



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

A relação entre estilos de personalidade, raiva e suicidalidade em adolescentes

Cristiana Cordeiro Mesquita

Orientação: Prof. Doutor Rui Alexandre Godinho da Costa Campos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2013



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia
Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

**A relação entre estilos de personalidade, raiva e suicidalidade em
adolescentes**

Cristiana Cordeiro Mesquita

Orientador: Prof. Doutor Rui Alexandre Godinho da Costa Campos

Setembro, 2013

Agradecimentos

Gostaria, em primeiro lugar, de agradecer a todas as pessoas que têm vindo a fazer parte do meu percurso ao longo dos últimos cinco anos e que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha família, pais, avós e tias pelo voto de confiança, por terem acreditado em mim e nas minhas capacidades e por me terem impulsionado a chegar até aqui.

Ao Bernardo em especial, por mesmo longe me dar força e incentivo para continuar, por iluminar os meus dias, enchê-los de sorrisos e de alegria. Por me mostrar que podemos ser o que quisermos se lutarmos por isso...

Aos meus amigos, especialmente à Helena Guilherme por ter estado sempre do meu lado nesta jornada, pelas palavras de incentivo e de força e por ter acreditado sempre em mim. Pela amizade, mesmo distante e pela compreensão para com as minhas ausências, falhas e indisponibilidades ao longo destes cinco anos.

À minha madrinha, Cristina Morgado, pelo apoio, incentivo e ajuda que me deu ao longo destes cinco anos, em especial pela contribuição dada ao desenvolvimento desta tese.

A todos os professores e colegas da Universidade de Évora, com quem tive o prazer de me cruzar e que contribuíram para a pessoa que sou hoje.

Ao Professor Rui Campos, orientador desta dissertação, pelo apoio, segurança, exigência, pela disponibilidade e pelas críticas construtivas essenciais ao desenvolvimento deste trabalho. Por ter acreditado tantas vezes mais do que eu e por ter despertado em mim o gosto pelo trabalho de investigação.

Aos Presidentes dos Conselhos Executivos da Escola Profissional da Região do Alentejo (Évora) e da Escola Secundária Conde de Monsaraz (Reguengos de Monsaraz) pela disponibilidade para me receberem e por terem aceite colaborar com este trabalho. Aos Professores das referidas escolas que disponibilizaram tempo das suas aulas para o preenchimento dos questionários.

A todos os adolescentes que responderam aos questionários, sem eles não teria sido possível realizar este trabalho.

A relação entre estilos de personalidade, raiva e suicidalidade em adolescentes

Resumo

Este estudo testa a relação entre estilos de personalidade, raiva, depressão e suicidalidade numa amostra de 263 adolescentes, através de um modelo de efeitos indiretos. Os adolescentes responderam ao Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (Blatt e colegas, 1992), à Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (Radloff, 1997), ao Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (Osman e colegas, 2001), ao Inventário de Estado-Traço e Expressão de Raiva (Spielberger, 1988) e a um Questionário Sócio-demográfico. Foi realizada uma Path Analysis através da modelação de equações estruturais, tendo previamente sido calculadas correlações bi-variadas entre as variáveis. Concluiu-se que a suicidalidade na adolescência parece ser influenciada por variáveis de personalidade, por algumas formas de expressão de raiva (temperamento de raiva e raiva para dentro) e pela depressão sintomática. Estes resultados contribuem para a elaboração de programas de prevenção do suicídio e para o trabalho clínico/avaliação psicológica com adolescentes em risco de suicídio.

Palavras - Chave: Estilo de Personalidade Anaclítico, Estilo de Personalidade Introjectivo, Raiva, Suicidalidade, Adolescentes, Depressão.

The relationship between personality styles, anger and suicidality in adolescents

Abstract

This study tests the relationship between personality styles, anger, depression, and suicidality in a sample of 263 adolescents, through a model of indirect effects. The adolescents completed the Depressive Experiences Questionnaire for Adolescents (Blatt and colleagues, 1992), the Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies (Radloff, 1997), the suicidal Questionnaire - Revised (Osman and colleagues, 2001), the State-Trait Anger Expression (Spielberger, 1988) and the Socio-demographic Questionnaire. One Path Analysis was performed using structural equation modeling, and bi - varying correlations among the variables previously been calculated. It was concluded that suicidality in adolescence seems to be influenced by personality variables, for some forms of expression of anger (anger temperament and anger in) and symptomatic depression. These results contribute to the development of suicide prevention programs and for clinical work / psychological assessment with adolescents at risk for suicide.

