



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Estilos de Personalidade, Coping e Suicidalidade
em adultos da comunidade**

Fátima Isabel Antunes Neves Costa

Orientação: Prof. Doutor 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, Coping e Suicidalidade em adultos da
comunidade**

Fátima Isabel Antunes Neves Costa

Orientador/ a:

Prof. Doutor Rui C. Campos

Setembro de 2014

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo esforço enorme que fizeram para que eu pudesse seguir o meu sonho. Pelo apoio incondicional que recebi da sua parte, mesmo quando estive com os cabelos em pé com mil e uma coisas para fazer e o meu mau-humor me atormentou. Á minha mãe por ter sempre uma palavra amiga para me dar e uns mimos nas alturas mais difíceis, e ao meu pai pelas discussões pragmáticas que tantas vezes tivemos e que pareciam intermináveis, mas que terminavam (quase) sempre com um beijo ou um abraço. Amo-vos mais que tudo!

Á minha grande amiga e irmã Ana Rita Oliveira, por tudo o que passamos juntas durante o nosso percurso académico. Pelas tardes de estudo sempre complementadas por uma pitada de boa disposição e maluquice. Por todas as dificuldades que enfrentamos e alegrias que vivemos em conjunto. Contigo, a vida tornou-se mais fácil.

Ao Professor Rui Campos, por todas as repreensões que apesar de duras me fizeram crescer e chegar ao ponto onde estou hoje. Sem a sua ajuda nada disto tinha sido possível. Pela cumplicidade que se foi desenvolvendo, que proporcionou momentos de muito boa disposição durante as orientações semanais e fora delas.

Á minha avó, que apesar de já não estar entre nós, com certeza me ajudou em momentos de desespero e olhou por mim.

Resumo

“Estilos de Personalidade, Coping e Suicidalidade em adultos da comunidade”

O objetivo desta investigação é testar um modelo de previsão da suicidalidade que postula uma relação entre estilos de personalidade, definidos por Sidney Blatt com a suicidalidade mediada pela depressão e pelo *coping* positivo e negativo. O modelo também pressupõe que os estilos de *coping* positivo e negativo se relacionem com a depressão e com a suicidalidade, e que tenham uma relação indireta com a suicidalidade através da depressão. Neste estudo participaram uma amostra de conveniência com 195 adultos da comunidade, 91 homens e 104 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos de idade. A análise estatística permitiu obter relações diretas e indiretas, sendo as últimas consideradas mais relevantes, foram elas: o auto-criticismo associa-se com a suicidalidade; a necessidade não se associa com a suicidalidade através das estratégias de coping nem da depressão; a depressão avaliada no momento 1 associa-se significativamente à suicidalidade através da depressão avaliada no momento 2.

Palavras-chave: Suicidalidade; Estilos de Personalidade; Estratégias de Coping; Depressão

Abstract

“Personality Styles, Coping Strategies and Suicidality in community adults”

The aim of the present study is to test a mediation model for predicting Suicidality, that postulate the relationship between personality styles anaclitic and introjective according to Sidney’s Blatt model, suicidality and the effect of positive or negative coping strategies and depression in this relationship. A community sample of convenience of 195 adults, 91 man and 104 women, ranging in age from 18 to 65 years old participated in the study. It was possible to achieve direct and indirect relationships. Indirect relationships were the most relevant in our findings. They were the following: introjective personality style had an indirect relation with Suicidality; anaclitic personality styles didn’t had relation with Suicidality towards coping strategies or depression and, depression availed on moment 1 had a significant relation with Suicidality towards depression availed on moment 2.

Key-words: Suicidality; Personality styles; Coping strategies; Depression

Índice

Introdução	1
Parte Teórica	3
Capítulo 1 - Estilos de Personalidade de acordo com o modelo de Sidney Blatt	
1.1 - Personalidade Anaclítica e Personalidade Introjetiva	3
1.2 - Relação entre estilos de personalidade de Sidney Blatt e depressão	7
1.3 - Estilos de Personalidade de Blatt e a suicidalidade	9
Capítulo 2 – Coping, personalidade e suicidalidade	
2.1 – A noção de Coping	11
2.2 - Conceção Toulousiana de Coping	13
2.3 - Coping e estilos de personalidade de Sidney Blatt	17
2.4 - Coping e suicidalidade	19
Parte Empírica	21
Capítulo 3 - Objetivos e Hipóteses	21
Capítulo 4 – Metodologia	25
Capítulo 5 – Resultados.....	35
Capítulo 6 – Discussão	41
Conclusão	47
Referências Bibliográficas	49
Anexos	67
Anexo A – Questionário de Experiências Depressivas	67
Anexo B – Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos	69

Anexo C – Escala Toulousiana de Coping	71
Anexo D – Questionário de Comportamentos Suicidários	73

Introdução

Os comportamentos autolesivos e atos suicidas representam um grave problema de saúde pública. Desde que há registos oficiais de taxas de suicídio em Portugal, este tem-se verificado mais incidente na população idosa e mais marcado na região sul do país (Direção-Geral de Saúde, 2013). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio (WHO, 2013). O número anual de suicídios ronda atualmente o milhão, cerca de metade de todas as mortes violentas registadas no mundo (WHO, 2013). Estima-se que em 2020 este número suba e atinja os 1,5 milhões (WHO, 2013). À escala mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes, constituindo, a 13ª causa de morte, a 3ª no grupo etário dos 15 aos 34 anos e a 2ª nos jovens dos 15 aos 19 anos (WHO, 2013).

Os estilos de *coping*, as vivências dos indivíduos e os atos que advêm da perceção dos indivíduos sobre as situações, estão interligados. É também, importante considerar a vulnerabilidade dos traços de personalidade na vivência do *distress* psicológico e nas estratégias de *coping* utilizadas (Costa & McCare, 1990). Os mecanismos de *coping* funcionam como uma fonte interna de “força” que influencia a reação do indivíduo perante qualquer *stress* percebido, quer seja interno ou externo (Horesh, Rolnick, Iancu, Dannon, Lepkifkd, Apter & Kotlel, 1996). É sabido que os indivíduos que tentam o suicídio têm mais dificuldades em lidar com problemas interpessoais (Lineham et al., 1986) e que indivíduos com ideação suicida apresentam dificuldades em considerar pensamentos ou ações alternativas (Cohen – Sandler & Berman, 1982; Rydin, Asberg, Edman & Schalling, 1990), apresentam inflexibilidade de pensamento (Patsiokas, Clum, Luscomb, 1979; Schotte, & Clum, 1982; Orbach, Rosenheim, Haray, 1987; Orbach, Joseph, Dror, 1990) e persistem em estratégias de resolução de problemas ineficazes, mesmo quando têm a oportunidade de optar por estratégias mais adequadas (Levenson & Neuringer, 1971). Outros autores, também relacionam estratégias de *coping* com o bem – estar psicológico e com a depressão e psicopatologia (Costa & Leal, 2004; Carlson, Asarnow & Guthrie, 1987; Kleiman & Riskind, 2013; Parker, et al., 2002).

Os estilos de personalidade são também, considerados como fatores de vulnerabilidade para o risco de suicídio. No presente estudo, os estilos de

personalidade considerados são os conceptualizados no modelo de *Sydney Blatt* – estilo de personalidade anaclítico e estilo de personalidade introjetivo (Blatt, 2008). Os indivíduos introjetivos tendem a endossar comportamentos suicidas na sequência de stressores intrapsíquico e são motivados para a tentativa de suicídio como forma de satisfazer a sua necessidade de fugir (Fazaa & Page, 2003). Os indivíduos dependentes respondem a stressores interpessoais e são motivados pelo desejo de comunicar a sua insatisfação, pretendendo, desta forma, obter ajuda e cuidados do outro (Fazaa & Page, 2003).

A psicopatologia constitui-se como um fator de risco para a ideação suicida e tentativas de suicídio (Campos, Besser & Blatt, 2012) e a depressão tem vindo a ser frequentemente considerado um importante fator de risco para o comportamento suicida (Fazaa & Page, 2003). Indivíduos suicidas apresentam na maioria dos casos, sintomatologia depressiva (Davis, 1995; Hammen, 1992).

No presente trabalho pretende-se estudar a relação existente entre estilos de personalidade anaclítica e introjetiva de acordo com o modelo de *Sydney Blatt* (Blatt, 2008) e a suicidalidade. Mais concretamente, estudar a relação entre os estilos de personalidade e o suicídio quando esta relação é mediada pelo *coping* positivo e *coping* negativo e pela depressão. Trata-se de um estudo de *design* longitudinal, realizado com adultos da comunidade.

Nas páginas seguintes deste trabalho pode encontrar-se, primeiramente dois capítulos teóricos de revisão de literatura que irão suportar o estudo realizado. O primeiro descreve os estilos de personalidade de acordo com o modelo de *Sydney Blatt* (Blatt, 2008) e a sua relação com a depressão e o suicídio. O segundo capítulo aborda a temática do *coping* e da sua relação com os estilos de personalidade segundo o modelo *Sydney Blatt* (Blatt, 2008) e também com o risco de suicídio. A seguir encontra-se a parte empírica desta dissertação. No capítulo três, estão descritos os objetivos do estudo, bem como o modelo que foi testado. O quarto capítulo é referente à metodologia de investigação onde se encontram os instrumentos, os participantes, o procedimento e a estratégia de análise de dados. Seguidamente, no capítulo cinco encontram-se os resultados obtidos. Por fim, o capítulo seis encontra-se a discussão dos resultados obtidos. A dissertação termina com uma conclusão e a lista das referências bibliográficas.

Parte Teórica

Capítulo 1 - Estilos de Personalidade de acordo com o modelo de Sidney Blatt

O desenvolvimento da personalidade implica uma interação complexa entre duas linhas fundamentais, mais concretamente entre tarefas que definem estas linhas de desenvolvimento: o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, recíprocas, maduras, estáveis e duradouras, e desenvolvimento de uma identidade consolidada, diferenciada, realista e principalmente positiva, estável e integrada (Blatt & Blass, 1990, 1992; Blatt, 1974).

Sidney Blatt conceptualizou duas dimensões desenvolvimentais, de relacionamento e auto - definição que contribuem para a compreensão da personalidade (Blatt, 1990). Estas duas dimensões auxiliam na delimitação de duas formulações básicas de personalidade, cada uma com diferentes características, estilos cognitivos, mecanismos de defesa e adaptação, características relacionais e representações objetivas e do *self* (Blatt, 2008; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001). Os dois estilos de personalidade conceptualizados por Blatt, receberam duas designações diferentes, anaclítico ou dependente e introjetivo ou auto – crítico (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1979).

1.1 – Personalidade Anaclítica e Personalidade Introjetiva

1.1.1 – Personalidade Anaclítica

Os indivíduos com organização de personalidade anaclítica, são indivíduos com pensamento figurativo (Spiegel & Spiegel, 1978), focados no afeto e na imagem visual, pensam de forma simultânea, não sequencial, e dão bastante importância às reconciliações e há integração de vários elementos em uma unidade conjunta ao invés de analisar criticamente os elementos separados (Szumotalska, 1992). No que diz respeito ao estilo cognitivo, estes indivíduos tendem a ser niveladores, a minimizar diferenças e contradições (Gardner et al., 1959).

Estes indivíduos têm necessidade de experiências de fusão e harmonia nas relações interpessoais e estão interessados em alcançar um sentimento de integração (Szumotalska, 1992). Focam-se em sentimentos e afetos, no lado mais emocional das situações. O seu pensamento é intuitivo e influenciado por sentimentos e relações subjetivas do que por fatos, aspetos figurativos e detalhes (Blatt, 2008; Blatt &

Maroudas, 1992). O seu instinto básico é a afiliação e põe a sua sexualidade ao serviço dos afetos, da intimidade e da relação, valorizando sentimentos, relações íntimas e próximas. Focam-se no estabelecimento de experiências interpessoais significativas (Blatt, 2008). As suas relações pessoais são construtivas, harmoniosas, estáveis (Spiegel & Spiegel, 1978). Normalmente estes indivíduos são submissos (Santor & Zuroff, 1997), e tendem a ser aceites pelos outros (Mongrain et al., 2004). Evidências (Dunkley et al., 1997; Priel & Besser, 1999) indicam que as qualidades do estilo de personalidade anaclítico estão relacionadas com a capacidade adaptativa e pró – ativa demonstrada por estes indivíduos. Estas características fazem com que estes indivíduos sejam associados a modelos positivos e sejam procurados na busca de suporte social.

Os indivíduos anaclíticos têm menos diferenciação cognitiva e tendem a apresentar preocupações somáticas, sentimentos de desamparo e ansiedade, perda e falta de contato e suporte social (Blatt et al., 1982). Tendem a ser medrosos, preocupados, ansiosos por se sentirem incapazes de lidar com o *stress* (Mongrain, 1993), e experienciam medo intenso e crónico de sofrer abandono (Luthar & Blatt, 1993). O seu estilo de vinculação é ansioso – preocupado (Blatt & Homann, 1992; Levy & Blatt, 1999) e estão enquadrados no quadrante amistoso submisso (Mongrain et al., 2004) do modelo circumplexo da personalidade (Laforge & Suczek, 1995; Wiggins & Trapnell, 1996). Estes indivíduos apresentam vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações alimentares e abuso de substâncias, especialmente anfetaminas e álcool (Lidz, Lidz & Rubenstein, 1976) e podem manifestar alguns tipos de comportamento antissocial que envolve procura de cuidados (Blatt & Shichman, 1981). Estes indivíduos, quando deprimidos podem fazer gestos suicidas para comunicarem a sua infelicidade, mas geralmente não tem uma verdadeira intenção de se magoarem ou provocarem a sua morte (Blatt et al., 1982; Fazaá, 2001).

O estilo de personalidade anaclítico / dependente pode ser avaliada através da versão portuguesa do Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Campos, 2009; Blatt,, D'Afflitti, & Quinlan, 1979). Utiliza-se para isso, o primeiro fator desta escala. Este fator inclui itens que se relacionam com a proximidade e a dependência nas relações interpessoais, medo de abandono, perda de objeto e sentimentos de solidão e falta de esperança (Campos, 2009).

1.1.2 – Personalidade Introjetiva

Os indivíduos com organização da personalidade introjetiva focam-se em questões relativas à auto - definição e não nas relações interpessoais. São descritos como literais e críticos (Blatt & Shichman, 1983; Spiegel & Spiegel, 1978). O seu estilo cognitivo tende a ser metuculoso (Gardner, Jackson & Messick, 1960), dão atenção e enfatizam diferenças e os aspetos contraditórios das situações. As suas experiências e decisões são determinadas por uma avaliação interna e não tanto por fatores externos (Witkin, 1965). O seu instinto básico é a agressividade e a assertividade ao serviço dos seus objetivos, tais como aquisição de autonomia, controlo, poder, prestígio, visando a diferenciação e a auto - definição (Blatt, 2008; Blatt & Maroudas, 1992). São indivíduos focados, responsáveis, pouco emotivos, altamente organizados, que usam a lógica e a razão para planear o futuro (Blatt, 2008). Valorizam as suas próprias ideias, usando-as como recurso principal, e influenciam outros a pensar da mesma forma que eles. Podem ser críticos relativamente aos ideais de outros (Blatt, 2008). Estes indivíduos tendem a dominar as suas relações interpessoais e têm uma vontade excessiva de deter o controlo (Blatt, 2008). São calculosos e metódicos, comparam e contrastam alternativas, avaliando ideias e as situações passo a passo antes de tomarem qualquer decisão e iniciar ações. Mantêm-se rigidamente ligados a uma decisão depois de a tomarem e não se deixam influenciar por terceiros (Blatt, 2008).

