior probabilidade de cometer suicídio em relação aos outros, pelo que deve haver avaliação do risco de suicídio por parte do analista. Estes sujeitos apresentam falta de sentimentos de pertença num contexto humano e desordens no self, manifestando relações deficitárias com os seus objetos do self, falta de sentimento de coesão, ausência de sentimento de continuidade no tempo e níveis de autoestima e autoconfiança baixos. Na prática clínica, devido às carências empáticas do meio que os sujeito apresentam, o analista representa um papel fundamental para o estabelecimento saudável de relações futuras do sujeito, mais propriamente, o analista vai permitir que o sujeito obtenha um objeto do self secundário que lhe permita substituir as carências dos seus objetos do self primários por objetos do self mais saudáveis. O analista deve ter em conta as relações afetivas e amorosas destes sujeitos, tal como o seu papel na sociedade, ou seja, se se encontram isolados ou não. Quando estes sujeitos se isolam e sentem desilusões amorosas, tendem a desenvolver depressões, as quais podem levá-los ao suicídio.

A melhor compreensão dos motivos que levam as pessoas a cometerem suicídio pode ajudar os profissionais a avaliar melhor quem está em risco e, tentar encontrar formas de impedir este ato. A terapia pode surgir como uma forma de desencorajar os sujeitos a se suicidarem. No entanto, se os indivíduos não procurarem ajuda, se continuarem a se sentir isolados, fracassados e/ou frustrados, o risco de suicídio continuará elevado.



## Referências bibliográficas

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park: Sage.
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother. *Child Development*, 969-1025.
- Baker, H., & Baker, M. (1987). Heinz Kohut's Self Psychology: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1-9.
- Baker, K., Nenneker, R., & Barris, B. (1997). Cognitive organization in sociotropic and autonomous inpatient depressives. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 279-297.
- Ballone, G. J. (2003). Suicídio na adolescência. Disponível em PsiqWeb: psiquiatria geral, em <http://www.virtualpsy.org/infantil/suicidio.html>
- Banai, E., Mikulincer, M., & Saver, P. (2005). "Selfobject" Needs in Kohut's Self Psychology. *Psychoanalytic Psychology*, 224-260.
- Bertolote, J., Mello-Santos, C., & Botega, N. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 87-95.
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclytic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. (1990). Interpersonal relatedness and selfdefinition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. Singer, *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Blatt, S. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. (1995a). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti, & S. Toth, *Emotion, Cognition and Representation*. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology.
- Blatt, S. (1995b). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Blatt, S. (1997). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *JAPA*, 46, 723-752.
- Blatt, S. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Blatt, S. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Blatt, S., & Blass, R. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 107-127.
- Blatt, S., & Blass, R. (1992). Relatedness and selfdefinition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology and psychotherapy. In J. Barron, M. Eagle, & D. Wolitzky, *Interface of psychoanalysis and psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 339-428.
- Blatt, S., & Blass, R. (1996). Attachment and separateness in the experience of symbiotic relatedness. *Psychoanalytic Quarterly*, 65, 711-746.
- Blatt, S., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-criticism depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- Blatt, S., & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 793-814.
- Blatt, S., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, pp. 157-190.
- Blatt, S., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 187-254.
- Blatt, S., & Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 527-562.
- Blatt, S., Cornell, C., & Eskholl, E. (1993). Personality styles, differential vulnerability and clinical course in immunological and cardiovascular diseases. *Clinical Psychology Review*, 421-450.
- Blatt, S., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 383-389.
- Blatt, S., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1979). Depressive Experiences Questionnaire. Unpublished manual. New Haven, CT: Yale University.
- Blatt, S., Quinlan, D., Chevron, E., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 113-124.
- Blatt, S., Wein, S., Chevron, E., & Quinlan, D. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 388-397.