Key-words: Anaclitic personality style, Introjective Personality Style, Anger, Suicidality, Teens, Depression.

Índice

| | |
|--|------------|
| Agradecimentos | III |
| Resumo | V |
| Abstract | VII |
| Índice de Tabelas | XI |
| Índice de Figuras | XI |
| Introdução | 1 |
| | |
| Parte I - Revisão Bibliográfica | 5 |
| | |
| Capítulo 1 – A suicidalidade na adolescência | 5 |
| | |
| Capítulo 2 – Personalidade, depressão e suicidalidade na adolescência | 13 |
| 2.1 – Perspetiva de Sidney Blatt sobre a personalidade e a psicopatologia | 13 |
| 2.2 – Estilos de personalidade anaclítico e introjectivo e a depressão | 19 |
| 2.3 – Estilos de personalidade anaclítico e introjectivo e a suicidalidade | 20 |
| | |
| Capítulo 3 – Raiva, depressão e suicidalidade | 21 |
| 3.1 – O conceito de raiva e o Modelo de Spielberger | 21 |
| 3.2. – A experiência de raiva na adolescência | 24 |
| 3.3 – A raiva e a sua relação com a depressão | 25 |
| 3.4 – A raiva e a sua relação com a suicidalidade | 28 |
| | |
| Parte II – Estudo Empírico | 31 |
| | |
| Capítulo 4 – Objetivos e Hipóteses de Investigação | 31 |
| | |
| Capítulo 5 – Metodologia | 35 |
| 5.1. – Participantes | 35 |
| 5.2. – Instrumentos de Medida..... | 37 |
| 5.3. – Procedimento..... | 40 |
| 5.4. - Metodologia de Análise dos Resultados | 40 |
| | |
| Capítulo 6 – Resultados | 43 |
| 6.1. - Análise preliminar | 43 |

| | |
|---|-----------|
| 6.2. - <i>Path analysis</i> através de modelação com equações estruturais | 43 |
| Capítulo 7 – Discussão..... | 47 |
| <i>Conclusões e implicações</i> | 55 |
| <i>Referências Bibliográficas</i> | 57 |
| ANEXOS | 89 |

Índice de Tabelas

Tabela 1. Variáveis sócio-demográficas..... 35, 36

Tabela 2. Correlações entre as variáveis em estudo.44

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo conceptual de base ao estudo..... 32,45

Figura 2. Modelo de efeitos indiretos relativo à previsão da variável suicidalidade a partir das variáveis de personalidade, da depressão e das variáveis temperamento e raiva para dentro46

Se te Queres Matar

Se te queres matar, por que não te queres matar?
Ah, aproveita! que eu, que tanto amo a morte e a vida,
Se ousasse matar-me, também me mataria...
Ah, se ousares, ousa!
(...)

De que te serve o quadro sucessivo das imagens externas
A que chamamos o mundo?
(...)

De que te serve o teu mundo interior que desconheces?
Talvez, matando-te, o conheças finalmente...
Talvez, acabando, comeces...
(...)

Fazes falta? Ó sombra fútil chamada gente!
Ninguém faz falta; não fazes falta a ninguém...
Sem ti correrá tudo sem ti.
Talvez seja pior para outros existires que matares-te...
Talvez peses mais durando, que deixando de durar...

A mágoa dos outros?... Tens remorso adiantado
De que te chorem?
Descansa: pouco te chorarão...
O impulso vital apaga as lágrimas pouco a pouco,
Quando não são de coisas nossas,
Quando são do que acontece aos outros, sobretudo a morte,
Porque é coisa depois da qual nada acontece aos outros...
(...)

Há primeiro em todos um alívio
Da tragédia um pouco maçadora de teres morrido...
Depois a conversa aligeira-se quotidianamente,
E a vida de todos os dias retoma o seu dia...
(...)

Encara-te a frio, e encara a frio o que somos...
Se queres matar-te, mata-te...