Os indivíduos com esta organização de personalidade podem ser rancorosos, irritáveis e críticos para com eles próprios e para com outros. As relações que mantêm são hostis, ao invés de prazerosas. Normalmente são rejeitados, o que os torna hesitantes e receosos nas relações interpessoais (Blatt & Homann, 1992; Levy & Blatt, 1999). Estes indivíduos estão situados no quadrante hostil submisso do modelo circumplexo da personalidade (Laforge & Suczek, 1995; Wiggins & Trapnell, 1996). Investigações demonstraram (Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams & Winkworth, 2000; Powers, Zuroff & Topciu, 2002), que estes indivíduos têm baixa autoestima, reportam sintomas depressivos (Dunkley & Blankstein, 2000), são vulneráveis a abuso de substâncias e a perturbações alimentares (Bers, 1988; Lehman & Rodin, 1989), são excessivamente preocupados (Stober, 1998), experienciam pouco afeto positivo e muito afeto negativo e intenso (Dunkley, Zuroff & Blankstein, 2003), tendem a culpabilizar-se e são ruminativos em relação às críticas que fazem a eles próprios e aos outros (Dunkley, Zuroff & Blankstein, 2003; Hewitt & Flett, 1991; Frost et al., 1997).

Estes indivíduos reagem muito mal à perda de controlo e ao fracasso pessoal (Dunkley et al., 2003).

Os indivíduos introjetivos, ao contrário dos anaclíticos, quando deprimidos e quando tentam cometer o suicídio fazem-no geralmente com real intenção de se magoarem ou de morrerem. Este comportamento é considerado uma resposta a um stressor intrapsíquico (Fazaa & Page, 2003). O estilo de personalidade introjetivo / auto – crítico, pode ser avaliado com o Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Campos, 2009). Para isso, utiliza-se o segundo fator deste questionário, auto – criticismo, que inclui itens relacionados com o fracasso, sentimentos de ambivalência sobre o próprio e sobre os outros, e intenso e duro auto – criticismo (Campos,2009).

1.2 – Relação entre estilos de personalidade de *Sidney Blatt* e depressão

Sidney Blatt identifica dois tipos de acontecimentos que podem conduzir um indivíduo ao desenvolvimento da depressão (Blatt, 2008). A rutura de relações interpessoais gratificantes e subsequente perda do objeto, e a rutura de um sentido de self positivo e efetivo e subsequentes sentimentos de fracasso e culpa (Blatt, 2008; Besser & Priel, 2005; Luyten, Sabbe, Blatt, Meganck, Jansen, Grave, Maes & Corveleyn, 2007). Para Blatt, a depressão é organizada em torno de problemas interpessoais como sentimentos de abandono e solidão e por outro lado, em torno de sentimentos de enfraquecimento do sentido de self expresso em preocupações com fracasso pessoal, inadequação e transgressões (Blatt, 2008; Besser & Priel, 2005; Luyten, Sabbe, Blatt, Meganck, Jansen, Grave, Maes & Corveleyn, 2007).

A vulnerabilidade para a sintomatologia depressiva está associada com a dimensão anaclítica e com a dimensão introjetiva da personalidade (Blatt, D’Afflitti, Quinlan, 1976; Nietzel & Harris, 1990). Indivíduos com altos níveis de auto – criticismo experienciam estados depressivos quando confrontados com eventos de vida stressantes, com os quais não tem recursos para lidar, particularmente eventos que lhes afetem a auto – definição e o seu sentimento de valor pessoal (Besser, Vliegen, Luyten & Blatt, 2007). Indivíduos com altos níveis de dependência são especialmente vulneráveis a ameaças às suas relações interpessoais (Blatt, D’Afflitti, Quinlan, 1976; Nietzel & Harris, 1990).

Inúmeros trabalhos permitem encontrar uma relação entre os dois estilos de personalidade descritos por Sidney Blatt e a depressão (Besser & Priel, 2005; Luyten, et al., 2007; Klein, et al., 1988; Franche & Dobson, 1992; Sturman & Mongrain, 2005). Pode falar-se em dois tipos de depressão, a depressão dos indivíduos com uma organização de personalidade anaclítica / dependente, a depressão anaclítica, e a depressão dos indivíduos com organização da personalidade introjetiva / auto – crítica, depressão introjetiva.

A depressão anaclítica é caracterizada por sentimentos de solidão, fraqueza, falta de esperança e sentimento de abandono (Blatt, 1974, 2008; Klein, Harding, Taylor & Dickstein, 1988). Os indivíduos que sofrem deste tipo de depressão têm um desejo intenso de serem amados, nutridos, protegidos e cuidados (Blatt et al., 1982). Devido à sua incapacidade de internalizar experiências de gratificação ou as qualidades dos indivíduos que lhes proporcionam satisfação, os outros são valorizados

primeiramente por prestarem cuidados imediatos, conforto e satisfação. A separação do outro ou a perda do objeto gera considerável medo e apreensão, tendendo o indivíduo a lidar com essas falhas recorrendo a defesas primárias como a negação e desespero (Blatt, 2008; Klein, Harding, Taylor & Dickstein, 1988). Preocupam-se com o fato de magoarem os outros e têm dificuldades em lidar com agressividade devido ao medo da perda (Pincus, 1987). São indivíduos que tendem a apresentar sintomas somáticos, de forma a procurarem o cuidado de outros. Quando perdem o objeto, tentam fazer gestos suicidas, por exemplo, através de overdose, ao tomarem grandes quantidades dos seus medicamentos anti – depressivos (Franche & Dobson, 1992; Blatt, et al., 1982).

A depressão introjetiva é caracterizada por auto – criticismo e sentimentos de desvalorização, inferioridade, fracasso e culpa (Blatt, 1974, 2008; Klein, Harding, Taylor & Dickstein, 1988). Estes indivíduos estão constantemente a auto - criticar - se, recebem a crítica e a desaprovação por parte de outros. Os indivíduos auto – críticos lutam excessivamente pelos seus objetivos e pela perfeição, são por vezes altamente competitivos e trabalham afincadamente, fazem fortes exigências a eles próprios, regularmente conseguem alcançar resultados, mas com pouca satisfação (Franche & Dobson, 1992). Devido à sua competitividade extrema, são críticos e atacam os outros. O seu foco na valorização pessoal, autoestima, fracasso e culpa pode tornar-se traiçoeiro, uma vez que estes indivíduos são altamente críticos e culpabilizantes o que os torna fortemente vulneráveis ao suicídio (Blatt, 2008; Blatt, Shahar, Zuroff, 2001). A sua necessidade de sucesso e de evitamento de críticas pode forçar alguns indivíduos a trabalharem incessantemente para alcançarem o que tanto desejam (Blatt, 2008). No entanto são extremamente vulneráveis as críticas dos outros e ao seu próprio auto – julgamento, o que os torna susceptíveis ao desenvolvimento de depressão (Franche & Dobson, 1992). Os indivíduos introjetivos são vulneráveis ao desenvolvimento de autoconceito negativo que pode levar a depressão (Cox et al. 2009).

Investigações clínicas e empíricas mostram a relevância que os níveis elevados de auto – criticismo e dependência têm como vulnerabilidades para a depressão (Besser, Flett, & Davis, 2003; Besser & Priel, 2003; Campos, Besser & Blatt, 2010).

1.3 – Estilos de personalidade de *Sidney Blatt* e suicidalidade

Antes de iniciar a discussão sobre estilos de personalidade e o suicídio, é importante definir alguns constructos relativos à temática da suicidologia. O *suicídio* foi definido por Durkheim (1897) como todos os casos de morte que resultam direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia que poderia produzir este resultado. O mesmo autor definiu também tentativa de suicídio como um ato que é interrompido antes que a morte tenha resultado (cit in Santos, 2007). Parasuicídio foi definido por York (1986) como ato não fatal, na sequência de um comportamento invulgar, como por exemplo, auto – lesão ou ingestão de uma substância em sobredosagem para além do prescrito ou da dose recomendada como terapêutica, protagonizado por um indivíduo sem a intervenção de outrem, que visa mudanças desejadas pelo indivíduo, quer através do ato em si, quer através das suas consequências físicas (cit in Santos, 2007). É também importante definir o termo suicidalidade, que é precisamente uma das variáveis em estudo nesta investigação. Este conceito constitui-se como um contínuo, visto que engloba ideação suicida, comportamentos auto – lesivos e tentativas de suicídio (Meyer, et al., 2010).

Diversos fatores de vulnerabilidade ao suicídio têm sido apontados na literatura, como a vinculação insegura, representações de objeto negativas, determinados traços de personalidade, temperamento, psicopatologia (especialmente, a depressão), acontecimentos de vida, estratégias cognitivas e de *coping* e fatores sociais e contextuais que através da sua interação podem predispor indivíduos ao comportamento suicida (Campos, Besser & Blatt, 2012; 2013). A psicopatologia constitui um importante fator de risco para a ideação suicida e para as tentativas de suicídio (Campos, et al., 2012). Experimentar depressão tem vindo a ser frequentemente considerado um fator de risco para o comportamento suicida (Fazza & Page, 2003). Indivíduos suicidas apresentam na maioria dos casos, sintomatologia depressiva (Davis, 1995; Hammen, 1992).

Fazza e Page (2003), conceptualizam que os indivíduos dependentes e auto – críticos (Blatt, 2008) mostram diferentes tipos de comportamentos suicidas e vulnerabilidades similares às manifestações apresentadas na sintomatologia depressiva. Beck (1983) conceptualizou que os indivíduos com diferentes estilos adotam diferentes métodos de tentar o suicídio; os dependentes tendem a utilizar métodos mais passivos (como, overdose) e os indivíduos auto – críticos tendem a utilizar métodos mais ativos (como, armas de fogo ou enforcamento).

O estudo de Henrich, Blatt, Kuperminc et al. (2001) com adolescentes que apresentavam ideação suicida, propôs-se a estudar se os intervenientes tinham níveis altos de ambos os tipos de personalidade, dependente e auto – crítico, em comparação com um grupo de adolescentes sem ideação suicida. Os resultados indicam que os adolescentes com ideação suicida mostram preocupações acrescidas relativamente a temas de necessidade e dependência e, também, a temas de auto – definição. A dependência está associada a uma tendência suicida como representação da necessidade mal adaptativa e não do relacionamento adaptativo (Blatt, Zohar, Quinlan et al. 1995; Henrich, Blatt, Kuperminc et al. 2001). As preocupações que apresentam com a auto – definição são influenciadas pelas representações negativas que têm de si (Brunstein, Klomek, Orbach et al., 2005). Os resultados deste estudo mostraram que adolescentes com ideação suicida podem apresentar características de ambos os estilos de personalidade (Shahar, Blatt & Ford, 2003; Klomek, et al., 2008; Campos, Besser, Abreu, Parreira & Blatt, 2014).

Os indivíduos introjetivos tendem a endossar comportamentos suicidas na sequência de um stressor intrapsíquico e são motivados por uma tentativa satisfazer a sua necessidade de fugir (Fazaa & Page, 2003). As avaliações feitas a indivíduos auto – críticos demonstraram a sua preocupação com perfeccionismo (O’Connor, 2007). Aliás, o auto – criticismo é referenciado como uma forma negativa e mal adaptativa de perfeccionismo (Cox et al., 2009). O auto-criticismo parece ser causador de maior mal-estar do que perfeccionismo pouco adaptativo; pode situar-se no extremo do auto – escrutínio, chegando a um ponto em que os indivíduos sentem repugnância de si próprios. No estudo de Clara, Cox e Enns (2004), verificou-se que o auto-criticismo estava fortemente associado com comportamento suicida, mesmo após o controlo de diversas variáveis como as dimensões sociodemográficas e diagnóstico psiquiátrico. A relação entre auto – criticismo e a suicidalidade parece bastante robusta (O’Connor, 2007).

A pesquisa que liga os traços introjetivos e a suicidalidade é coincidente com a pesquisa que liga o perfeccionismo com a suicidalidade. Há uma crescente comprovação de que os indivíduos auto – críticos se preocupam com questões ligadas ao perfeccionismo e que este é um fator de fundamental para o desenvolvimento de *distress* psicológico, definido como uma avaliação excessivamente crítica do seu comportamento próprio, uma incapacidade de obter satisfação e preocupações crônicas sobre críticas de outros e sobre o seu desempenho (O’Connor & Noyce,

2008; Shafran, Cooper & Fairburn, 2003). As características dos auto – críticos tornam-nos altamente vulneráveis a ingressar em ruminação (O’Connor & Noyce, 2008). Esta ruminação é na verdade uma variável mediadora da relação entre auto-criticismo e risco de suicídio (O’Connor & Noyce, 2008).

A relação existente entre os indivíduos com estilo de personalidade dependente ou anaclítico e o risco de suicídio é ambígua, no entanto diversos autores mostram a existência desta relação.

Os indivíduos dependentes que tentam o suicídio respondem a stressores interpessoal e são motivados pelo desejo de comunicar a sua insatisfação; pretendem que seja uma forma de obter ajuda e cuidados do outro (Fazaa & Page, 2003). O estilo dependente está relacionado com o suicídio, mas segundo um estudo de Campos et al. (2012), esta relação é apenas indireta e mediada pela psicopatologia ou distress apresentados pelo indivíduo. Sandler & Dare (1970) sugeriram que a vulnerabilidade dos anaclíticos à suicidalidade resulta das suas características pessoais de dependência, como por exemplo, uma visão pessimista da vida, que se pode associar com diferentes formas de depressão, atitudes de retirada ou atitudes passivas, sentimentos de insegurança e constante necessidade de se sentirem seguros. Outros autores (Berman, 1992; Birtchnell, 1981) concordam que elevados níveis de dependência constituem um fator de risco para o suicídio. Olhando a relação entre dependência e suicídio de uma perspectiva cognitiva, Beck & Freeman (1990) explicam que os dependentes, ao confiarem nos outros para resolver os seus problemas e tomar decisões, não tem oportunidade de desenvolver capacidades para alcançar autonomia, e quando uma relação importante termina, os indivíduos sentem-se totalmente devastados e perdidos. Os indivíduos dependentes têm como premissas básicas: “eu não consigo sobreviver sem alguém ao meu lado para tomar conta de mim”; “não sou capaz de lidar com a minha vida sozinho” e “se alguém me deixar, não vou conseguir aguentar” (Bornstein & O’Neil, 2000).

Capítulo 2 – *Coping*, personalidade e suicidalidade

2.1 – A noção de *coping*

Originalmente, *coping* foi definido como o conjunto das estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas. Os esforços

despendidos pelos indivíduos para lidar com situações stressantes, crónicas ou agudas, tem-se constituído como objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se igualmente ligado ao estudo das diferenças individuais (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

No início do séc. XIX, o *coping* foi concebido enquanto correlato dos mecanismos de defesa, motivado de forma interna e inconsciente como forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos (Vaillant, 1994). Os eventos externos e ambientais foram posteriormente incluídos como possíveis desencadeadores da utilização dos processos de *coping*, tendo sido organizados hierarquicamente dos mais imaturos para os mais adaptativos (Tapp, 1985). O *coping* era concebido como algo estável numa hierarquia de saúde versus patologia (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

A partir da década de 60 do século passado, surgiu uma nova visão acerca do *coping*. Esta nova definição enfatiza os aspetos comportamentais de *coping* e os seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls, David & Harvey, 1996). O *coping* passou a ser conceptualizado como um processo transacional entre o indivíduo e o ambiente, com ênfase tanto no processo como nos traços de personalidade (Folkman & Lazarus, 1985).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o *coping* divide-se em duas categorias funcionais: o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção (Lazarus & Folkman, 1984). Nesta linha, *coping* é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com as exigências internas e externas, que surgem em situações de stress e são avaliadas como excedendo os recursos pessoais existentes (Lazarus & Folkman, 1984). O processo de *coping*, é descrito como a mobilização de esforços através dos quais os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar, reduzir e minimizar as exigências internas e externas que vão surgindo na sua interação com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980).