- Blatt, S., Zohar, A., Quinlan, D., Zuroff, D., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 319-39.
- Botega, N., Werlang, B., Cais, C., & Macedo, M. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37, 213-220.
- Brandão, A. (2002). Psicopatologia: Suicídio. *Sinergia*, 3, 127-132.
- Bryan, C., Ray-Sannerud, B., Morrow, C. & Etienne, N. (2013). Guilt is strongly associated with suicidal ideation among military personnel with direct combat exposure. *Journal of Affective Disorders*, 148, 37-41.
- Bryan, C., Ray-Sannerud, B., Morrow, C. & Etienne, N. (2013b). Shame, Pride, and Suicidal Ideation in military clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 147, 212-216.
- Cal, M. (2006). *O que é Self Objeto?* Obtido em 28 de Dezembro de 2013, de Associação Brasileira para o Estudo da Psicologia Psicanalítica do Self: <http://abepps.org.br/artigo/12092009-o-que-e-self-objeto/>
- Calado, J., Silva, M., Campos, R., Junqueira, D., Sacoto, C., & Keong, A. (2013). Perturbações da personalidade como expressão dimensional da personalidade em mulheres idosas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 288-294.
- Camon, V. A. (2001). *Depressão e psicossomática*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Campos, R. (2000a). Síntese dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. *Análise Psicológica*, 311-318.
- Campos, R. (2000b). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 285-309.
- Campos, R. (2003). Síntese integrativa dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre a psicopatologia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 91-99.
- Campos, R. (2008). Depressão, personalidade e dimensionalidade do fenómeno depressivo. *II Fórum Internacional de Psicologia Clínica*. Lisboa.
- Campos, R. (2009). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Almedina.
- Campos, R., Besser, A., Abreu, H., Parreira, T., & Blatt, S. (2014) Personality vulnerabilities in adolescent suicidality: The mediating role of psychological distress. *Bulleton of the Menerger clinic*, 78(2), 115-139.

- Campos, R., Besser, A., & Blatt, S. (2010). The mediating role of self-criticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(12) 1149-1157.
- Campos, R., Besser, A., & Blatt, S. (2012). Distress Mediates the Association Between Personality Predispositions and Suicidality: A Preliminary Study in a Portuguese Community Sample. *Archives of Suicide Research*, 16(1), 44-58.
- Campos, R., Besser, A., & Blatt, S. (2013). The Portuguese Version of the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ): Results from a Validation Program in Clinical and non Clinical Samples. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-13.
- Campos, R., Besser, A., Ferreira, R., & Blatt, S. (2012). Self-Criticism, neediness, and distress among women undergo breast cancer treatment: A preliminary test of the moderating role of adjustment to illness. *International Journal of Stress Management*, 19(2), 151-174.
- Campos, R. C., Sobrinho, A. T., & Mesquita, C. (2013). Relacionamento, auto-definição e suicídio: Uma breve discussão teórica. In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. A. Gomes (Orgs.), *Livro de Atas - VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 185-189). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Carneiro, L. (1992) A teoria self-objeto e as transferências narcísicas. *Revista Cadernos de Psicoanálisis*, 15 (3 e 4), 119-128.
- Cassorla, R. (1991). Comportamentos suicidas na infância e na adolescência. In R. M. S. Cassorla (Org.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus.
- Cassorla, R. (2004). Suicídio e autodestruição humana. In B. S. G. Werlang, & J. N. Botega (Org.). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Castilho, P., Gouveia, J., & Bento, E. (s.d.). *Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes*. Obtido em 6 de Maio de 2014, de Psychologica: URI:<http://hdl.handle.net/10316.2/3475>
- Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, pp. 395-405.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 518-525.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Corrêa, H., & Barrero, S. P. (2006). *Suicídio: Uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.

- Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2005). *Representações sociais e práticas de pesquisa*. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB.
- Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão infantil: Uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB.
- Cox, B., Fleet, C., & Stein, M. (2004). Self-criticism and social phobia in the U. S. national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82 (2), 227-234.
- D'Abreu, A. & Carneiro, L. (1995) A teoria analítica na Psicologia Psicanalítica do Self. In: Outeiral, J. & Thomaz, T. *Psicanálise Brasileira*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Deretti, L. (2008). A transferência no paciente narcisista. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 212-223.
- Dixon, W., Heppner, P., & Anderson, W. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 51-56.
- Donaldson, D., Sperito, A., & Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 99-111.
- Duarte, V. (2012). Os caminhos de Alice do outro lado do espelho: discursos e percursos na delinquência juvenil feminina. *Perspetiva Online: Ciências Humanas & Sociais Aplicadas*, 18-22.
- Esteves, F., & Galvan, A. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, 127-135.
- Esparbès, S., Sordes-Ader, F., & Tap, P. (1993). Présentation de l'échelle de coping. In *Actes de las Journées du Laboratoire Personnalisation et Changements Sociaux*. St. Crieg: Université de Toulouse – Le-Mirail.
- Etchegoyen, R. (1989). A reação terapêutica negativa. In: *Fundamentos da técnica psicanalítica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 435-40.
- Fanger, P., Azevedo, R., Mauro, M., Lima, D., Gaspar, K., Silva, V., et al. (2010). Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 173-178.
- Fawcett, J., Busch, K., Jacobs, D., Kravitz, H., & Fogg, L. (1997). Suicide: A four-pathway clinical/biochemical model. *Annals of the New York Academic of Sciences*, 288-301.

- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 172–185.
- Fenichel, O. (2000). *Teoria Psicanalítica das Neuroses - Fundamentos e Bases da Doutrina Psicanalítica*. São Paulo: Atheneu Editora.
- Fensterseifer, C., & Werlang, B. S. G. (2006). Comportamentos auto-destrutivos: subprodutos da modernidade. *Psicologia Argumento*, 24(47), 35-41.
- Ferreira, V. (2011). Humilhação e vergonha, um diálogo entre enfoques sistêmicos e psicanalíticos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38, 168-169.
- Gabbard, G.O. (1998). *Psiquiatria psicodinâmica*. (Luciana N. de A. Jorge e Maria Rita Secco Hofmeinter, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Galambos, N., Barker, E., & Krahn, H. (2006). Depression, self-esteem and anger in emerging adulthood: seven-year trajectories. *Developmental Psychology*, 350-365.
- Garma, A. (1984). *A Psicanálise - Teoria, Clínica e Técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, P., DuBrava, S., Suryawanshi, S., et al. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 483-485.
- Giddens, A. (1971). A typology of suicide. In A. Giddens Ed. *The sociology of suicide: A selection of readings*. London: Frank Cass & Co.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 507-516.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional, imagery and compassionate mind training. In P. Gilbert, *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P., Baldwin, M., Irons, C., Baccus, J., & Palmer, M. (2006). Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 183-200.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology*, 31-50.
- Goldblatt, M. (2008). Hostility and suicide: The experience of aggression from within and without. In S. Briggs, A. Lemma, & W. Crouch, *Relating to self-harm and*

- suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. New York, NY: Routledge=Taylor & Francis.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. 1, 33-43). Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 339-348.
- Greenberg, J., & Mitchell, S. (2003). *Relações de Objecto na Teoria Psicanalítica*. Lisboa: Climpis Editores.
- Guilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lonnqvist, J. (2007). Recent life events, Social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65-72.
- Hendin, H. (1981). Psychotherapy and suicide. *American Journal of Psychiatry*, 35, 469-80.
- Hewitt, P. & Flett, G. (1991). Dimensions of Perfectionism in Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- James, W. (2009). El suicidio se puede evitar. *Redes*.
- Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Klomek, A., Orbach, I., Sher, L., Sommerfeld, E., Diller, R., Apter, A., et al. (2008). Quality of Depression among Suicidal Inpatient Youth. *Archives of Suicide Research*, 133–140.
- Klomek, A., Zalsman, G., Apter, A., Meged, S., Har-Even, D., Diller, R., et al. (2007). Self-object differentiation in suicidal adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 8-13.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York Int Univ Press.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kohut, H. (1988). *A análise do self: uma abordagem sistemática do tratamento psicanalítico dos distúrbios narcísicos da personalidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kohut, H. (1989). *Como cura a psicanálise?* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kohut, H. (1997). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.