Álvaro de Campos, in "*Poemas*"
Heterónimo de Fernando Pessoa

Introdução

Os comportamentos suicidários na adolescência constituem um importante problema de saúde pública (Sampaio e colegas, 2000). O gesto suicidário pode ser considerado “*um fenómeno complexo, multifacetado, [que necessita] de esforços coordenados de vários setores, unidos através de uma correta metodologia de intervenção (...)*” (Sampaio, 1991, p.31). Os adolescentes possuem uma tendência natural para comunicarem através da ação, procurando muitas vezes formas de alívio do sofrimento pouco adaptativas para lidarem com os seus conflitos internos: consumo de álcool e drogas, depressão, agressividade, e por outro lado, ideação e tentativa de suicídio (Werlang & Asnis, 2004).

Em vez de se pensar que um adolescente tenta suicidar-se devido a uma única causa, há que compreender que a sua intenção pode resultar de diversos fatores em interação. A investigação deverá dedicar-se ao entendimento das relações existentes entre esses fatores e à sua interação com as características pessoais e contextuais dos indivíduos (Borges & Werlang, 2006).

São vários os trabalhos que ao longo dos anos têm procurado dar um contributo para a compreensão do fenómeno da suicidalidade na adolescência (e. g. Bursztein & Apter, 2008; Jeammet & Birot, 1994; Lehnert, Overholser & Spirito, 1994; Sampaio, 1991; Shek & Yu, 2012). Entre as variáveis estudadas na sua relação com a suicidalidade no adolescente encontramos a *raiva* (e. g. Daniel, Goldston, Erkanli, Franklin & Mayfield, 2009; Guimarães & Pasian, 2006; Kerr & Scheider, 2008; Lamb, Sereika, Patterson & Kaufmann, 2003; Puskar, Ren, Bernardo, Haley & Stark, 2008; Ramirez & Andreu, 2005; Silver, Field & Sanders, 2000; Zimprich & Mascherek, 2012), a depressão (e. g. Chabrol & Moron, 1988; Kienhorst, De Wild, Diekstra & Wolters, 1991) e a personalidade (e. g. Block, Gjerde, & Block, 1991; Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013; Coles, Greene & Braithwaite, 2002; Fazaa & Page, 2003; Morrison & O’connor, 2008). No entanto, e mediante o conhecimento de que dispomos, nenhum trabalho propôs até à data um modelo que testasse as relações entre estas variáveis na previsão da suicidalidade.

Assim, este estudo pretende testar um modelo que envolve as relações entre os estilos de personalidade na perspetiva de Sidney Blatt (1974) (anaclítico e introjectivo), dimensões da *raiva* de acordo com o modelo proposto por Spielberger, e a depressão na suicidalidade com uma amostra de adolescentes. Trata-se de um

trabalho que assenta conceptualmente em dois modelos teóricos, o de Blatt (1974, 1990, 2004, 2008) e o de Spielberger (1988, 1991, 1992, 1996).

O modelo de Sidney Blatt tem como foco uma visão dimensional, que sugere a continuidade entre o normal e o patológico. O autor define dois tipos de experiências depressivas tendo por base os acontecimentos relevantes que podem conduzir um indivíduo à depressão: depressão anaclítica (ou de dependência), com início nas perturbações das relações interpessoais significativas e gratificantes; e depressão introjectiva (ou de autocrítico), com origem em perturbações do sentido do *Self* (Blatt & Maroudas, 1992). Para Blatt (1974, 1990) a dependência e o autocrítico podem ser considerados dois tipos de depressão, dois tipos de experiências depressivas mas também dois estilos de personalidade, sendo que ambos constituem fatores de vulnerabilidade para a depressão.

Já o modelo proposto por Spielberger (1996), mais precisamente, o Modelo de Estado – Traço e Expressão de *Raiva*, considera que a manifestação da *raiva* abrange três grandes componentes: o estado de *raiva* (estado emocional pautado por sentimentos subjetivos que variam de intensidade, podendo ir desde um leve incómodo até à irritação intensa), a expressão de *raiva* que envolve a dimensão da *raiva* para fora, *raiva* para dentro e controlo de *raiva*, e o traço de *raiva* (tendência para experimentar frequentemente estados de *raiva*) composto por outras duas subdimensões: o temperamento de *raiva* e a reação de *raiva* (Spielberger, 1992, 1996).

Neste trabalho utilizou-se um conjunto de instrumentos adaptados para a população portuguesa, o Inventário de Estado-Traço e Expressão de *Raiva* (STAXI), o Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A), a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e o Questionário de Comportamento Suicidário – Revisto (QCS-R).