Outros autores, discordando com a perspetiva de Lazarus e Folkman, construíram uma nova conceção de *coping*. Rudolph e colaboradores (1985) propõem que o *coping* deveria ser entendido como um processo no qual existe uma tentativa de diferenciar três aspetos, a resposta de *coping*, o objetivo subjacente a essa resposta e o resultado (Rudolph, Denning & Weisz, 1995). Nesta perspetiva considera-se que a resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental, que tem início como

reação a stressores percebidos (Rudolph, Denning & Weisz, 1995). Para estes autores, o episódio de *coping* faz parte de um processo que sofre influências de múltiplas variáveis. Dois dos conceitos envolvidos neste processo são os moderadores e os mediadores (Rudolph, Denning & Weisz, 1995). Os moderadores são definidos como variáveis pré-existentes que influenciam um resultado mas não são influenciados pela natureza do stressor, como as características pessoais do indivíduo, do seu contexto e do stressor. Os mediadores seriam definidos como mecanismos de avaliação cognitiva e de ativação da atenção para o problema. Estes seriam ativados durante o episódio de *coping*, ao contrário dos moderadores, que já existiriam (Rudolph, Denning & Weisz, 1995).

Antes de avançar para a definição de *coping* de acordo com a conceção subjacente à escala que utilizaremos neste estudo, parece importante distinguir estilo e estratégia de *coping*. Segundo Carver e Scheier (1994), estilos de *coping* são mecanismos habituais de lidar com o *stress*, sendo que estes hábitos ou estilos de *coping* podem influenciar as reações dos indivíduos perante novas situações desencadeadoras de *stress*. Estes autores defendem que existe uma tendência por parte dos indivíduos para reagir de uma dada forma face a situações stressantes (Carver e Scheier, 1994). Já as estratégias de *coping*, de acordo com Folkman & Lazarus (1980), são mecanismos que estão em constante mudança durante o desenrolar da situação stressante (Folkman & Lazarus, 1980).

2.2 – A conceção toulousiana de *coping*

Nos anos 90, a equipa de psicologia social e desenvolvimento da saúde da Universidade de Toulouse, sob a orientação do professor Pierre Tap (Esparbès, Sordes-Ader e Tap, 1993), levaram a cabo um conjunto de estudos sobre a construção da identidade pessoal e profissional onde os fatores de *stress* e *coping* são abordados numa perspetiva que inclui os processos históricos de desenvolvimento do modelo de personalização (Piquemal - Vieu, 2001).

Para Tap (1998) a personalização implica um conjunto de processos psicológicos e sociais que levam os sujeitos a construir as suas formas de adaptação e ajustamento de modo a orientarem-se em termos temporais e nos seus meios de socialização. O modelo da personalização, além de ter em conta a adaptação, dá importância a uma abordagem estratégica, que explica como os sujeitos vão

desenvolver um conjunto de estratégias novas e abandonaram as que consideram ineficazes ou não adaptativas, quando confrontados com situações novas, geradoras de crise, conflito ou rutura (Esparbès - Pistre & Tap, 2001).

Partindo destes conceitos a equipa de psicologia social e desenvolvimento da saúde da Universidade de Toulouse desenvolveu investigações nos campos da educação e saúde, que conduziram ao desenvolvimento da conceção toulousiana de *coping* (Tap, Esparbès-Pistre, & Sordes-Ader, 1995; Esparbès - Pistre & Tap, 2001; Tap, 2006).

De acordo com Esparbés, Sordes-Arder e Tap (1993), as estratégias de *coping* são multidimensionais. A partir de uma análise crítica das escalas de *coping* já existentes, estes autores desenvolveram uma nova escala de avaliação de *coping*, que engloba os campos comportamental, cognitivo e afetivo (Tap, Costa & Alves, 2005). Pressupõem que o comportamento humano implica uma articulação destes três campos. O campo comportamental refere-se aos processos pelos quais o sujeito prepara e gere a sua ação, o campo cognitivo refere-se ao modo como o indivíduo trata a informação proveniente dos acontecimentos, a elabora e re - adapta em função da situação, e por fim, o campo afetivo refere-se às reações emocionais e aos sentimentos mais ou menos normativos, que permitem ao indivíduo legitimar os seus atos (Tap, Costa & Alves, 2005).

Os três campos que servem de base a esta teoria dão origem a cinco estratégias de *coping*. São elas, *controlo*, *retraimento* e *conversão*, *distração social*, *suporte social* e *recusa* (Tap, Costa & Alves, 2005). A estratégia *controlo* pode ser definida como a coordenação de comportamento ou atividades e a contenção das emoções. Esta estratégia inclui três tipos de controlo. A *regulação das ações* tem a ver com o resistir ao impulso de fazer juízos irrefletidos, tomar decisões precipitadas e ter tempo para agir. *Controlo cognitivo e planificação*, relaciona-se com o traçar de objetivos, fazer um plano e tratar um problema de forma abstrata e lógica. *Controlo emocional* permite ao indivíduo não entrar em pânico e conseguir disfarçar os seus sentimentos face a outros (Tap, Costa & Alves, 2005; Rafael, 2006). O *Retraimento* e *Conversão* estão associados ao afastamento ou à retirada, e engloba três tipos de retirada. O *retraimento social e comportamental* diz respeito à rutura das interações sociais, evitamento e afastamento de contato com outros indivíduos, o *retraimento mental* é uma tentativa de esquecer e uma recusa de pensar nos problemas em que os indivíduos se refugiam no imaginário e no sonho. Finalmente a utilização da

dimensão retirada (p.e. aditividade) implica que os indivíduos se refugiem na ingestão de medicamentos, comida ou drogas (Tap, Costa & Alves, 2005; Rafael, 2006).

A *conversão* implica uma mudança ao nível de comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores. A conversão tal como o retraimento, engloba três dimensões. A *conversão comportamental*, refere-se à mudança do comportamento em função do problema, a *aceitação* tem a ver com a aceitação do problema independentemente da sua natureza, a *conversão pelos valores* tem a ver com a adoção de uma filosofia de vida ou ideologia religiosa, como por exemplo, deixar os problemas nas mãos de deus (Tap, Costa & Alves, 2005; Rafael, 2006).

A *distração social* está associada à fuga perante o problema para realizar outras atividades mais prazerosas ou estar com pessoas que proporcionem algum tipo de distração. Esta estratégia está associada à estratégia que se segue, a recusa (Tap, Costa & Alves, 2005; Rafael, 2006).

A *recusa* é definida pela incapacidade do indivíduo de aceitar e perceber a realidade da situação e envolve duas dimensões. A *denegação*, o indivíduo esquece o problema. A *alexitimia* é usada quando o indivíduo tem dificuldades em descrever as suas emoções e sentimentos (Tap, Costa & Alves, 2005; Rafael, 2006).

Por último, o *suporte social* que se relaciona com a necessidade de ajuda. O suporte social tem três vertentes. Na vertente *cooperação* há uma tentativa de resolução da situação através da procura de um trabalho coletivo. O *suporte social informativo* prevê a existência de uma necessidade de obtenção de compreensão do ponto de vista cognitivo na procura de conselhos. O *suporte social emocional* é o suporte social que mais procuramos quando estamos em situações desfavoráveis; há uma necessidade de escuta, de conforto e de reconhecimento (Tap, Costa & Alves, 2005; Rafael, 2006).

As considerações feitas acerca dos estilos de *coping*, incluídos nesta conceção, levaram à criação de duas categorias de *coping*, o *coping* percebido como positivo e o *coping* percebido como negativo (Pronost & Tap, 1996). Estas duas categorias de *coping* permitiram a distinção entre estratégias de *coping* percecionadas como positivas, controlo e suporte social, e estratégias de *coping* percecionadas como negativas, retraimento e recusa (Tap, Costa & Alves, 2005). As duas últimas estratégias põem em foco mecanismos que implicam uma transação de rutura com a situação stressante, levando ao retraimento sobre si próprio, à recusa de participação

social e não permitem uma adaptação positiva à situação adversa (Tap, Costa & Alves, 2005).

2.3 - *Coping* e os estilos de personalidade de Sidney Blatt

Costa e McCrae (1990) sugerem que os traços de personalidade são disposições básicas que constituem formas de vulnerabilidade para a vivência de *distress* psicológico e determinação das estratégias de *coping*. Apesar de existir algum desacordo na literatura sobre o papel exato dos traços de personalidade no desenvolvimento de estratégias de *coping* relativamente estáveis (Suls, David, & Harvey, 1996), há uma concordância relativamente ao facto de que os traços de personalidade são determinantes para o processamento do *stress* e do *coping* (Bolgar & Zuckerman, 1995; Costa & McCrae, 1990; Horowitz, 1990; Moos & Swindle, 1990).

Investigação sobre o funcionamento psicológico dos sujeitos com personalidades dependentes e auto – críticas sugerem que os indivíduos mais dependentes tendem a aproximar-se do seu ambiente social para lidar com o *stress*, enquanto a retirada é a estratégia mais utilizada pelos indivíduos introjetivos (Blatt & Schichman, 1983). A dependência tem sido associada com a procura de ajuda (Bornstein, 1992; Mongrain, 1998) e o auto – criticismo com o evitamento social (Alden & Bieling, 1996). Num estudo mais recente, Fichman, Kostner, Zuroff e Gordon (1999), verificaram que o auto – criticismo se relacionava com retirada social e a dependência se associa com a capacidade de socializar com outros.

Vários tipos de mecanismos de defesa e de *coping* foram associados aos estilos de personalidade dependente e introjetivo (Blatt & Shichman, 1983). As estratégias evitantes como a negação e a repressão, são os mecanismos de *coping* preferencialmente utilizados pelos indivíduos dependentes para lidarem com os seus problemas interpessoais. São utilizadas para evitar o reconhecimento dos conflitos e funcionam a diferentes níveis para reduzir o conflito e a ansiedade com o objetivo de manter relações interpessoais (Blatt, 2008). As estratégias neutralizantes como a projeção, a intelectualização e a compensação, são utilizadas pelos indivíduos introjetivos para lidar com os sentimentos de fracasso e inutilidade (Blatt, 1990; Blatt & Zuroff, 1992). A sua função não é a de evitar o conflito mas sim transformar o conflito em formas alternativas que permitam a expressão da problemática de forma a preservar a sentido de self (Blatt, 2008). A transformação do conflito ou impulso envolve por vezes raiva e agressividade (Blatt, 2008).

2.4 – O *coping* na suicidalidade

Existem vários estudos que relacionam estilos de *coping* e *distress*, psicopatologia e suicidalidade (Asarnow, Carlson & Guthrie, 1987; Boals, VanDellen & Banks, 2011; Christian & McCabe, 2011; Edwards & Holden, 2001; Elliott & Frude, 2001; Hortwitz, Hiil & King, 2011; Marty, Segal & Coolidge, 2010; Park, Cho & Moon, 2010; Pietrzak, Russo, Ling & Southwick, 2011; Rothman & Rensburg, 2002; Serra & Pocinho, 2001; Votta & Manion, 2004; Zhang, Law & Yip, 2011).

Os mecanismos de *coping*, como já foi referido anteriormente, funcionam como uma fonte interna de força que influencia a reação do indivíduo perante *stress* percebido, quer seja de natureza interna ou externa (Horesh, Rolnick, Iancu, Dannon, Lepkifkd, Apter & Kotlel, 1996). Vários estudos demonstraram o papel crucial dos estilos de *coping* no controlo do impacto de diferentes stressores importantes para o desenvolvimento de psicopatologias (Folkman, Lazarurs, Gruen, DeLongis, 1986).

Os indivíduos que tentam o suicídio têm mais dificuldades em lidar com problemas interpessoais (Lineham et al., 1986). Os indivíduos com ideação suicida apresentam dificuldades em considerar pensamentos ou ações alternativas (Cohen – Sandler & Berman, 1982; Rydin, Asberg, Edman & Schalling, 1990), apresentam inflexibilidade de pensamento (Patsiokas, Clum, Luscomb, 1979; Schotte, & Clum, 1982; Orbach, Rosenheim, Haray, 1987; Orbach, Joseph, Dror, 1990) e persistem em estratégias de resolução de problemas ineficazes, mesmo quando têm a oportunidade de optar por estratégias mais adequadas (Levenson & Neuringer, 1971). Kotler et al (1993) compararam um grupo indivíduos com ideação suicida com um grupo de indivíduos sem ideação suicida, e concluíram que os indivíduos com ideação suicida são mais limitados na utilização de estratégias de *coping* adequadas para lidar com os problemas com os quais se deparam. Outros autores estudaram um efeito idêntico e chegaram à conclusão que indivíduos com ideação suicida usam menos frequentemente estratégias de *coping* adaptativas do que indivíduos sem ideação suicida (Botsis, Soldatos, Lioffi, Kokkevi & Stefanis, 1994).

Costa e Leal (2004), num trabalho realizado com estudantes universitários concluíram que a depressão se relaciona positivamente com a estratégia de *coping* “Controlo” e negativamente com a estratégia de *coping* “Retraimento emocional” e “Conversão / planificação”. Verificaram também que o “Suporte Social” tem um peso bastante acentuado no bem – estar psicológico (Costa & Leal, 2004; Carlson, Asarnow

& Guthrie, 1987; Kleiman & Riskind, 2013; Parker, et al., 2002). Por outro lado, quando os indivíduos não conseguem encontrar o apoio e suporte social que necessitam para resolver e lidar com os seus problemas podem desenvolver defesas que os levam a entrar num estado de retraimento, que não é compatível com o bem – estar psicológico (Costa & Leal, 2004).

A estratégia de *coping* “Controlo” implica auto – controlo da situação, coordenação dos comportamentos ou atividades e a contenção das emoções. Alguns estudos (e.g. Costa & Leal, 2004; Boals, vanDellen & Banks, 2011) mostram que a utilização desta estratégia parece ter influência no bem – estar psicológico. Por outro lado, a estratégia “Conversão / planificação” parece ser geradora de ansiedade, uma vez que implica mudanças, a nível de comportamentos, de posições cognitivas ou de valores (Costa & Leal, 2004; Horwitz, Hill & King, 2011). A “Conversão/ planificação” pode ser positiva quando é associada a um esforço para resolver os problemas, e negativa quando está associada à culpabilidade e agressividade (Chamon, 2006).

A estratégia de *coping* “Distração social” está associada a uma posição de afastamento / distração, que o indivíduo adota para não se confrontar com a situação geradora de ansiedade (Chamon, 2006). Esta estratégia pode ser positiva quando é associada ao apoio social ou ao suporte social, e negativa quando associada ao vazio mental (Chamon, 2006). A estratégia de *coping* “Recusa” está associada com características negativas, nomeadamente manifestações suicidas. Indivíduos ansiosos, depressivos e com risco de suicídio, têm um repertório de estratégias de *coping* limitado e usam maioritariamente estratégias de *coping* de recusa e evitamento (Edwards & Holden, 2001; Horwitz, Hill & King, 2011).