- Kohut, H., & Wolf, E. (1978). The Disorders of the Self and their Treatment: An Outline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 413-425.
- Kovács, M. (2013). Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 69-82.
- Lamis, D., Malone, P., Langhinrichsen-Rohling, J., & Elis, T. (2010). Body investment, depression and alcohol use as risk factors for suicide proneness in college students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 118-127.
- Lépargneur, H. (2004). A liberdade da pessoa que enfrenta o sofrimento. *Mundo da Saúde*, 28(3), 252-257.
- Lewis, M. (2008). Self-Conscious Emotions. Embarrassment, Pride, Shame, and Guilt. Em M., Lewis, J., Haviland-Jones & L., Barret (Eds), *Handbook of Emotions* (pp. 1-864). New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Loas, G., & Defélice, E. (2012). Absolute and Relative Short-Term Stability of Interpersonal Dependency in Suicide Attempters. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200, 904-907.
- Luyten, P., & Blatt, S. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSMV. *Clinical Psychology Review*, 52-68.
- Luyten, P., Corveleyn, J., & Blatt, S. (2005). The convergence among psychodynamic and cognitive-behavioral theories of depression: A critical overview of empirical research. In J. Corveleyn, P. Luyten, & S. Blatt, *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (107-147). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. et al. (2007). Dependency and Self-Criticism: Relationship with Major Depressive Disorder, Severity of Depression, and Clinical Presentation. *Depression and Anxiety*, 24, 586-596.
- Malone, K., Quinlivan, L., Grant, T., & Killeher, C. (2012). Ageing toward 21 as risk factor young adult suicide in the UK and Ireland: Many young men of twenty said goodbye. *Psychiatric Sciences, First View Article*, 1-5.
- McAdams, D. (1980). A thematic coding system for the intimacy motive. *Journal of Research in Personality*, 413-432.

- McLean, J. (2007). Psychotherapy with a Narcissistic Patient Using Kohut's Self Psychology Model. *Psychiatry (Edgmont)*, 40-47.
- Menninger, K. (1965). *Eros e Thanatos. O homem contra si próprio*. São Paulo: Ibrasa.
- Mesquita, I. (2011). Na senda do narcisismo: do amor do objecto ao objecto de amor, pensando Kohut. (Texto não publicado)
- Mesquita, I. (2013). *Disfarces de Amor - Relacionamentos amorosos e vulnerabilidade narcísica*. Lisboa: Climepsi.
- Mongrain, M., Vettese, L., Shuster, B., & Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect, and behavior in the relationships of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 230-241.
- Moreira, N. (2009). *Sufrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Nepon, J., Belik, S., Bolton, & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety*, 791-798.
- Nery-Fernandes, F., & Miranda-Scippa, A. (2013). Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40, 220-224.
- O'Connor, R. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 698-714.
- O'Connor, R., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 392-401.
- Osman, A., Bagge, C., Gutierrez, P., Konick, L., Kopper, B., & Barrios F. (2001). The suicidal behaviors questionnaire revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443-454.
- Palombo, J. (1985). Depletion states and selfobject disorders. *Clinical Social Work Journal*, 13, 32-49.
- Paykel, E., Prusoff, B., & Myers, J. (1975). Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 327-333.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
- Ramos, M. (2010). Narcisismo e depressão: um ensaio sobre a desilusão. *Estudos de Psicanálise*, 71-78.