O trabalho estrutura-se em duas partes: uma primeira de enquadramento teórico, onde se apresenta uma revisão bibliográfica sobre o tema. No primeiro capítulo, apresentaremos uma contextualização da temática da suicidalidade na adolescência, e no capítulo 2, falamos das relações entre personalidade, depressão e suicidalidade na adolescência. No segundo capítulo, apresentamos ainda os conceitos introdutórios sobre a personalidade na perspetiva de Sidney Blatt e a sua relação com a depressão e a suicidalidade. No terceiro capítulo, abordaremos o conceito de *raiva* e

o Modelo de Spielberger, as manifestações da *raiva* na adolescência, e a sua relação com a depressão e a suicidalidade.

Segue-se depois o estudo empírico. No capítulo 4, encontram-se os objetivos e hipóteses de investigação. No capítulo 5, a metodologia e a caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos de medida, o processo de recolha de dados e a metodologia de análise dos resultados. No capítulo 6, apresentamos os resultados obtidos. O capítulo 7 é dedicado à discussão dos resultados, e às respetivas limitações e direções futuras. Terminamos o trabalho com as conclusões finais e as implicações clínicas.

Parte I - Revisão Bibliográfica

Capítulo 1 – A suicidalidade na adolescência

O suicídio é a terceira causa de morte mais frequente em adolescentes (Bertolote & Fleischmann, 2004; De Leo, Bertolote, & Lester, 2003; Goldman & Beardslee, 1999; Lehnert e colegas, 1994; Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002; Mann, 2002; Maris, Berman, & Silverman, 2000; Shaffer & Pfeffer, 2001). Sendo uma das expressões mais dramáticas do mal estar humano, é também um dos sinais mais evidentes de depressão. Numa perspetiva geral, é preocupante a incidência das taxas de suicídio nesta fase de desenvolvimento (Bursztein & Apter, 2008; Dias & Vicente, 1984).

As últimas décadas têm sido caracterizadas em muitos países, por um aumento do suicídio e de tentativas de suicídio ou parasuicídio em jovens adolescentes (Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS), 2013). Em Portugal, o número de suicídios na adolescência não é elevado, ao contrário do número de tentativas, tornando-se esta uma realidade preocupante, nomeadamente a Sul do Tejo. Embora os estudos epidemiológicos revelem variações naturais, a maioria deles aponta para uma taxa superior no sexo feminino relativamente ao suicídio não consumado e uma superior no sexo masculino para o suicídio consumado (Santos & Sampaio, 1997). De acordo com a SPS (2013) no que diz respeito às taxas de suicidio nos jovens verifica-se que têm existido algumas flutuações. Em relação ao sexo feminino em 2003, o nosso país tinha uma taxa de 1.8 por 100.000 habitantes, em jovens entre os 15 e os 24 anos. Relativamente ao sexo masculino, em jovens da mesma faixa etária, a taxa era de 6.2 por 100.000 habitantes. Em 2006, ocorreu um decréscimo tanto para os jovens do sexo feminino como masculino (0.5 e 4.3 por 100.000 habitantes, respetivamente). Por sua vez, em 2009, os valores voltaram a subir com taxas na ordem dos 6.7 por 100.000 habitantes para os jovens adolescentes e 1.4 por 100.000 habitantes para as jovens.

Relativamente ao plano internacional, Portugal ocupa a 34^o posição nos países da Europa com as taxas de suicidio mais elevadas, com um valor de 9.6 por 100.000 habitantes em 2009. Até à data, 2010 foi um dos anos em que a suicidalidade assumiu uma taxa mais elevada (10.4 por 100.000 habitantes). Perante este facto, constata-se que apesar de o número de suicídios ter sido sempre mais elevado no sexo masculino,

nos últimos anos tem vindo a aumentar no sexo feminino. Segundo Gasquet e Choquet (1994) estas diferenças entre sexos, relativamente ao panorama internacional, indicam-nos que a gravidade das tentativas de suicídio no sexo masculino se encontra associada à diferença de meios utilizados, mas também a diferenças psicopatológicas.