Parte Empírica

Capítulo 3 – Objetivos de Investigação

Vários autores estudaram a relação entre estilos de *coping* e suicidalidade (Asarnow, Carlson & Guthrie, 1987; Boals, VanDellen & Banks, 2011; Christian & McCabe, 2011; Costa & Leal, 2004; Edwards & Holden, 2001; Elliott & Frude, 2001; Hortwitz, Hiil & King, 2011; Marty, Segal & Coolidge, 2010; Park, Cho & Moon, 2010; Rothman & Rensburg, 2002; Serra & Pocinho, 2001; Votta & Manion, 2004) e a relação entre estilos de personalidade e suicidalidade (Blatt & Shichman, 1983; Blatt, 1990; Blatt & Zuroff, 1992; O'Connor & Noyce, 2008; Shafran, Cooper & Fairburn, 2003; Klomek, Orbach, Sher, Sommerfeld, Diller, Apter, Sahar & Zalsman, 2008). Conclui-se, assim que os estilos de *coping* ao apresentarem relação com a suicidalidade, e os estilos de personalidade ao apresentarem relação com a suicidalidade podem constituir-se como constructos relacionados entre si, tornando-se relevantes no estudo da suicidalidade.

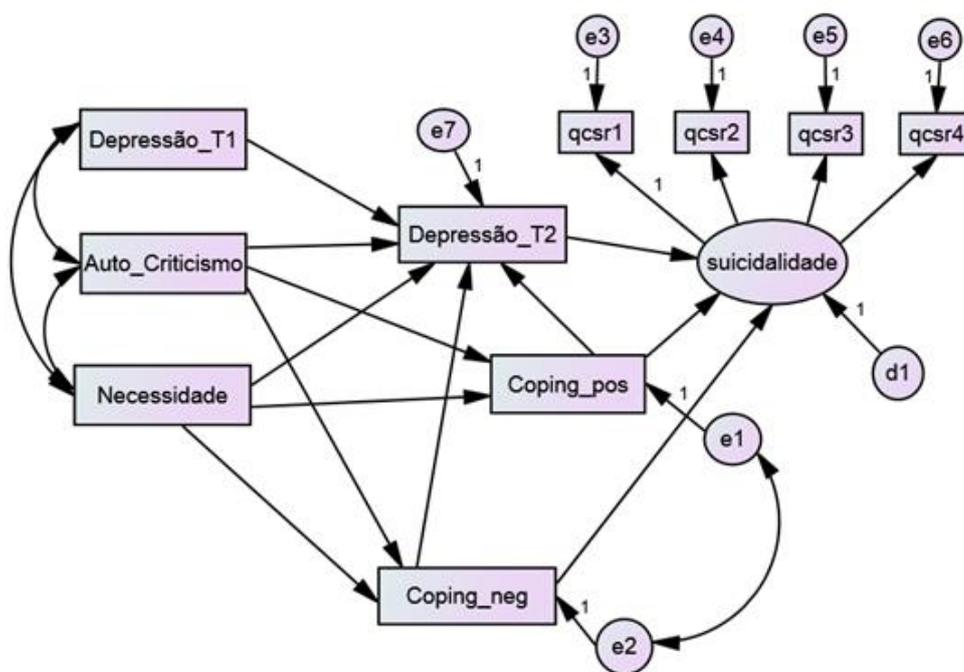
O objetivo desta investigação é testar um modelo de previsão da suicidalidade que postula uma relação entre estilos de personalidade, definidos por Sidney Blatt (Blatt, 2008) com a suicidalidade mediada pela depressão e pelo *coping* positivo e negativo (Tap, Costa & Alves, 2005), ou seja uma relação indireta com a suicidalidade. O modelo também pressupõe que os estilos de *coping* positivo e negativo se relacionem com a depressão e com a suicidalidade, e que tenham uma relação indireta com a suicidalidade através da depressão.

O modelo a testar está representado na figura 1. Será utilizada a Modelação de Equações Estruturais para testar o modelo e um *design* longitudinal com dois momentos de recolha de dados com três meses de intervalo. As variáveis de personalidade e o *coping* serão avaliados no momento 1, a depressão (variável estado) será avaliada no momento 1 e no momento 2 e a suicidalidade (variável dependente) será avaliada no momento 2. Será controlado o efeito da depressão avaliada no momento 1 na depressão avaliada no momento 2. A variância comum entre as duas formas de *coping* será controlada também. Espera-se que o modelo representado (Figura 1) se ajuste aos dados de forma satisfatória.

A amostra deste estudo será de conveniência, composta por indivíduos adultos da comunidade com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Haverá uma

preocupação para que o número de indivíduos do sexo feminino e masculino seja aproximadamente o mesmo. Os instrumentos utilizados para a realização deste estudo são: um questionário sócio – demográfico, o Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Campos, 2000); a Escala de depressão do centro de estudos epistemológicos (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2004); a Escala Toulousiana de *Coping* (ETC) (Tap, Costa & Alves, 2005) e o Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R) (Campos, Besser & Blatt, 2013).

Figura 1. Modelo a testar



Nota: retângulos indicam as variáveis observadas; círculo grande indica a variável latente; linhas curvilíneas indicam as covariâncias; círculos pequenos (e) representam os erros de medida das variáveis observadas, e o (d) representa a variância de erro da variável latente.

O questionário sócio – demográfico permitirá recolher informação relativa à idade, sexo, escolaridade, distrito, estado civil, empregabilidade, presença de doença crónica e/ou psiquiátrica, ida ao psicólogo e consumo de drogas. O Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Blatt, Afflitti & Quinlan, 1979) será usado para avaliar os estilos de personalidade anaclítico e introjetivo através das escalas de

necessidade e auto - criticismo respetivamente. A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D) será usada com o objetivo de avaliar sintomas depressivos (Radloff, 1977). O Questionário de Comportamentos Suicidários (QCS-R) avaliará a suicidalidade (Osman et al., 2001). Por último, a Escala Toulousiana de *Coping* (ETC) permitirá avaliar o *coping*, considerado como a forma como os sujeitos se comportam face as situações adversas com as quais se deparam (Esparbés, Sordes-Ader & Tap, 1996). Nesta investigação optou-se por utilizar dois índices de *coping* descritos na literatura, o índice de *coping* positivo e o índice de *coping* negativo. Para calcular o índice de *coping* positivo somaram-se os itens das escalas de controlo e suporte social, e para calcular o índice de *coping* negativo somaram-se os itens das escalas de recusa e retraimento.

Capítulo 4 – Metodologia

4.1 – Participantes e Procedimento

A amostra final de sujeitos que participou nesta investigação é composta por 195 adultos da comunidade. Trata-se de uma amostra de conveniência. As idades dos sujeitos estão compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade, sendo que a média da idade dos sujeitos é de 34.88 com um desvio-padrão de 12.49. Relativamente ao género, esta amostra é composta por 47% de indivíduos do sexo masculino e 53% do sexo feminino, como se pode observar na tabela 1.

Tabela 1. Descrição da amostra final em termos de variáveis socio - demográficas

Variáveis	N	%	M	(DP)
Idade			34.88	(12.49)
Escolaridade			11.55	(3.24)
Género				
<i>Masculino</i>	91	47%		
<i>Feminino</i>	104	53%		
Estado Civil				
<i>Solteiro/Viúvo/Divorciado</i>	97	50%		
<i>Casado/União de Fato</i>	98	50%		
Distrito de residência				
<i>Aveiro</i>	1	.5%		
<i>Beja</i>	3	1.5%		
<i>Coimbra</i>	1	.5%		
<i>Évora</i>	56	29%		
<i>Leiria</i>	7	3.6%		
<i>Lisboa</i>	2	1%		
<i>Portalegre</i>	35	17.9%		
<i>Porto</i>	1	.5%		
<i>Santarém</i>	87	45%		
<i>Setúbal</i>	1	.5%		
<i>Viseu</i>	1	.5%		
Empregabilidade				
<i>Desempregado</i>	48	25%		
<i>Empregado</i>	145	74%		
Doença Crónica				
<i>Não</i>	150	77%		
<i>Sim</i>	45	23%		
Ida ao Psicólogo				
<i>Não</i>	137	70%		
<i>Sim</i>	58	30%		
Doença Psiquiátrica				
<i>Não</i>	186	95%		
<i>Sim</i>	7	4%		

Para a realização deste estudo recolheram-se os dados conjuntamente com outras três mestradas, ou seja foram recolhidos dados para quatro dissertações de Mestrado em simultâneo. Para isso, organizou-se um pacote de questionários mais vasto para que fosse possível recolher informação acerca de vários aspetos psicológicos que se pretendia relacionar com a suicidalidade. Foram agrupados sete questionários, a versão portuguesa (Campos, 2000, 2009) do Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Blatt, D’Affliti & Quinlan, 1979), a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2004; Radloff, 1977), o Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (QCS-R) (Campos, Besser & Blatt, 2013; Osman et al., 2001), a Escala Toulousiana de *Coping* (ETC) (Tap, Costa & Alves, 2005; Esparbès et al., 1993), a *Life Experiences Survey* (LES) (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003), o *Test of Self-Conscious Affect* para adultos (TOSCA) (Tangney et al., 1989) e o Inventário de Necessidades de Objetos do Self (SONI) (Banai, Mikulincer, Shaver, 2005).

Para a presente dissertação, utilizou-se o Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Campos, 2000; Blatt, D’Affliti & Quinlan, 1979), a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2004; Radloff, 1977), a Escala Toulousiana de *Coping* (ETC) (Tap, Costa & Alves, 2005; Esparbès et al., 1993) e o Questionário de Comportamentos Suicidários (QCS-R) (Campos, Besser & Blatt, 2013; Osman et al., 2001). Os participantes responderam ainda a um questionário sócio - demográfico.

Os indivíduos que participaram nesta investigação participaram voluntariamente, não tendo sido pagos ou recompensados de nenhuma forma. Foram abordados em espaços públicos e a aplicação dos questionários foi feita num espaço livre de distrações, neutro e confortável para os participantes. A aplicação dos questionários foi individual e os participantes receberam uma breve descrição dos objetivos do estudo. As instruções foram apresentadas de forma escrita. Antes de iniciarem o preenchimento dos protocolos, foi solicitado que assinassem um termo de consentimento informado. Os questionários foram sequenciados de forma aleatória e foram apresentados dentro de um envelope aberto. No final foi pedido aos indivíduos que colocassem as suas iniciais do nome completo no envelope e que o fechassem de forma a garantir a confidencialidade.

Este último procedimento foi requisitado porque, sendo o estudo longitudinal, teríamos de arranjar forma de emparelhar os protocolos recolhidos num primeiro

momento com os protocolos recolhidos num segundo momento. Para além das iniciais nos envelopes, pedimos também aos participantes para facultarem o seu contacto telefónico para que fossem contactados no segundo momento de recolha de informação.

Recolheram-se os questionários de 225 participantes, mas 18 protocolos foram eliminados devido ao facto de serem inválidos (por uma de diversas razões, tais como folhas totalmente em branco sem resposta, demasiados itens omissos e estilos de resposta inadequados, como erro de tendência central). Este procedimento resultou numa amostra final no primeiro momento de 207 indivíduos.

No segundo momento de recolha de dados, não foi possível contactar alguns dos indivíduos para a segunda aplicação, tendo a amostra final ficado reduzida a 195. Os indivíduos, mais uma vez, responderam aos questionários num espaço livre de distrações, neutro e confortável para o participante, e receberam as indicações necessárias para a tarefa proposta. No final, solicitou-se a cada indivíduo que voltasse a fechar o envelope onde os questionários mais uma vez tinham sido apresentados, e a escrever no envelope as iniciais do seu nome tal como tinha feito no primeiro momento. Neste segundo momento, não foi eliminado nenhum protocolo pelos motivos anteriormente referidos a propósito da descrição do momento 1.

4.2 – Instrumentos

Questionário sócio – demográfico. Este questionário permitiu recolher informação acerca dos indivíduos que participaram no presente estudo. Mais concretamente, recolheu-se informação sobre: idade, escolaridade, género, estado civil, distrito de residência, empregabilidade, presença de doença crónica, frequência de consultas de psicologia e presença de doença psiquiátrica.

Questionário de Experiências Depressivas (QED) - (Anexo A). O QED foi originalmente construído por Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, (1979) e foi adaptado para a população portuguesa por Campos (2000; Campos, Besser & Blatt, 2013). Os autores desenvolveram o questionário de forma a medir dois tipos de experiências depressivas, anaclíticas ou de dependência e introjetivas ou de auto-criticismo. Inicialmente o questionário foi construído para estudar as experiências depressivas em indivíduos normais, sendo por isso apropriada toda a investigação com ele realizada posteriormente sobre fenómenos depressivos subclínicos (Blatt & Zuroff, 1992). Mais tarde, com a investigação realizada com o questionário, este mostrou-se válido na

avaliação global dos dois estilos ou dimensões da personalidade, o estilo de dependente ou anaclítico e introjetivo ou auto – crítico (Campos et al., 2013).

O Q.E.D. é constituído por 66 itens e permite medir um conjunto de experiências relacionadas com a patologia depressiva, mas que não considerados sintomas clínicos depressivos. Os sujeitos respondem aos itens numa escala de tipo *Likert* de sete pontos, correspondendo o 1 a <<discordo totalmente>> e o 7 a <<concordo totalmente>>. O 4 é o ponto médio, assinalado quando os indivíduos se encontram claramente indecisos. São obtidos resultados para três escalas ou fatores que resultam da análise fatorial em componentes principais realizadas com a amostra original de aferição de estudantes universitários americanos (Blatt et al., 1976, 1979). O fator I foi designado de “dependência”. Os itens mais saturados neste fator estão direcionados sobretudo para o exterior. Dizem respeito a relações interpessoais e envolvem temas como a preocupação com ser abandonado ou rejeitado, ou com perder os outros, sentir-se só e desamparado e querer estar perto e depender dos outros (Blatt & Homann, 1992). Exemplo de um item deste fator é: “*Necessito urgentemente de coisas que só os outros me podem proporcionar*”. O fator II foi designado de “auto-criticismo”. Os itens que saturam mais alto neste fator têm uma dimensão mais interna e expressam preocupações com o sentimento de culpa, vazio interno, desesperança, insatisfação, insegurança e o sentimento de não ter estado à altura das expectativas e dos objetivos (Blatt & Homann, 1992). Como exemplo de um item deste fator, pode considerar-se o seguinte: “*Se não consigo viver à altura das expectativas, sinto-me sem valor*”. A análise fatorial revelou ainda a existência de um terceiro fator “eficácia” (Blatt et al., 1976). Os itens que mais saturam neste fator envolvem confiança sobre as capacidades e recursos do próprio, o sentimento de possuir força interior, se capaz de assumir responsabilidades, sentir-se independente, orgulhoso e satisfeito com as suas próprias realizações (Blatt & Homann, 1992). Pode considerar-se como exemplo de um item deste fator o seguinte: “*Tenho muitos recursos interiores (capacidades, forças)*”.