- Ribeiro, K., Nascimento, E., & Coutinho, M. (2010). Representação Social da Depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 448-463.
- Rowe, C. (2013). Extending Kohut's concept of selfobject: The undifferentiated selfobject. *Clinical Social Work Journal*, 41, 26-33.
- Rude, S. S., & Burnham, B. L. (1995). Connectedness and neediness: Factors of the DEQ and SAS dependency scales. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 323-340.
- Rudd, M. (2006). Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. Em T., Ellis (Ed.), *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy* (pp. 212-216). American Psychological Association, Washington, DC.
- Sá, E. (2001). Morrer, para quê? *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 127-129.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 139-155.
- Santos, A. (2009). *Diferenças individuais na tendência para a vergonha e culpa: Antecedentes Motivacionais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica social. *Psiquiatria Clínica*, 185-205.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Schestatsky, S. (1998). Comorbidade entre depressão e transtornos de personalidade: Programa de educação continuada. Porto Alegre: Associação Brasileira de Psiquiatria.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da Life Experiences Survey (LES) a população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 49-60.
- Silveira, D., & Jorge, M. (1998). Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão, CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Revista Psiquiatria Clínica*, 25 (5), 251-262.

- Smith, T., O'Keeffe, J., & Jenkins, M. (1988). Dependency and self-criticism: Correlates of depression or moderators of the affects of stressful events? *Journal of Personality Disorders*, 160-169.
- Sobrinho, A., Campos, R., & Mesquita, C. (2013). Acontecimentos de vida negativos e suicidalidade em jovens adultos. *Actas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, (179-187). Aveiro.
- Solomon, A. (2002). *O demônio do meio dia. Uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Tap, P., Costa, E. S., & Alves, M. N. (2004). Escala Toulousiana de Coping (ETC): estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 47-56.
- Tangney, J.P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1989). The Test of Self-Conscious Affect (TOSCA). George Mason University: Fairfax, VA.
- Teasdale, J., & Cox, S. (2001). Dysphoria: self-devaluative and affective components in recovered depressed patients and never depressed controls. *Psychological Medicine*, 1311-1316.
- Trevisan, J. (2004). Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. *Revista de Psiquiatria*, 319-328.
- Troister, T. & Holden, R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 1019–1027.
- Vieira, K., & Coutinho, M. (2008). Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas Por Estudantes de Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 714-728.
- Viglione Jr, D., Philip, A., Clemmey, P., & Camenzulli, L. (1990). The Depressive Experiences Questionnaire: A critical review. *Journal of Personality Assessment*, 52-64.
- Westen, D. (1990). Psychoanalytic approaches to personality. In L. Pervin, *Handbook of personality: theory and research* (pp. 21-65). New York: Guilford Press.
- Wiklander, M. (2012). *Attempted suicide and shame*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. Penguin.
- Yen, S., Shea, M., Pagano, M., Sanislow, C., Grilo, C., McGlashan, T., et al. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Abnormal Psychology*, 375-381.

- Zanatta, D., & Benetti, S. (2012). Representação Mental e Mudança Terapêutica: Uma Contribuição da Perspectiva Psicanalítica da Teoria das Relações Objetais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 93-100.
- Zimerman, D. (1999). Depressões. In: Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica — uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 217-25.
- Zimerman, D. (2004) *Manual de técnica psicanalítica: uma revisão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zuroff, D., & Mongrain, M. (1987). Dependency and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective states. *Journal of Abnormal Psychology*, 14-22.
- Zuroff, D., Moskowitz, D., & Côté, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behavior, and affect: Evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 231-250.
- Zuroff, D., Moskowitz, D., Wielgus, M., Powers, T., & Franko, D. (1983). Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 226-241.
- Zuroff, D., Quinlan, D., & Blatt, S. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55 (1/2), 65-72.
- Zuroff, D., Santor, D., & Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism, and maladjustment. In J. Auerbach, K. Levy, & C. Schaffer, *Relatedness, self-definition and mental representation: Essays in honor of Sidney J. Blatt*. London: Brunner-Routledge.