Na literatura, o conceito de suicídio é gerador de dúvida. Vaz Serra (citado por Sampaio, 1991) considera-o a “*autodestruição por um ato deliberadamente realizado para conseguir este fim*” (p.31). Por outro lado, as tentativas de suicídio assumem-se como atos destrutivos não fatais (Sampaio, 1991). Estas são mais comuns entre a população jovem, nomeadamente o sexo feminino, por comparação com o suicídio propriamente dito, mais frequente no sexo masculino e em idosos (O'Connor & Sheehy, 2000; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Sampaio, 1991). As tentativas de suicídio constituem-se como os maiores preditores do suicídio (Santos & Sampaio, 1997), sendo a ideação suicida preditora da tentativa de suicídio na adolescência. Para além da ideação (o indivíduo pensa em matar-se e não apenas em morrer), da tentativa e do suicídio consumado, encontramos o parasuicídio. Este corresponde a um ato não fatal, onde o adolescente não tem a intenção de morrer, mas no qual arrisca danos em si mesmo, situando-se aqui os habituais comportamentos de risco, como o abuso de substâncias e de álcool, a condução perigosa, os comportamentos de automutilação ou a prática de desportos perigosos. Os parasuicídios são comportamentos que visam desafiar e não morrer, e surgem de forma cada vez mais frequente nesta faixa etária (Sampaio, 1991; Saraiva, 1999). Assim, a suicidalidade deve ser compreendida como um conceito lato, numa perspetiva dimensional, como um *continuum* num sujeito que vai desde a ideação suicida até aos planos e tentativas (consumadas e interrompidas), culminando no comportamento suicida propriamente dito (Barrios, Everett, Simon, & Brener, 2000; Gassmann-Mayer et al., 2011).

A depressão constitui-se uma problemática importante da adolescência, encontrando-se frequentemente relacionada com as tendências suicidárias (Lamis & colegas, 2010). Uma possível relação entre gesto suicida e depressão pode ser abordada mediante a perspetiva de varios autores. Para alguns autores a tentativa de suicídio situa-se no registo da problemática do luto e da depressão. Para outros, o gesto suicida localiza-se no seio de um momento de rutura com a realidade e não tem uma relação direta com a depressão. Assim, se existem tentativas de suicídio em que a questão da depressão parece inexistente, é certo que o estudo das interações entre

a depressão e o suicídio surge cada vez mais na investigação, e que o suicídio é um gesto frequente em adolescentes deprimidos (Brent, 1993; Marcelli, 2002). Parece, evidente que o questionamento sobre a morte pode ser uma questão da adolescência, mas o desejo de morrer ou os pensamentos suicidas parecem poder caracterizar o início de um processo patológico, muitas vezes, correlacionado com a gravidade da depressão (Marcelli, 2002).

A existência de um quadro depressivo também poderá conduzir o adolescente a reincidir, sendo as reincidências frequentes em 30 a 50% dos casos (Marcelli, 2002). Por exemplo no trabalho de Kienhorst, De Wilde, Diekstra e Wolters (1991), com adolescentes suicidas e adolescentes deprimidos sem antecedentes suicidários, constatou-se que um ano após a primeira avaliação 5% dos deprimidos não-suicidas cometeram uma tentativa e 13% dos suicidas reincidiram.

Neste sentido, a tentativa de suicídio, surge cada vez mais associada com a gravidade da depressão, devendo a intensidade da sintomatologia depressiva ser considerada como um fator preditivo (Cavanagh, Carson, Sharpe, e colegas, 2003; Lamis e colegas, 2010; Overholser, Freheit & DiFilippo, 1997; Youssef, Plancherel, Laget, Corcos, Flament & Halfon, 2004).

No adolescente suicidário, os modelos normativos de angústia e depressão encaixam frequentemente por falta de capacidade para dar saída a novas organizações (Laufer, 2000). O adolescente fica preso a sentimentos intensos de angústia e desespero que conduzem a uma quebra progressiva do sentido da realidade. À medida que este se isola, perde o interesse pelas atividades habituais e sente-se invadido por intensos sentimentos de abandono e solidão. A sensação de falta de esperança e de ajuda são proeminentes, não se detendo, em primeiro plano, como nos adultos, os sentimentos irracionais de culpa. A falta de esperança, encontra-se presente, na maior parte das vezes, em torno de perdas objetivas ocasionais (e.g. quebra de uma amizade, rutura amorosa) (Laufer, 2000). Essas perdas são vividas de um modo singular, não tanto pela perda em si, mas pela incapacidade de levar a cabo mais um luto. A realização de um luto normal implica a capacidade de reparação egóica que, se não existe, conduz a um luto patológico com o compromisso inevitável do teste da realidade e do acesso ao prazer. Esta capacidade de reparação deficiente encontra as suas raízes no desenvolvimento infantil, sendo reativada no processo adolescente (Dias & Vicente, 1984). Todas estas

situações comprometem a vida do jovem, existindo uma clara predominância do agir sobre o pensar.