A consistência interna das três escalas é adequada com valores do α de Cronbach moderados, quer no estudo original (Blatt, D’Afflitti, et al. 1979) entre 0.72 e 0.83, quer num estudo realizado posteriormente (Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990) entre 0.69 e 0.80. Para avaliar a semelhança entre a versão original do Questionário de Experiências Depressivas (Blatt, D’Afflitti & Quilan, 1979) e a versão portuguesa (Campos, 2000) calculou-se o coeficiente de congruência para as três escalas, e o resultado foi de 0.92 para a escala de dependência, 0.93 para a escala de auto –

criticismo e 0.86 para as escala de eficácia. Estes resultados apontam para que as soluções fatoriais das duas versões sejam muito semelhantes. Os resultados obtidos nos estudos de validação da versão portuguesa do questionário mostram um bom nível de consistência interna. No presente estudo utilizaram-se a escala de auto-criticismo e a sub - escala de Necessidade. A sub - escala de Necessidade pertence ao fator I, designado de Dependência e foi identificado através de investigações realizadas por Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff e Mongrain (1995); Blatt, Zohar, Quinlan, Luthae e Hart (1995) que identificaram dois subfactores do fator dependência: a necessidade e o contacto. O primeiro, considerado como desadaptativo, refere-se a preocupações excessivas e medos face às relações interpessoais, bem como sentimentos devastadores de desamparo, medo de separação e rejeição, preocupações intensas sobre a perda de apoio embora sem especificação de um objeto e/ou indivíduo particular. Por outro lado, o segundo subfactor considerado adaptativo, revela preocupações com a perda e solidão face à rutura de relações interpessoais significativas com um indivíduo em particular, embora sem apresentar sentimentos devastadores face a essa perda.

Relativamente à consistência interna das escalas na amostra do presente estudo, obteve-se um $\alpha=.72$, para a escala de Necessidade, e um $\alpha=.76$, para a escala de Auto – criticismo. A escala de Eficácia não foi utilizada.

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) - (Anexo B). A CES-D foi originalmente construída por Radloff (1977) com o objetivo de avaliar a sintomatologia depressiva na população geral. O seu propósito difere de escalas de avaliação da depressão anteriores que tinham sido utilizadas para diagnóstico em populações clínicas (Radloff, 1977). A prova coloca a ênfase na componente afetiva da depressão. A CES-D foi projetada para ser aplicada na população geral. É um instrumento breve de auto – relato composto por 20 itens selecionados a partir de outras escalas existentes, representativos dos principais aspetos da sintomatologia depressiva (Radloff, 1977). As respostas a cada item são dadas numa escala tipo likert de quatro pontos, de 0 a 3, de “nunca ou muito raramente” a “com muita frequência ou sempre”, de acordo com a avaliação subjetiva que o sujeito faz da ocorrência de sintomas durante a última semana. Dos 20 itens, 4 estão escritos de forma “positiva” de forma a evitar tendências de resposta e para avaliar afetos positivos. Como exemplo de itens positivos, podemos encontrar nesta escala, os seguintes: “*Senti que valia tanto como os outros*”, “*Senti-me confiante no futuro*”. O resultado total desta

escala pode variar de 0 a 60 pontos, e quanto mais elevado maior o número de sintomas apresentados pelo indivíduo (Radloff, 1977).

A adaptação para a população portuguesa foi levada a cabo por Gonçalves e Fagulha (2004). Na adaptação para a população portuguesa tomou-se uma especial atenção para a possibilidade de a prova ser aplicada a indivíduos com escolaridade baixa e, também, à possibilidade de ser aplicada oralmente. Depois de uma primeira tradução, alguns itens foram reformulados de forma a obter uma versão mais simples e familiar. Foram levados a cabo três estudos para validar a escala na população portuguesa. No estudo A utilizou-se uma amostra de estudantes universitários do primeiro ano de psicologia, no estudo B utilizou-se uma amostra recolhida num Centro de Saúde, com indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos e no estudo C utilizou-se uma amostra da população geral com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos. Em todos os estudos efetuados a consistência interna obtida foi superior ao estudo efetuado por Radloff (1977), no estudo A obteve-se um α de Cronbach de .92, no estudo B obteve-se um α de Cronbach de .89, por fim, no estudo C obteve-se um α de Cronbach de .87. Na amostra do presente estudo, obteve-se um α de .88, no primeiro momento de recolha de dados e um α de .85, no segundo momento de recolha de dados.

Escala Toulousiana de Coping (ETC) - (Anexo C). A ETC foi originalmente construída por Esparbès, Sordes-Ader e Tap (1993) com o intuito de avaliar de que forma os diversos indivíduos reagem perante situações adversas e como lidam com essas mesmas situações (Esparbès, Sordes-Ader & Tap, 1993). É um instrumento de auto – relato constituído por 54 itens, a serem respondidos numa escala de tipo likert de 5 pontos, sendo que 1 significa “nunca” e 5 “muito frequente”. Partindo de uma revisão das escalas de avaliação do coping já existentes, os autores propuseram uma nova escala, que articulasse os campos comportamental, cognitivo e afetivo. O campo comportamental, representa os processos pelos quais o sujeito prepara e gere a ação; o campo cognitivo diz respeito ao tratamento da informação proveniente dos acontecimentos, elaborando e adaptando respostas em função da situação; e o campo afetivo constitui as reações emocionais e os sentimentos mais ou menos normais que permitem ao indivíduo legitimar os seus atos e aspirações (Esparbès, Sordes-Ader & Tap, 1996). Os três campos, explicados, levam à emergência de seis estratégias de coping, a focalização, o suporte social, o retraimento, a conversão, o controlo e a recusa (Esparbès, Sordes-Ader & Tap, 1996).

A versão portuguesa desta escala foi desenvolvida por Tap, Costa e Alves (2005). Primeiramente os autores traduziram a escala e discutiram os itens com especialistas, sendo alcançado um consenso relativamente aos 54 itens originais, que assim se mantiveram nesta versão. De seguida, verificaram se o conteúdo da versão resultante avaliava os constructos a que se propunha. Após esta verificação, aplicou-se a escala a um número reduzido de pessoas com as características da população alvo, verificando-se se estes percebiam o significado dos itens como era suposto. Finalmente, procedeu-se à aplicação do questionário a uma amostra mais extensa e à inspeção da validade de constructo e da consistência interna (Tap, Costa & Alves, 2005). Através da realização de uma análise fatorial em componentes principais, verificou-se a existência de cinco escalas ou fatores, são eles: *Controlo* (13 itens, por exemplo, “Enfrento a situação”; “Faço um plano de ação e tento aplicá-lo”; “Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema”); *Retraimento, Conversão e Aditividade* (13 itens, por exemplo, “Evito encontrar-me com pessoas”; “Esqueço os meus problemas tomando medicamentos”; “Mudo o meu comportamento”); *Distração Social* (10 itens – “Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer”; “Procuro atividades coletivas”; “Procuro a todo o custo pensar noutra coisa”); *Suporte Social* (7 itens – “Peço conselhos a profissionais (professores, médicos, psicólogos, etc.) ”; “Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos o que sinto”; “Procuro simpatia e o encorajamento dos outros”); *Recusa* (8 itens – “Recuso-me a admitir o problema”; “Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita”; “As minhas emoções desaparecem tão rapidamente como aparecem”). Os cinco fatores explicam 34,71% da variância total. Através da literatura consultada acerca desta escala foi possível construir dois índices de coping, o índice de coping positivo e o índice de coping negativo. Os índices são constituídos por quatro das cinco escalas acima descritas, sendo que foram agrupadas em positivas (suporte social e controlo) e negativas (recusa e retraimento) de acordo com a categorização descrita no artigo de adaptação portuguesa da escala (Pronost & Tap, 1996; Tap, Costa & Alves, 2005). Resultados mostram que a escala global (54 itens) tem uma consistência interna boa, tendo obtido um α de Cronbach de .78 (Tap, Costa & Alves, 2005). No presente estudo obteve-se um alfa de Cronbach de .79, que se pode considerar como indicador de uma boa consistência interna da escala.

Questionário de Comportamentos Suicidários (QCS-R) - (Anexo D). Em 1981, Linehan construiu um questionário de auto – retrato composto por 34 itens para avaliar a frequência e a severidade de comportamentos suicidários e a história anterior de

tentativas de suicídio. Adicionalmente Linehan e colegas (1983), desenvolveram uma versão do questionário de 4 itens, que avalia a presença de ideação / tentativa de suicídio (item 1 – “Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se”), ideação recente (item 2 – “Com que frequência pensou matar-se no último ano”), intenção suicida (item 3 – “Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se”), e por fim, probabilidade futura de cometer suicídio (item 4 – “Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia”) (Linehan & Nielsen, 1981) e, também, uma outra versão de 14 itens (Linehan, 1996). Na verdade, até à data foram validadas diferentes versões do questionário de 4 itens para diferentes populações. Por exemplo, Cole (1989) modificou os quatro itens iniciais de forma a permitir a sua utilização com jovens delinquentes numa instituição de correção.

O aumento do número de versões modificadas desta escala na literatura sobre avaliação do suicídio levou à necessidade de avaliar as características psicométricas da escala em adolescentes e adultos. Osman e colaboradores (2001) estudaram a utilização da escala, originalmente construída por Linehan e colegas (1983), em amostras clínicas e não clínicas, validando assim o instrumento. Recolheram dados em quatro amostras diferentes, a primeira composta por adultos com perturbações psiquiátricas em regime de internamento, a segunda amostra composta por adolescentes com doença psiquiátrica em regime de internamento, a terceira amostra composta por adolescentes que frequentam o ensino secundário, e a última amostra composta por adultos licenciados. Obtiveram para a amostras de adolescentes com perturbações psiquiátricas em regime de internamento um α de .88, para adolescentes sem perturbação psiquiátrica um α de .87, para adultos com perturbações psiquiátricas em regime de internamento um α de .87, e para a amostra de adultos licenciados um α de .76. Pode, então considerar-se que a consistência interna da versão original desta escala é aceitável. Em relação ao ponto de corte da escala, o mesmo difere para amostras clínicas e não clínicas. Nas primeiras parece adequado um ponto de corte de 8 ou mais, nas segundas um ponto de corte de 7 parece adequado. Na adaptação para a população portuguesa (Campos, Besser & Blatt, 2013) obteve-se em alfa de Cronbach de .62, valor que apesar de não ser elevado, é considerado aceitável. Na presente investigação obteve-se um α de .71.

4.3 – Estratégia de análise de dados

Como análise preliminar correlacionaram-se as variáveis a incluir no modelo entre si (veja-se tabela 2). Correlacionou-se também as variáveis demográficas com as variáveis relativas à suicidalidade. Em seguida, com o *software* AMOS 21 e através da Modelação de Equações Estruturais (SEM) (Hoyle & Smith, 1994), com estimação pelo método da máxima verosimilhança, testou-se o modelo proposto (Figura 1). A Modelação de Equações Estruturais permite o cálculo simultâneo de diversas equações de regressão e a consideração de variáveis latentes. Também permite gerar índices de ajustamento para avaliar a adequação do modelo teórico proposto aos dados obtidos.

A Modelação por Equações Estruturais permitirá, neste caso, estudar a influência das variáveis de personalidade, necessidade e auto-criticismo, do *coping* e da depressão na variável dependente suicidalidade. Foi especificada uma variável latente, suicidalidade, com quatro indicadores – ideação / tentativas de suicídio, ideação recente, intenção suicida e probabilidade futura de vir a cometer uma tentativa de suicídio (itens 1, 2, 3, e 4 do QCS-R respetivamente) – sendo as restantes variáveis no modelo variáveis observadas. As variáveis predictoras tipo traço, as dimensões da personalidade, e o *coping* foram avaliadas num momento 1, a variável estado depressão e a variável dependente suicidalidade, foram avaliadas num momento 2, em média, três meses depois, num *design* longitudinal. Foi controlado o efeito da depressão avaliada no momento 1 na previsão da depressão avaliada no momento 2. Também se testou as relações entre o auto-criticismo e a necessidade com o *coping* positivo e o *coping* negativo controlando a variância comum entre estas duas formas de *coping*.

Foram considerados diversos índices para avaliar o grau de ajustamento do modelo proposto aos dados por comparação com o modelo saturado (o modelo de base que representa ajuste perfeito ao modelo). Utilizou-se o χ^2 , o χ^2/df , o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) e o *Comparative Fit Index* (CFI). Um modelo em que χ^2/df seja ≤ 3 , CFI e NFI sejam maiores do que 0.90, o RMSEA se situe entre .00 e .08 e o SRMR entre .00 e .1 é considerado aceitável (Browne & Cudeck, 1993; Hu & Bentler, 1999; Maroco, 2004).

Examinou-se a multicolinearidade entre as variáveis. Os valores próprios (*eigenvalues*), os *condition index* e os *variance inflation factors* (VIF) e os valores de

tolerância indicaram a ausência de multicolinearidade. Também se examinou a normalidade das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov Z. Os resultados indicam que as distribuições de algumas variáveis se afastam da normalidade. Consequentemente, o método *bootstrapping* (com 5.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) foi usado para testar os níveis de significância (e. g., Mooney & Duval, 1993; Yung & Bentler, 1996). O método de *bootstrapping* também permitiu testar a significância dos efeitos indiretos (e. g., MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West & Sheets, 2002; Mallinckrodt, Abraham, Wei & Russell, 2006).

Capítulo 5 – Resultados

5.1 - Análise preliminar

Calcularam-se as correlações entre as variáveis relativas à suicidalidade e as variáveis demográficas dos participantes. Verificou-se que a variável sexo se correlacionou significativamente com a variável ideação e tentativa ($r = .24, p < .001$) e com a variável ideação recente ($r = .17, p < .05$). A variável escolaridade correlacionou-se significativamente com a variável ideação recente ($r = .15, p < .05$). A variável ter uma doença crónica correlacionou-se significativamente com a ideação recente ($r = .16, p < .05$) e com a probabilidade futura ($r = .33, p < .001$). Ter ido ao psicólogo correlacionou-se significativamente com a ideação e tentativa ($r = .17, p < .05$). Finalmente, ter uma doença psiquiátrica correlacionou-se significativamente com a variável ideação e tentativa ($r = .25, p < .001$), com a variável ideação recente ($r = .23, p < .001$) e com a variável probabilidade futura ($r = .25, p < .001$). As correlações bi-variadas entre as variáveis incluídas no modelo são apresentadas na Tabela 2.

5.2 - Teste do modelo através de Modelação de Equações Estruturais

O modelo de equações estruturais (veja-se figura 2) ajusta-se aos dados de forma satisfatória ($\chi^2 [26] = 52.33, p < .01, \chi^2 / df = 2.093, CFI = .949, NFI = .910; SRMR = 0.056, RMSEA = 0.074, 90\% CI [0.046, 0.104]$). O modelo explica 26% da variância da suicidalidade.

Na figura 2, as trajetórias (efeitos diretos) assinaladas a negrito são significativas. Assim, verifica-se que o auto-criticismo se associa significativamente com o *coping* negativo ($\beta = .60, t = 9.54, p < .001; SE = 0.054, 95\% CI [0.49, 0.70], p < .001$) e que a necessidade se associa significativamente com o *coping* positivo ($\beta = .24, t = 3.10, p < .005; SE = 0.068, 95\% CI [-0.37, -0.10], p < .001$). A depressão avaliada no momento 2 associa-se significativamente com a suicidalidade ($\beta = .42, t = 5.20, p < .001; SE = 0.099, 95\% CI [0.22, 0.60], p < .001$), bem como o *coping* negativo ($\beta = .21, t = 2.58, p < .01; SE = 0.077, 95\% CI [0.06, 0.36], p < .01$). A depressão avaliada no momento 1 associou-se significativamente com a depressão avaliada no momento 2 ($\beta = .50, t = 6.52, p < .001; SE = 0.098, 95\% CI [0.30, 0.68], p < .001$).