## **Anexos**



## Anexo A

### QED ©

Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti e Donald Quinlan (1976, 1979)  
Versão portuguesa de Rui C. Campos (2000)

**INSTRUÇÕES:** Em baixo encontra um conjunto de afirmações respeitantes a características e traços pessoais. Leia cada afirmação e decida se concorda ou discorda e em que grau. Se concorda totalmente, faça um círculo à volta do algarismo 7. Se discorda totalmente, faça um círculo à volta do algarismo 1. Se se posiciona algures num ponto intermédio, faça um círculo à volta do algarismo correspondente entre 1 e 7. Se está numa posição totalmente neutra ou indeciso faça um círculo à volta do algarismo 4.

		Discordo totalmente	6	5	4	3	2	1	Concordo totalmente
1-	Coloco os meus padrões e objectivos pessoais tão alto quanto possível	1	2	3	4	5	6	7	
2-	Sem o apoio dos que me são próximos, sentir-me-ia desamparado(a)	1	2	3	4	5	6	7	
3-	Tenho mais tendência a estar saustuído(a) com os meus objectivos e planos actuais, do que em lutar por objectivos mais altos	1	2	3	4	5	6	7	
4-	Algumas vezes sinto-me muito grande, e outras sinto-me muito pequeno(a)	1	2	3	4	5	6	7	
5-	Quando estou intimamente envolvido(a) com alguém, nunca sinto ciúmes	1	2	3	4	5	6	7	
6-	Necessito urgentemente de coisas que só os outros podem proporcionar	1	2	3	4	5	6	7	
7-	Frequentemente, acho que não vivo de acordo com os meus próprios modelos ou ideais	1	2	3	4	5	6	7	
8-	Sinto que estou sempre a usar plenamente as minhas potenciais capacidades	1		4	5	6	7		

© Copyright: Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti e Donald Quinlan, 1979

© Copyright da versão portuguesa: Rui C. Campos, 2009



## Anexo B

Nº .....

**CES-D**

Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu desta maneira **durante a semana passada** fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

Use a seguinte escala:

Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)

Ocasionalmente (1 ou 2 dias)

Com alguma frequência (3 ou 4 dias)

Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

<b>Durante a semana passada:</b>	Nunca ou muito raramente	Ocasional-mente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Senti que não conseguia livrar-me da ansiedade ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Senti que valia tanto como os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Senti-me deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Senti-me confiante no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Senti-me com medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dormi mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Senti-me feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Falei menos do que o costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Senti-me sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Senti prazer ou gosto na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tive ataques de choro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Senti-me triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti falta de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T.Fagulha & B.Gonçalves, FPCE-UL. Versão para estudo. Circulação restrita.



## Anexo C

### QCS-R

(SBQ-R; Osman *et al.*, 2001)

Tradução portuguesa de Rui C. Campos, Sofia Rebelo e Helena Abreu (2011)

**INSTRUÇÃO:** Para cada uma das 4 perguntas, assinale com uma cruz a resposta que melhor se aplica a si. Para cada uma das 4 perguntas escolha apenas uma das respostas.

**1- Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?**

- 1 - Nunca
- 2 - Tive apenas um breve pensamento passageiro
- 3a - Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, mas não o tentei fazer
- 3b - Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, e queria realmente morrer
- 4a - Tentei matar-me, mas não queria morrer
- 4b - Tentei matar-me, e esperava mesmo morrer

**2- Com que frequência pensou matar-se no último ano?**

- 1 - Nunca
- 2 - Raramente (1 vez)
- 3 - Algumas vezes (2 vezes)
- 4 - Frequentemente (3 ou 4 vezes)
- 5 - Muito frequentemente (5 ou mais vezes)