Alguns trabalhos (e. g. Brent, Kolko, Allan, & Brown, 1990; Choquet, Kovess, & Poutignat., 1993; Field, Diego e Sanders, 2001) permitiram delimitar as características individuais dos adolescentes com comportamentos suicidários. Em relação à população geral da mesma idade, estes jovens apresentam mais problemas de saúde (fadiga, dores de cabeça ou de barriga, pesadelos), doenças crônicas (asma, insuficiência renal), comportamentos agressivos e pré-delinquentes (roubos, assaltos), fugas, e consumo de substâncias (drogas, álcool, tabaco, medicamentos psicotrópicos prescritos ou autoadministrados) (e. g. Gold, 2006; Young, Fogg, Scheftner & Fawcett, 1994). Têm, com mais frequência, sentimentos de tristeza, uma percepção negativa de si próprios, ideias de morte e de suicídio. O insucesso escolar representa, igualmente, um fator de risco. Nos rapazes suicidas as repetências de ano também são mais frequentes. Aqui, a questão do sexo desempenha um papel importante. Os rapazes apresentam insucesso escolar (repetição ou abandono) com mais frequência do que as raparigas e uma pior adaptação social (Marcelli & Braconnier, 2005).

Também os acontecimentos de vida negativos, e particularmente, a forma como estes são percebidos pelo adolescente parece exercer influência nos comportamentos suicidários (Laufer, 2000). Assim, encontramos com maior frequência uma mudança de casa, partida de um familiar, falecimento de uma pessoa chegada, as mudanças de escola, problemas sentimentais, conflitos com o grupo de pares, e modificação da vida familiar (desemprego, reforma, doença de um dos pais, etc), como aspetos que podem contribuir para as tendências suicidas (Bursztein & Apter, 2008; Marcelli & Braconnier, 2005; Moscicki, 2001). Segundo Jeammet e Birot (1994), os adolescentes com comportamentos suicidários utilizam poucos mecanismos de defesa do registo obsessivo (anulação, formação reativa, racionalização, sublimação) e reduzidas fixações anais em torno das quais se organiza a relação objetal.

Ainda a propósito das características mais comuns no adolescente com comportamentos suicidários, surgem também as dificuldades no domínio cognitivo, com processos cognitivos rígidos, perturbações na elaboração da noção de tempo e dificuldades na elaboração do mundo interno imaginário (Marcelli, 2002). Segundo alguns autores (e. g. Beardslee & Poderefsky, 1988; Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985; Borges & Werlang, 2006; Downey & Coyne, 1990; Kumar & Steer, 1995; Man, 1999; Stewart, Lam, Betson, & Chung, 1999), uma outra variável que parece estar

relacionada com as tendências suicidárias na adolescência é a desesperança. Neste sentido, Steer, Kumar e Beck (1993) identificaram, numa amostra de adolescentes, que a desesperança se correlacionava com a suicidalidade mesmo quando controlado o efeito da depressão.

Embora a raiva e a agressividade existam em todos os seres humanos, (ainda que possam estar recalçadas) é possível perceber que em alguns casos, a luta para a controlar pode incapacitar o indivíduo (Laufer, 2000). A capacidade para expressar a agressividade exteriormente pode temporariamente ser sufocada, e esta ao invés, ser dirigida para dentro, para a própria pessoa. Para Laufer (2000) uma possível forma de expressão da raiva / agressividade é a tentativa de autodestruição do próprio corpo.

Na perspectiva de alguns autores (e. g. Bursztein & Apter, 2008; Conner, Meldrum, Wieczorek, Duberstein, & Welte, 2004; Hauenstein, 2003; Heikkinen e colegas, 1994; Turecki, 2005), a depressão, os acontecimentos de vida percebidos como negativos e a raiva / agressividade parecem ser variáveis suficientes para explicar a tentativa de suicídio no adolescente. Para outros (e. g. Coimbra de Matos, 1983, 2001; Haim, 1969; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Sampaio, 1991), ainda que estas permitam uma melhor compreensão da tentativa de suicídio, não devem fazer esquecer a existência e a importância de outros aspetos psicopatológicos para além da depressão, como aspetos predominantes da vertente narcísica (despeito, vergonha) mais do que da linha neurótica (culpabilidade), as perturbações de elaboração do pensamento e as falhas na elaboração de um Ideal do Eu, pautado por traços arcaicos (Ideal do Eu megalómano, rígido, sem possibilidades adaptativas). Assim, podemos considerar que as tentativas suicidas no adolescente inscrevem-se, muitas vezes, numa psicopatologia onde predominam as falhas narcísicas, mais do que a problemática depressiva, ainda que os dois eixos narcísico e depressivo possam ter pontos em comum (Coimbra de Matos, 2001; Marcelli, 2002).