Relativamente ao cálculo dos efeitos indiretos, o auto-criticismo associou-se com a suicidalidade ($\beta = .15, t = 2.60, p < .05; SE = 0.055, 95\% CI [0.04, 0.26], p < .05$).

.005). A necessidade não se associa com a suicidalidade, bem como o *coping* negativo e o *coping* positivo. A depressão avaliada no momento 1 associa-se significativamente com a suicidalidade através da depressão avaliada no momento 2 ($\beta = .21$, $t = 2.75$, $p < .05$; $SE = 0.068$, 95% CI [0.10, 0.37], $p < .001$).

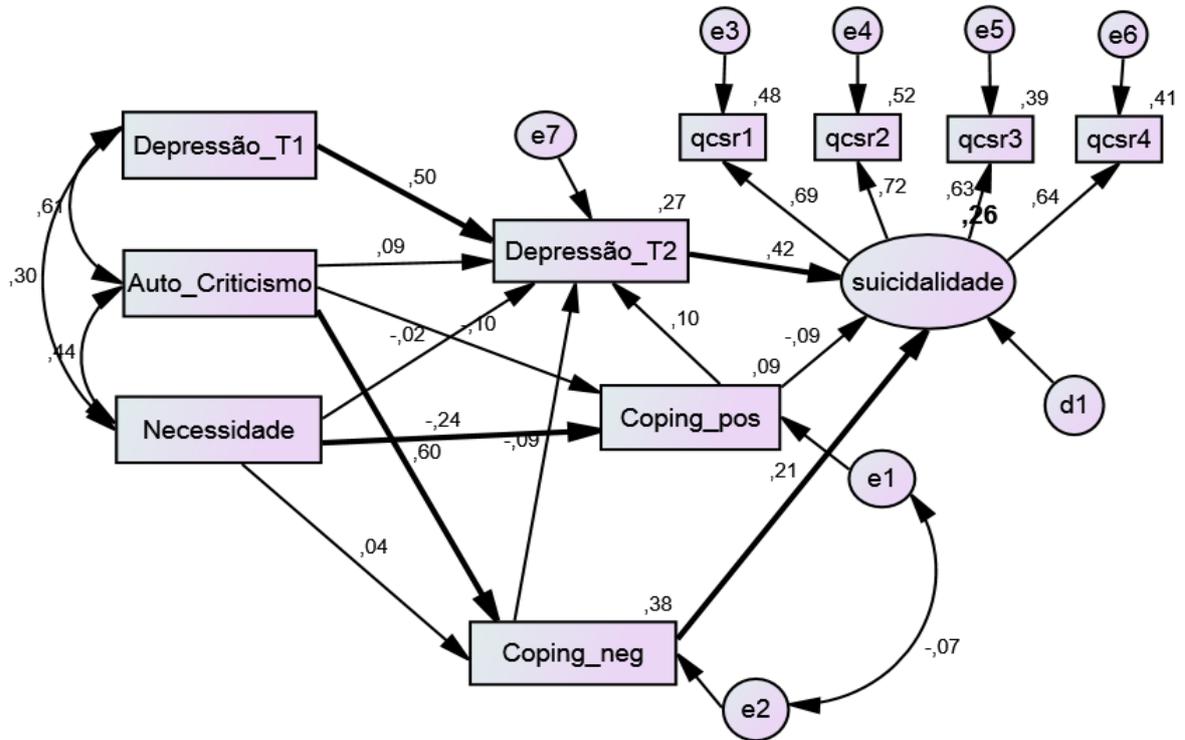
Finalmente importa notar que quando o modelo foi testado controlando a variância comum entre as variáveis demográficas e as variáveis independentes, bem como as associações entre estas variáveis e a suicidalidade, os resultados não se alteraram de forma significativa. Assim sendo, e por uma questão de simplificação na apresentação dos resultados, estas variáveis foram eliminadas do modelo.

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

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	M	SD
1. Auto – criticismo	—										-.43	1
2. Necessidade	.44**	—									.11	.82
3. Depressão Momento 1	.60**	.30**	—								18.4	10.4
4. Depressão Momento 2	.32**	.12	.50**	—							16.6	8.7
5. Índice Coping Positivo	-.20**	-.28**	-.24**	-.024	—						69.2	12.8
6. Índice Coping Negativo	.62**	.31**	.54**	.22**	-.18**	—					53.5	12.3
7. QCS 1 - Ideação / Tentativa Suicídio	.29**	.13	.33**	.34**	-.19**	.18*	—				1.4	.76
8. QCS 2 - Ideação Recente	.30**	.02	.27**	.31**	.00	.22**	.50**	—			1.2	.55
9. QCS 3 - Intenção Suicida	.27**	.07	.20*	.25**	-.07	.17*	.45**	.49**	—		1.2	.47
10. QCS 4 – Prob. Futura	.28**	.15*	.26**	.35**	-.14	.29**	.43**	.47**	.36**	—	.85	1.1

Note. N = ** $p < .05$, two-tailed. ** $p < .01$, two-tailed.

Figura 2. Modelo testado



Nota: retângulos indicam as variáveis observadas; círculo grande indica a variável latente; linhas curvilíneas indicam as covariâncias; linhas a negrito indicam efeitos diretos significativos; círculos pequenos (e) representam os erros de medida das variáveis observadas, e o (d) representa a variância de erro da variável latente.

Capítulo 6 – Discussão de Resultados

Neste trabalho, testou-se um modelo de previsão da suicidalidade que postulou uma relação indireta entre estilos de personalidade anaclítico e introjetivo e a suicidalidade através do efeito do *coping* positivo, do *coping* negativo e da depressão enquanto variáveis mediadoras desta relação. O modelo pressupunha ainda que o *coping* positivo e negativo se relacionavam de forma indireta com a suicidalidade através do efeito da depressão.

Alguns trabalhos têm mostrado que o estilo de personalidade introjetivo se relaciona fortemente com a suicidalidade. No estudo de Clara, Cox & Enns (2004), verificou-se que o auto-criticismo estava fortemente associado com comportamentos suicidários, mesmo após controlar diversas variáveis como as dimensões sociodemográficas e o diagnóstico psiquiátrico. O'Connor (2007) conceptualiza que a relação entre auto-criticismo e suicidalidade é bastante robusta. Os indivíduos introjetivos são perfeccionistas e estabelecem padrões excessivamente altos, podendo, quando ocorrem falhas e insucessos, expressar sentimentos depressivos negativos altamente associados com pensamentos suicidas (Blatt, 1995). Os autores Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams e Winkworth (2000) e Powers, Zuroff e Topciu (2002), reportam que estes indivíduos têm baixa autoestima, reportam sintomas depressivos (Dunkley & Blankstein, 2000), são vulneráveis ao abuso de substâncias e a perturbações alimentares (Bers, 1988; Lehman & Rodin, 1989), são excessivamente preocupados (Stober, 1998), experienciam pouco afeto positivo e muito intenso afeto negativo (Dunkley, Zuroff & Blankstein, 2003). Tendem ainda a culpabilizar-se e são ruminativos em relação às críticas que fazem a eles próprios e aos outros (Dunkley, Zuroff & Blankstein, 2003; Hewitt & Flett, 1991; Frost et al., 1997). A ruminação é na verdade uma variável mediadora da relação entre auto-criticismo e suicídio (O'Connor & Noyce, 2008). Os indivíduos introjetivos quando deprimidos, tendem a ingressar em comportamentos suicidários e fazem-no com real intenção de se magoarem ou de morrerem (Fazaa & Page, 2003).

A literatura é mais controversa no que toca ao estilo anaclítico. Existem estudos que mostram que o estilo de personalidade anaclítico tem relação com a suicidalidade, embora diversos autores considerem que esta relação se faz de forma indireta (e. g. Campos, et al., 2012, 2014; Bornstein & O'Neill, 2000). Outras investigações demonstram que elevados níveis de dependência são só por si, um fator de risco para a suicidalidade (Berman, 1992; Birtchnell, 1981; Loas & Defélice, 2012;

Sandler & Dare, 1970). Sandler e Dare (1970) sugeriram que a vulnerabilidade ao risco de suicídio se deve às suas características de dependência individuais. Os indivíduos anaclíticos caracterizam-se por estarem constantemente preocupados com problemas ao nível dos relacionamentos interpessoais, procuram experiências de fusão com outros, apresentam problemas de confiança em si e nos outros, apresentam também excessiva necessidade em receber carinho por parte de outros e questionam a própria capacidade de amar e expressar afeto. A psicopatologia anaclítica é baseada na constante procura em estabelecer e manter relações interpessoais íntimas significativas e satisfatórias. Quando os indivíduos se encontram num estado de dependência menos adaptativo podem ocorrer falhas na capacidade de relacionamento interpessoal, o que provocará uma diminuição do apoio social recebido e aumento da rejeição por parte dos outros, o que leva ao aumento do risco de depressão e posteriormente ao aumento do risco de suicídio (Bornstein, 1996; Campos, et al., 2014).

No presente trabalho, a relação do auto-criticismo com a suicidalidade, foi mediada pelo *coping* negativo. Este resultado está de acordo com a literatura que sugere a importância deste tipo de traços de personalidade na vulnerabilidade à vivência de *distress* psicológico, nomeadamente depressão e para a utilização de estratégias de *coping* disfuncionais (Costa & McCare, 1990). Indivíduos auto – críticos tendem a utilizar estratégias de *coping* como a retirada (Blatt & Schichman, 1983) e o evitamento social (Alden & Bieling, 1996). Mecanismos como a projeção, a intelectualização e a compensação são também utilizados pelos indivíduos introjetivos para lidar com os sentimentos de fracasso e inutilidade (Blatt, 1990; Blatt & Zuroff, 1992). As estratégias referidas, retirada e evitamento social, têm características semelhantes às estratégias consideradas como *coping* negativo nesta investigação. Ambas estão relacionadas com o afastamento social e com incapacidade de encarar situações problemáticas. As estratégias e os mecanismos utilizados por estes indivíduos não auxiliam na resolução do conflito, transformando-o antes em formas alternativas que permitam a preservação do sentido de self (Blatt, 2008), mas que envolvem muitas vezes sentimentos de raiva e agressividade.

De acordo com os resultados, a relação do auto-criticismo com a suicidalidade não ocorre através do efeito mediador da depressão. Aliás, a necessidade e as estratégias de *coping* positivo e negativo também não apresentam relação com a depressão no momento 2. Isto ocorre, provavelmente, porque o efeito da depressão avaliada no momento 1 na depressão avaliada no momento 2, é muito forte, o que faz

com que pouca variância da depressão no momento 2 fique “livre” para ser explicada pelas restantes variáveis. O facto do *coping* e da personalidade terem sido avaliados num momento diferente da depressão no momento 2 também pode explicar em parte a falta de relação entre as variáveis estudadas.

Conforme os resultados obtidos é evidente a importância que a depressão tem na previsão da suicidalidade. Vários foram os autores que discutiram e concluíram sobre a importância da depressão no suicídio (Bluml, et al., 2013). Diaconu e Turecki (2007) compararam um grupo de pacientes com diagnóstico de perturbação de pânico e de ansiedade com um grupo de pacientes com diagnóstico de depressão relativamente ao risco de suicídio. Os resultados demonstram que o primeiro grupo tinha menor risco de associação à suicidalidade do que o segundo grupo. O segundo grupo apresenta níveis significativamente elevados de associação com a intenção e comportamento suicida (Diaconu & Turecki, 2007). Da Silva et al. (2006) concluíram que os sintomas depressivos, como a falta de energia e humor depressivo, estavam consistentemente associados à ideação suicida. Hawton, Comabella, Haw e Saunders (2013), verificam na sua revisão de literatura sobre suicidalidade, que a depressão era a perturbação mais associada à suicidalidade, sendo prevalente em 2/3 dos casos de intenção ou tentativa suicida.

De acordo com a perspectiva psicanalítica, a depressão pode ser a condição mais significativa que conduz ao suicídio (Fornari, 1966). E podem considerar-se diversos mecanismos específicos na tendência suicida que estão relacionados com a fraqueza das defesas do Eu e com o aparecimento de tendência pulsionais destrutivas que foram recalçadas (Greenberg, 2000). Alguns fatores que podem contribuir para o suicídio são, os seguintes: perda do objeto amado, especialmente se forem relações do tipo simbiótico; uma injúria narcísica do Eu determinada simbolicamente por um sentimento de fracasso ou pela ação de substâncias tóxicas; um dano das defesas egóicas e das suas funções integradoras; sentimentos avassaladores de raiva, culpa, angústia ou a combinação de todos estes sentimentos; dissociação extrema do Eu (Greenberg, 2000). O gesto suicida constitui frequentemente uma forma desesperada para expressar sentimentos de desespero e desamparo. Estes comportamentos tornam-se, por vezes, um grito, uma tentativa de chamar a atenção de modo desesperado e para conseguir a ajuda necessária (Greenberg, 2000). Na maioria das vezes, a mensagem está mascarada e há que decifrar o verdadeiro conteúdo da comunicação.

De acordo com Coimbra de Matos (1982) a depressão é a razão principal da desistência da vontade de viver, e é formulada como a perda de uma relação que ficou aquém do desejado. Morrer pode ser uma solução razoável para alguns sujeitos para interromper uma caminhada de insucessos ou não aceitar uma vida com excessivo sofrimento, desgaste e contratempos (Coimbra de Matos, 1982). Coimbra de Matos, enumera razões masoquísticas e narcísicas que podem ajudar a entender o desejo de morrer, são elas: obter o amor total e duradouro do objeto; vulnerabilidade narcísica, que conduz a que os indivíduos sejam híper sensíveis às depreciações ou críticas pelos outros; intolerância à dor da perda e do abandono, e por fim, a impossibilidade de suportar o orgulho ferido e a derrocada da onipotência. Esta última seria a mais frequente em adultos na fase do ciclo vital, vulgarmente chamada como “crise da média idade”. Seria neste momento que o indivíduo faria uma retrospectiva e um balanço da sua vida, das conquistas e derrotas, vitórias e fracassos (Coimbra de Matos, 1982).

Segundo Freud, os fatores que contribuem para o suicídio remetem sempre de uma forma ou de outra para a melancolia, caracterizando-se esta por um estado de profunda dor, desinteresse pelo mundo, inibição da atividade, perda da capacidade de amar e baixa autoestima (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002). Freud considera, que o suicídio resulta de ideias autodestrutivas extremas. No entanto, em menor grau estas podem encontrar-se em qualquer indivíduo. Freud introduz ainda, como conceito com grande importância no suicídio, a pulsão de morte, de acordo com o qual a agressividade seria dirigida contra o próprio que é identificado como o objeto depressígeno perdido (Greenberg, 2000).

A depressão pode levar ao suicídio dependendo de outras variáveis internos e externos (Campos & Holden, submetido). Shneidman's (1993) construiu um modelo de suicídio que envolve a dor mental como variável preditora. A dor mental é um estado afetivo de angústia e desespero distinto conceptualmente da depressão e da falta de esperança (DeLisle & Holden, 2009). As associações feitas entre dor mental e suicidalidade e a importância de avaliar a dor mental para além da depressão e falta de esperança, tem vindo a ser estudada em várias amostras (Holden et al., 2001). A dor mental tem ganho importância na investigação sobre suicidalidade ao mediar a relação entre perfeccionismo e risco de suicídio (Flamenbaum & Holden, 2007) e, também, entre alexitimia e risco de suicídio (Keefe, Holden, & Gillis, 2009; Campos & Holden, submetido). De acordo com Shneidman's (1993) outros fatores como a depressão e falta de esperança são importantes para o suicídio, apenas porque se

relacionam com a dor mental. De acordo com os resultados de Holden, Mehta, Cunningham e McLeod (2001), a depressão e a falta de esperança relacionam-se com o risco de suicídio através do efeito mediador da dor mental. Resultados de um estudo levado a cabo por Campos e Holden (submetido) mostram que a depressão e a suicidalidade se relacionam através dos efeitos da dor mental e da percepção de ser um fardo para os outros e sentimentos não pertença.