**3- Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?**

- 1 - Não
- 2a - Sim, uma vez, mas não queria realmente morrer
- 2b - Sim, uma vez, e queria realmente morrer
- 3a - Sim, mais do que uma vez, mas não queria fazê-lo
- 3b - Sim, mais do que uma vez, e queria realmente fazê-lo

**4- Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?**

- 0 - Nunca
- 1 - Nenhuma possibilidade
- 2 - Bastante improvável
- 3 - Improvável
- 4 - Provável
- 5 - Bastante provável
- 6 - Muito provável



## Anexo D

### Questionário de necessidades de Objectos do Self

As seguintes afirmações dizem respeito ao que as pessoas procuram nas suas relações sociais, nas relações de intimidade e nas actividades de grupo.

Por favor, para cada uma das afirmações e indique em que medida está de acordo, utilizando a escala.

1. **Sinto-me magoado/a quando os meus sucessos não são suficientemente admirados.**

completamente em desacordo							completamente de acordo	
1	2	3	4	5	6	7		

2. **É importante para mim estar junto de pessoas que estão na mesma situação que eu.**

completamente em desacordo							completamente de acordo	
1	2	3	4	5	6	7		

3. **Quando tenho um problema é-me difícil aceitar sugestões mesmo de pessoas mais experientes.**

completamente em desacordo							completamente de acordo	
1	2	3	4	5	6	7		

4. **A ligação a pessoas de sucesso faz-me sentir também uma pessoa de sucesso.**

completamente em desacordo							completamente de acordo	
1	2	3	4	5	6	7		

5. **Não necessito do elogio dos outros.**

completamente em desacordo							completamente de acordo	
1	2	3	4	5	6	7		

6. **Não me envolvo com pessoas que tenham problemas idênticos aos meus.**

completamente em desacordo							completamente de acordo	
1	2	3	4	5	6	7		

7. **Fico desapontado/a quando o meu trabalho não é apreciado.**

completamente em desacordo							completamente de acordo	
1	2	3	4	5	6	7		

8. **Procuo pessoas que partilhem dos meus valores, opiniões e actividades.**

completamente em desacordo							completamente de acordo	
1	2	3	4	5	6	7		

9. **Tenho dificuldade em aceitar orientações, mesmo das pessoas que respeito.**

completamente em desacordo							completamente de acordo	
1	2	3	4	5	6	7		

10. **Identifico-me com pessoas famosas.**

completamente em desacordo							completamente de acordo	
1	2	3	4	5	6	7		



## Anexo E

### INSTRUÇÕES

Gostaria de pedir a sua colaboração para participar numa investigação sobre a relação entre características de personalidade, estados emocionais e determinadas experiências de vida de indivíduos adultos da comunidade.

A sua tarefa consiste em responder ao pacote de questionários que encontra dentro do envelope. Pode desistir a qualquer momento, se assim o entender.

Deverá responder aos questionários pela ordem apresentada. Após terminar o preenchimento de um questionário e iniciar o outro, por favor não volte atrás, ao questionário anterior.

Leia as instruções de cada um deles, porque são diferentes.

Se tiver alguma dúvida como responder não hesite em perguntar.

Não leve muito tempo com cada questionário, mas ainda assim, não responda apressada e descuidadamente.

Por favor seja sincero nas repostas e sinta-se à vontade uma vez que a resposta aos questionários é estritamente confidencial. Não escreva o seu nome em nenhuma das folhas.

As suas respostas serão tratadas em conjunto com as de outras pessoas, e não individualmente.

Quando terminar volte a colocar os questionários dentro do envelope e feche-o de forma a garantir totalmente a confidencialidade das suas repostas.

**Se está de acordo e aceita participar, por favor rubrique em baixo e depois vire a página e comece a responder.**

Tomei conhecimento das condições desta investigação e aceito participar:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rúbrica \_\_\_\_\_

Muito obrigado pela sua participação!

A mestranda

---