Contrariamente à opinião de Shneidman's acerca da importância da dor mental, Joiner et al. (2009) apresentam uma perspectiva diferente. A Teoria Interpessoal do suicídio de Joiner et al. (2009) refere três fatores psicológicos relevantes para o suicídio, são eles, percepção de ser um fardo para os outros; sentimento de não pertença; capacidade para concretização do suicídio. A percepção de ser um fardo foi considerado como um importante preditor para a suicidalidade, mediando, por exemplo, a relação entre a depressão e a ideação suicida, em idosos (Jahn, Cukrowicz, Linton, & Prabhu, 2011). Associações entre a percepção de ser um fardo e a suicidalidade, foram também obtidas em adultos da comunidade (de Catanzaro, 1995) e adolescentes (Woznica & Shapiro, 1990). A percepção de ser um fardo e o sentimento de não pertença, estão relacionados com o suicídio, mas também se relacionam com a depressão (Joiner, 2005; Freedenthal, Lamis, Osman, Kahlo, & Gutierrez, 2011).

Nesta investigação obteve-se uma relação negativa entre a necessidade e *coping* positivo. A necessidade é uma subescala da dependência, juntamente com o contacto. No entanto, a necessidade constitui uma forma desadaptativa de dependência, enquanto o contato constitui uma forma mais adaptativa de dependência (Campos, et al., 2014). Seguindo esta lógica de pensamento, é importante considerar a presença de necessidade enquanto fator de vulnerabilidade e ao mesmo tempo não proporcionadora da utilização de estratégias de *coping* positivas. O contato, pelo contrário, poderia funcionar como um fator protetor e pressupor a utilização de estratégias de *coping* positivo. Os indivíduos com maior necessidade utilizam menos das estratégias de *coping* positivo do que, provavelmente, indivíduos com maior contato que enfrentariam os problemas de forma mais adaptativa através da utilização do *coping* positivo. As estratégias de *coping* associadas a este estilo de personalidade associam-se ao envolvimento social para reduzir *stress* e à procura de ajuda na rede de suporte social para encontrar resposta para os problemas e resolução dos mesmos mais adequadamente (Blatt & Schichman, 1983). Contudo, no presente estudo, estas evidências não foram comprovadas, tendo-se concluído que indivíduos com altos níveis de necessidade utilizam escassas ou nulas estratégias de *coping* positivas. A

dependência parece constituir um fator de proteção e um fator de vulnerabilidade para a depressão e conseqüentemente para a suicidalidade (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff, & Mongrain, 1995; Mongrain, 1998; Priel & Besser, 1999).

Limitações da investigação

O presente estudo tem algumas limitações, entre as quais, o facto de se ter utilizado uma amostra de conveniência e que é ao mesmo tempo não clínica. O período de tempo entre os dois momentos de recolha de dados, aproximadamente três meses; é também uma limitação. A modesta percentagem de variância da suicidalidade explicada pelo modelo testado, 26% que sendo um valor baixo constitui uma limitação. Refira-se ainda, o facto de todos os instrumentos serem de auto – relato, e dos índices de *coping* utilizados não terem estudos prévios de validação.

Para investigações futuras que pretendam testar este modelo recomenda-se um período de tempo mais extenso entre o primeiro momento e o segundo momento de recolha de dados, e também, a não utilização exclusiva de medidas de auto – relato, devendo estas ser combinadas com outras metodologias, como por exemplo, as entrevistas. É recomendável também, se possível, a utilização de amostras clínicas.

Ainda assim, o *design* longitudinal e uma percentagem próxima de participantes do sexo masculino e feminino podem constituir-se como aspetos positivos deste estudo.

Conclusão

Nesta investigação pretendeu-se testar um modelo de previsão da suicidalidade que incluiu as variáveis *coping* positivo e negativo, depressão e estilos de personalidade introjetivo e anaclítico.

De acordo com os resultados o estilo introjetivo, mas não o estilo anaclítico, dá um contributo para a previsão da suicidalidade. A relação entre auto-criticismo e suicidalidade foi mediada pelo *coping* negativo, o que significa que os indivíduos introjetivos tenderão a utilizar estratégias de *coping* desadaptativas. As suas estratégias para lidar com a adversidade estão comprometidas o que aumenta a sua possibilidade de ingressar em comportamentos suicidários. A depressão não mediou a relação entre auto-criticismo e suicidalidade. No entanto este resultado pode ter-se devido ao peso que a variável depressão avaliada no momento 1 tem, explicando grande parte da variância da depressão avaliada no momento 2 e retira, assim, o poder explicativo ao auto-criticismo.

Os resultados obtidos permitem observar que, a depressão apresenta um papel importante na previsão da suicidalidade. Este aspeto é suportado por toda a literatura revista e discutida neste trabalho acerca desta temática. Note-se o peso que a variável depressão avaliada no momento 1 teve nos resultados, ao anular o peso das restantes variáveis preditoras da depressão avaliada no momento 2 e posterior relação com a suicidalidade.

Apesar da importância das estratégias de *coping* positivo na adequada adaptação a situações de vida adversas, neste estudo, estas estratégias não contribuem significativamente para a previsão da suicidalidade, pelo menos de acordo com o índice utilizado para avaliar o *coping* positivo. No entanto, o *coping* negativo teve importância neste estudo ao mediar a relação entre o auto-criticismo e a suicidalidade.

Por último, a presente investigação apresenta algumas implicações clínicas. No que diz respeito aos estilos de personalidade, os resultados obtidos permitem ressaltar a importância de abordar na prática clínica as características de personalidade de cada indivíduo, mais concretamente com este estudo pode perceber-se que indivíduos com características introjetivas têm um risco mais elevado de ingressar em comportamentos suicidas. Outra implicação clínica prende-se com a importância que estratégias de *coping* mal adaptativas podem ter na vivência de *distress* psicológico e

posterior desenvolvimento de patologias associadas. Para isso, é fundamental na prática clínica ajudar o indivíduo a minimizar a utilização de estratégias de *coping* negativas ou mal adaptativas, apresentando-lhe estratégias alternativas e auxiliando-o na procura de estratégias de *coping* mais adequadas e proporcionadoras de bem-estar psicológico. Por exemplo, se a estratégia de *coping* mais deficitária for “suporte social” deve ajudar-se o indivíduo na procura de maior suporte social, ao integrar-se em grupos de apoio com interesses partilhados ou até mesmo chamando a atenção da rede de suporte proximal para a problemática em questão.

Referências Bibliográficas

- Alden, L. E., & Bieling, P. J. (1996). Interpersonal convergence of personality constructs in dynamic and cognitive models of depression. *Journal of Research in Personality, 30*, 60–75.
- Antoniazzi, A., Dell’Aglío, D., Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de psicologia, 3*, 273 – 294.
- Asarwon, J., Carlson, G., Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 361 – 366.
- Banai, E., Mikulincer, M., Shaver, P. (2005). Selfobject needs in kohut’s self psychology - links with attachment, self-cohesion, affect regulation, and adjustment. *Psychoanalytic Psychology, 22*, 224 – 260.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265–290). New York: Raven Press.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of the personality disorders*. New York: Guilford
- Berman, A. L. (1992). Suicidal behavior and marital interaction. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 22*, 268 – 277.
- Bers, S. A. (1988). The self in anorexia nervosa. Unpublished doctoral dissertation, Yale University, New Haven, CT.
- Besser, A., & Priel, B. (2003). Trait Vulnerability and Coping Strategies in the Transition to Motherhood. *Current Psychology, 22*, 57-72.
- Besser, A., Flett, G. L., & Davis, R. (2003). Self-criticism, dependency, silencing the self, and loneliness: Testing for mediational model. *Personality and Individual Differences, 35*, 1735–1752.
- Besser, A., Priel, B. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: personality predispositions, and protective factors. *Social Behavior and Personality, 33*, 351 – 382.

- Besser, A., Vliengen, N., Luyten, P., & Blatt, S. (2007). Vulnerability to postpartum depression from a psychodynamic perspective: systematic empirical base commentary on issues raised by Blum. *Psychoanalytical Psychology*, 25, 392 – 410.
- Birtchnell, J. (1981). Some familial and clinical characteristics of female suicidal psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 138, 381 – 390.
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclytic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107–157.
- Blatt, S. (1995). The Destructiveness of Perfectionism – implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 157–190.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299–335). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In J. W. Barron, M. N. Eagle & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of Psychoanalysis and Psychology* (pp. 399-428). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.

- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1981). Antisocial behavior and personality organization. In S. Tuttmann, C. Kaye, & M. Zimmerman (Eds.), *Object and self: A developmental approach: Essays in honor of Edith Jacobson* (pp. 325-367). Madison, WI: International Universities Press.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187–254.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527–562.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.
- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., et al. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 319–339.
- Blatt, S., D’Afflitti, J., Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383 – 389.
- Blatt, S., D’Afflitti, J., & Quinlan, D. (1979). *Depressive Experiences Questionnaire*. Unpublished Manual, Yale University, New Haven, CT.
- Blatt, S., Shahar, G., Zuroff, D. (2001). Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions. *Psychotherapy*, 38, 449 – 454.
- Bluml, V., Kapusta, N., Doering, S., Braehler, E., Wagner, B., Kersting, A. (2013). Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German General Population. *PLOS ONE*, 8.
- Boals, A., vanDellen, M., Banks, J. (2011). The relationship between self – control and health: the mediating effect of avoidance coping. *Psychology & Health*, 26, 1049 – 1062.
- Bolgar, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890–902.
- Bornstein, R., & O’Neil, R. (2000). Dependency and Suicidality in Psychiatric Inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 463 – 473.

- Bornstein, R. F. (1992). The dependent personality: Development, social, & clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112, 3 – 23.
- Bornstein, R. F. (1996). Construct validity of the Rorschach Oral Dependency Scale: 1967–1995. *Psychological Assessment*, 8, 200–205.
- Botsis, A. J., Soldatos, C. R., Liossi, A., Kokkevi, A., Stefanis, C. N. (1994) Suicide and violence risk. Relationship to coping styles. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 92-96.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen, K. A. & Long, J. S. (Eds.) *Testing Structural Equation Models*. pp. 136–162. Beverly Hills, CA: Sage.
- Brunstein, Klomek, A., Orbach, I., Meged, S., et al. (2005). Self complexity of suicidal adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17, 267–273.
- Campos, R.C. (2000). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 3, 285-309.
- Campos, R. C. (2009). *Questionário de Experiências Depressivas: Manual*. Évora: Edição do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2012). Distress mediates the association between personality predispositions and suicidality: A preliminary study in a Portuguese community sample. *Archives of Suicide Research*, 16, 1-16.
- Campos, R., Besser, A., Blatt, S. (2013). Recollections of Parental Rejection, Self – criticism and Depression in Suicidality. *Archives of suicide research*, 17, 58 – 74.
- 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., Abreu, H., Parreira, T. & Blatt, S. (2014). Personality Vulnerabilities in Adolescent Suicidality: The Mediating Role of Psychological Distress (in press).

- Campos, R., Mesquita, I., Besser, A., & Blatt, S. (2014). Neediness and depression in women. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78, 16 – 33.
- Campos, R., & Holden, R. (submetido). Testing a theory-based model of suicidality in a low risk community sample. *Omega: Journal of death and dying*.
- Carlson, G., Asarnow, J., & Guthrie, D. (1987). Coping Strategies, Self-Perceptions, Hopelessness, and Perceived Family Environments in Depressed and Suicidal Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 361 – 366.
- Carver, C. S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Chamon, E. (2006). Estress e estratégias de enfrentamento: O uso da Escala Toulousiane no Brasil. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 6, 43 – 64.
- Christian, A., & McCabe, K. (2011). Coping as a Mediator of the relationship between depressive symptoms and deliberate self-harm. *Crisis*, 32, 272 – 279.
- Clara, I. P., Cox, B. J., Enns, M. W. (2004). Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the national co-morbidity survey. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 34, 209 – 219.
- Cohen - Sandler, R., Berman, A.L. (1982). Training suicidal children to problem-solve in nonsuicidal ways. Unpublished paper presented at the annual meeting of the *American Association of Suicidology*, New York.
- Coimbra de Matos, A. (1982). Razões da morte; Morte da razão – abordagem psicanalítica do suicídio. *Jornal do Médico*, 12-19.
- Cole, D. A. (1989). Validation of the Reasons for Living Inventory in general and delinquent adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 13-27.
- Costa, E., Leal, I. (2004). Estratégias de coping e saúde mental em estudantes universitários de Viseu. Em: *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1990). Personality: Another hidden factor in stress research. *Psychological Inquiry*, 1, 22 – 24.

- Cox, B., Clara, I., Enns, M. (2009). Self-criticism, maladaptive perfectionism, and depression symptoms in a community sample: a longitudinal test of the mediating effects of Person-Dependent Stressful Live Events. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 336 – 349.
- da Silva, V. F., de Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marin-Leon, L., Barros, M. B. & Dalgalarondo, P. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the community: a case-control study. *Caderno Saúde Pública*, 22, 1835-43.
- Davis, A. T. (1995). Attempted suicide and depression: Initial assessment and short-term follow-up. In B. Mishara (Ed.), *The impact of suicide* (pp. 130–141). New York: Springs Publishing.
- de Catanzaro, D. (1995). Reproductive status, family interactions, and suicidal ideation: Surveys of the general public and high-risk groups. *Ethology and Sociobiology*, 16, 385-394.
- DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42, 46-63.
- Diaconu, G., & Turecki, G. (2007). Panic disorder and suicidality: is comorbidity with depression the key? *Journal of Affective Disorders*, 104, 203-209.
- Direção-Geral de Saúde (2013). Plano nacional de prevenção do suicídio. Acedido em: 26, 04, 2014, em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 713-730.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., & Flett, G. L. (1997). Specific cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 23, 1041-1053.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 437-453.

- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping, *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 234-252.
- Edwards, M., & Holden, R. (2001). Coping, Meaning in Life, Suicidal Manifestations: examining genders differences. *Journal of Clinical Psychology*, *57*, 1517 – 1534.
- Elliot, J., & Frude, N. (2001). Stress, Coping Styles, and Hopelessness in Self-Poisoners. *Crisis*, *22*, 20 – 26.
- 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, Les stratégies de coping*, 89-107. Saint Criq: Université de Toulouse – Le Mirail.
- Esparbès, S., Sordes-Ader, F., & Tap, P. (1996) Stratégies de personnalisation et appropriation de compétences à l'adolescence: Différences entre garçons et filles In M. de Léonardis & O. Lescarret (Eds.), *Séparation des sexes et compétences* (pp. 247-277). Paris: L'Harmattan.
- Esparbès-Pistre, S., & Tap, P. (2001). Identité, projet et adaptation à l'âge adulte. *Carriérologie, Revue Francophone Internationale*, *8*, 133-145.
- Fazaa, N. (2001). Dependency, self-criticism and suicidal behavior. Unpublished master's thesis, University of Windsor, Windsor, Ontario, Canada.
- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*, 172-185.
- Fichman, L., Kostner, R., Zuroff, D. C., & Gordon, L. (1999). Depressive styles and the regulation of negative affect: A daily experience study. *Cognitive Therapy and Research*, *5*, 483–495.
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, *54*, 51-61.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*, 219-239.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, S., Gruen, J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping health status and psychological symptoms. *Journal of Personality Psychology*, 50, 571 - 579.
- Fornari, F. (1966). La Psychanalyse de la Guerre. *Revue Française de Psychoanalyse*.
- Franche, R., Dobson, K. (1992). Self-criticism and interpersonal dependency as vulnerability factors to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 419 – 435.
- Freedenthal, S., Lamis, D. A., Osman, A., Kahlo, D., & Gutierrez, P. M. (2011). Evaluation of the psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire-12 in samples of men and women. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 609-623.
- Frost, R. O., Trepanier, K. L., Brown, E. J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Makris, G. S., & Leung, A. W. (1997). Self-monitoring of mistakes among subjects high and low in perfectionistic concern over mistakes. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 209-222.
- Gardner, R. W., Holzman, P. S., Klein, G. S., Linton, H. B., & Spence, D. (1959). Cognitive control: A study of individual consistencies in cognitive behavior [Monograph]. *Psychological Issues*, 1.
- Gardner, R. W., Jackson, D. N., & Messick, S. J. (1960). Personality organization in cognitive controls and intellectual abilities [Monograph]. *Psychological Issues*, 2.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (C.E.S.-D.). In M. M. Goncalves, M. R. Simões, L.S. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I, pp. 33-43). Coimbra: Quarteto Editora.
- Greenberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hammen, C. (1992). Cognitive, life stress, and interpersonal approaches to a developmental model of depression. *Development and Psychopathology*, 4, 189–206.

- Hawton, K., Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 147*, 17-28.
- Henrich, C. C., Blatt, S. J., Kuperminc, G. P., et al. (2001). Levels of interpersonal concerns and social functioning in early adolescent boys and girls. *Journal of Personality Assessment, 76*, 48–67.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 98-101.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*, 224-232.
- Horesh, N., Rolnick, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifkd, E., Apter, A., & Kotlel, M. (1996). Coping Styles and Suicide risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 93*, 489 – 493.
- Horowitz, A., Hill, R., King, C. (2011). Specific coping behavior in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence, 34*, 1077 – 1085.
- Horowitz, M. J. (1990). Stress, states, and person schemas. *Psychological Inquiry, 1*, 25 – 29.
- Hoyle, R. H., & Smith, G. T. (1994). Formulating clinical research hypotheses as structural equation models: A conceptual overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 429-440.
- Hu & Bentler (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.
- Jahn, D. R., Cukrowicz, K. C., Linton, K., & Prabhu, F. (2011). The mediating effect of burdensomeness on the relation between depressive symptoms and suicide ideation in a community sample of older adults. *Aging & Mental Health, 15*, 214-220.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.

- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal Theory of Suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, American Psychological Association.
- Keefer, K. V., Holden, R. R., & Gillis, K. (2009, June). *The mediational role of psychache in the relationship between alexithymia and suicidal ideation*. Presented at the Canadian Psychological Association Annual Convention, Montreal, Quebec.
- Kleiman, E., & Riskind, J. (2013). Utilized social support and self -steem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. *Crisis, 34*, 42 – 49.
- Klein, D., Harding, K., Taylor, E., Dickstein, S. (1988). Dependency and self – criticism in depression: evaluation in clinical population. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 399 – 404.
- Klomek, A., Orbach, I., Sher, L., Sommerfeld, E., Diller, R., Apter, A., Shahar, G., & Zalsman, G. (2008). Quality of depression among suicidal inpatient youth. *Archives of Suicide Research, 12*, 133 – 140.
- Kotler, M., Finkelstein, G., Molcho, A. (1993). Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population: coping styles and social support. *Journal of Psychiatry Research, 47*, 281-290.
- Laforge, R., & Suczek, R. F. (1995). The interpersonal dimension of personality: III. An interpersonal checklist. *Journal of Personality, 24*, 94-112.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lehman, A. K., & Rodin, J. (1989). Styles of self-nurturance and disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 117-122.
- Levenson, M. & Neuringer, C. (1971). Problem solving behavior in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37*, 433 - 436.
- Levy, K. N., & Blatt, S. J. (1999). Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within insecure attachment patterns. *Psychoanalytic Inquiry, 19*, 541-575.

- Lidz, T., Lidz, R. W., & Rubenstein, R. (1976). An anaclitic syndrome in adolescent amphetamine addicts. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 31, 317-348.
- Lineham, M. M., Chiles, J.A., Egan, K.J., Devine, R.H., Laffau, J.A.(1986). Presenting problems of parasuicides versus suicide ideators and nonsuicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 54, 880-881.
- Linehan, M. M., & Nielsen, S. L. (1981). Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 773-775.
- Linehan, M. M. (1996). *The Suicidal Behaviors Questionnaire – 14 (SBQ-14)*. Unpublished instrument. University of Washington, Seattle.
- Linehan, M.M., & Addis, M.E. (1983). *Screening for suicidal behaviors: The suicidal behaviors questionnaire*. Unpublished manuscript. University of Washington, Seattle.
- Loas, G., & Defélice, E. (2012). Absolute and Relative short-term stability of interpersonal dependency in suicide attempters. *Journal of Nervous & Mental Health Disease*, 200, 904-907.
- Luthar, S., & Blatt, S. (1993). Dependent and self-critical depressive experiences among inner-city adolescents. *Journal of Personality*, 61, 365-386.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S., Meganck, S., Jansen, B., Grave, C., Maes, F., Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and anxiety*, 24, 586 – 596.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A Comparison of Methods to Test Mediation and Other Intervening Variable Effects. *American Psychological Association*, 7, 83–104.
- Mallinckrodt, B., Abraham, T. W., Wei, M., & Russell, D. W. (2006). Advance in testing statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 372-378.
- Maroco, J. P. (2004). *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.

- Marty, M., Segal, D., Coolidge, F. (2010). Relationship among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging & Mental Health, 14*, 1015 – 1023.
- Meyer, R., Salzman, C., Youngstrom, E., Clayton, P., Goodwin, F., Mann, J., Alphas, L., et al. (2010). Suicidality and risk of suicide – definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *Journal of Clinical Psychiatry, 8*, 1040-1046.
- Mijolla, A. & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mongrain, M. (1993). Dependency and self-criticism located within the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences, 15*, 455-462.
- Mongrain, M. (1998). Parental representations and support-seeking behaviors related to dependency and self-criticism. *Journal of Personality, 66*, 151–173.
- Mongrain, M., Lubbers, R., & Struthers, W. (2004). The power of love: Mediation of rejection in roommate relationships of dependents and self-critics. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 94-105.
- Mooney, C. Z., & Duval, R. D. (1993). *Bootstrapping: A Nonparametric Approach to Statistical Inference*. University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-095. Newbury Park, CA: Sage.
- Moos, R. H., & Swindle, R. W. (1990). Person-environment transactions and the stressor-appraisal coping process. *Psychological Inquiry, 1*, 30–32.
- Nietzel, M. T., Harris, M.J. (1990). Relationships of dependency and achievement / autonomy to depression. *Clinical Psychology Review, 10*, 279 – 297.
- O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 698–714.
- O'Connor, R. C., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 392 – 401.
- Orbach, I., Joseph, H., Dror, N. (1990). Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suicide and Life- Treatment Behavior, 20*, 56 - 64.

- Orbach, I., Rosenheim, E., Haray, E. (1987). Some aspects of cognitive functioning in suicidal children. *Journal of Academic Children and Adolescent*, 26, 181-185.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios F. X. (2001). The suicidal behaviors questionnaire revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443-454.
- Park, S., Cho, S., Moon, S. (2010). Factors associated with suicidal ideation: role of emotional and instrumental support. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 389 – 397.
- Parker, R., Kaslow, N., Okun, A., Young, S., Wyckoff, S., Thompson, M., Price, A., Bender, M., Goldin, H. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African human. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 311 – 319.
- Patsiokas, A.T., Clum, G. A., Luscomb, R. L. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 478 - 484.
- Pietrzak, R., Russo, A., Ling, Q., Southwick, S. (2011). Suicidal ideation in treatment – seeking veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom: the role of coping strategies, resilience and social support. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 720 – 726.
- Pincus, A. (1987). *Dependency: pathology, disposition, and construct validity*. Paper presented at the University of British Columbia, Vancouver.
- Piquemal-Vieu, L. (2001). Le *coping*: Une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en Soins Infirmiers*, 67, 84-98.
- Powers, T. A., Zuroff, D. C., Topciu, R. (2002). *Covert and overt expressions of selfcriticism and perfectionism and their relation to depression*. Unpublished manuscript, University of Massachusetts, Dartmouth.
- Priel, B., & Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 240-253.

- Pronost, A.M., & Tap, P. (1996). La prévention du burnout et ses incidences sur les stratégies de coping (nº spécial sur la Psychologie de la santé), *Psychologie Française*, 41, 165-172.
- 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.
- Rafael, M. (2006). *Estratégias de coping e estima de si*. Tese de Mestrado em Relações de ajuda. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Rothmann, S., & Rensburg, P. (2002). Psychological strengths, coping and suicide ideation in south African police services in the north west province. *Journal of Industrial Psychology*, 28, 39 – 49.
- Rudolph, K. D., Denning, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.
- Rydin, E., Asberg, M., Edman, G., Schalling, D. (1990). Violent and nonviolent suicide attempts. A controlled Rorschach study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 82, 30-39.
- Sandler, J., & Dare, C. (1970). The psychoanalytic concept of orality. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 211 – 222.
- Santor, D. A., & Zuroff, D. C. (1997). Interpersonal responses to threats to status and interpersonal relatedness: Effects of dependency and self-criticism. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 521-542.
- Santos, J. (2007) *A morte anunciada - suicidio e parasuicidio*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Savóia, M. G. (1995). *Relação entre eventos vitais e mecanismos de coping no transtorno do pânico*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Schotte, D.E., & Clum, G.A. (1982). Suicide ideation in a college population: a test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690-696.
- Serra, A., & Pocinho, F. (2001). Auto - conceito, coping e ideias de suicidio. *Psiquiatria Clínica*, 22, 9 – 21.

- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2003). Clinical perfectionism is not multidimensional perfectionism: a reply to Hewitt, Flett, Besser, Sherry & McGee. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1217 – 1220.
- Shahar, G., Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (2003). Mixed anaclitic - introjective psychopathology in treatment-resistant patients undergoing psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 84–102.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 145-147.
- 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, 49-60.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Stober, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24, 481-491.
- Sturman, E., & Mongrain, M. (2005). Self-criticism and major depression: An evolutionary perspective. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 505 – 519.
- Suls, J., David, J.P., & Harvey, J.H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64, 711-735.
- Szumotalska, E. (1992). *Severity and type of depressive affect as related to perceptual styles: Relationship of anaclitic versus introjective depressive configuration to holistic versus analytic similarity judgment*. Unpublished doctoral dissertation, New School for Social Research, New York.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1989). *The Test of Self-Conscious Affect*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Tap, P. (1998). *La société pygmalion*. Paris: Dunod.
- Tap, P. (2006) *La psychologie au service des personnes et des organisations*. Acedido em: 10, 10, 2013, em: <http://www.pierretap.com>.

- Tap, P., Costa, E. S., & Alves, M. N. (2005). Escala Toulousiana de *coping* (ETC): Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 47-56.
- Tap, P., Esparbès-Pistre, S., & Sordes-Ader, F. (1995). Identité et stratégies personnalisation. *Bulletin de Psychologie*, 50, 1-10.
- Tapp, J. T. (1985). *Multisystems holistic model of health, stress and coping*. Em: *Stress and coping*. Field, T. M., McCabe, P. M., & Scheneiderman (Eds.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vaillant, G.E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.
- Votta, E., & Manion, I. (2004). Suicide, High-risk Behaviors, and coping style in Homeless Adolescents Males Adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 34, 237 - 243
- WHO (2013). World suicide prevention day. Acedido a 30, 05, 2014. em: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html.
- Wiggins, J. S., & Trapnell, P. D. (1996). A dyadic-interpersonal perspective on the five-factor model. In J. S. Wiggins (Ed.), *The five -factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 88-162). New York: Guilford Press.
- Witkin, H. A. (1965). Psychological differentiation and forms of pathology, *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 317-336.
- Woznica, J. G., & Shapiro, J. R. (1990). An analysis of adolescent suicide attempts: The expendable child. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 789-796.
- Yung, Y., & Bentler, P. (1996). Bootstrapping techniques in Analysis of Mean and Covariance Structures. In G. A. Marcoulides & R.E. Schumacker (Eds.) *Advanced Structural Equation Modeling: Issues and Techniques*. Psychology Press: New York.
- Zhang, Y., Law, C.K., Yip, P. (2011). Psychological factors associated with the incidence and persistence of suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 133, 584-590.

Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., Wielgus, M. S., Powers, T. A., & Franko, D. L. (1983). Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality, 17*, 226–241.

Zuroff, D., Quinlan, D., & Blatt, S. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 55*, 65-72.

Anexo B - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos

Nº.....				
CES-D				
Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira durante a semana passada fazendo uma cruz no quadrado correspondente.				
Use a seguinte chave:				
<input type="checkbox"/>	Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)			
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente (1 ou 2 dias)			
<input type="checkbox"/>	Com alguma frequência (3 ou 4 dias)			
<input type="checkbox"/>	Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)			
Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasionalmente	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 neura 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 – Escala Toulousiana de Coping

Situação difícil
escolhida: _____

Face a esta situação reajo da seguinte forma:

Afirmações	Nunca 1	2	3	4	Muito Freq. 5
1. Enfrento a situação.	1	2	3	4	5
2. Peço conselhos a profissionais (professores, médicos, psicólogos,...).	1	2	3	4	5
2. Procuro sentir-me melhor comendo algo.	1	2	3	4	5
4. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer.	1	2	3	4	5
5. Tento não pensar no problema.	1	2	3	4	5
6. Peço a Deus para me ajudar.	1	2	3	4	5
7. Evito encontrar-me com pessoas.	1	2	3	4	5
8. Aceito o problema se ele for inevitável.	1	2	3	4	5
9. Tento não entrar em pânico.	1	2	3	4	5
10. Mudo a minha forma de viver.	1	2	3	4	5
11. Faço um plano de acção e tento aplicá-lo	1	2	3	4	5
12. É-me difícil utilizar palavras para descrever o que experimento face a uma situação difícil.	1	2	3	4	5
13. Não penso nos problemas quando eles se colocam.	1	2	3	4	5
14. Recuso-me a admitir o problema.	1	2	3	4	5
15. Sinto agressividade face a outrem.	1	2	3	4	5
16. Faço qualquer coisa mais agradável.	1	2	3	4	5
17. Analiso a situação para melhor a compreender.	1	2	3	4	5
18. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto.	1	2	3	4	5
19. Ataco o problema de frente.	1	2	3	4	5
20. Discuto o problema com os meus pais.	1	2	3	4	5
21. Esqueço os meus problemas tomando medicamentos.	1	2	3	4	5

Anexo D – Questionário de Comportamentos Suicidas

QCS-R

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

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

INSTRUÇÕES: 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