A revisão de literatura aponta ainda a importância dos conflitos com os pares, com a família e a escola, como aspetos a considerar na etiologia do suicídio (e. g. Baggio, Palazzo, & Aerts, 2009; Bursztein & Apter, 2008; OMS, 2002; Shaffer & Pfeffer, 2001). Mesmo nos casos em que os insucessos escolares ou os conflitos com os amigos ocupam uma posição de destaque, a influência de uma dinâmica familiar patológica deve ser sempre tida em consideração (Laufer, 2000; Marcelli & Braconnier, 2005). Esta dinâmica patológica pode fazer realçar os conflitos próprios desta faixa etária ou mesmo condicionar os comportamentos autodestrutivos do adolescente. Os

pais dos adolescentes que apresentam tendências suicidárias são geralmente pais frágeis, deprimidos ou perturbados, que fazem depender muito a sua sobrevivência das relações próximas ou quase simbióticas com os filhos (Laufer, 2000). Estes jovens consideram os pais como culpados: são eles e não o adolescente os responsáveis pelo ato suicida. Desta forma, o suicídio não só pode ser um ataque ao próprio adolescente, mas também uma forma de agressão às pessoas que são importantes para ele no momento (Bursztein & Apter, 2008; Laufer, 2000). Marcelli & Braconnier (2005) também consideram que a tentativa de suicídio deve ser compreendida como um modo de comunicação, um gesto derradeiro e por vezes desesperado de manter ou de restabelecer uma relação com os outros.

Alguns trabalhos têm relatado uma percentagem elevada de famílias separadas na população de adolescentes que tentaram o suicídio. Também se observa a ausência do pai ou da figura de autoridade parental. Assim, entre os antecedentes familiares nos adolescentes que cometem o suicídio são frequentes: um ou ambos os pais observados em psiquiatria, casos de alcoolismo, existência de suicídio ou de tentativas de suicídio na família (sendo, muitas vezes, aliás a causa da morte de um dos pais) (Laufer, 2000; Marcelli & Braconnier, 2005). Alguns autores insistem sobre a frequência do incesto nas famílias de adolescentes suicidas. Tem-se avaliado, igualmente, o risco de suicídio em famílias no sentido de testar a existência de uma variável genética e hereditária ao nível do comportamento suicidário (Bursztein & Apter, 2008; Roy, Rylander & Sarchiapone, 1997). Alguns trabalhos tem ainda permitido identificar fatores genéticos e neurobiológicos como variáveis a ter em conta na etiologia do suicídio. Em particular, a desregulação do neurotransmissor da serotonina parece ser de forma consistente um fator de risco para o comportamento suicidário (e. g. Anguelova, Benkelfat, & Turecki, 2003; Mann, 2002; Turecki, 2005).

É comum pensar-se que alguns jovens adolescentes se tentam suicidar ou cometem o suicídio após uma frustração devastadora – um falhanço num exame, o romper de uma relação, a perda súbita de um emprego ou a morte de um parente (Laufer, 2000). Contudo, estes acontecimentos necessitam de ser percebidos não como uma causa para o comportamento autodestrutivo, mas foram provavelmente antecidos por outras situações e pensamentos que deixaram o adolescente vulnerável e com o sentimento frequente de que não existe nenhuma alternativa a não ser destruir-se. Este jovem deve ser encarado como alguém que se encontra num profundo sofrimento e incapaz de procurar ou de encontrar formas de lidar com os sentimentos negativos que existem dentro de si (Laufer, 2000). São, assim, estes

fatores internos ligados à fragilidade do Eu, mais do que um fracasso num exame, a perda de uma namorada ou namorado, ou a falta de amigos que o poderão conduzir à passagem ao ato suicida (Laufer, 2000).

O método utilizado na tentativa de suicídio parece influenciar a morbidade e as taxas de consumação do suicídio, independentemente da ideação suicida ou gravidade da intenção de morrer (Weiner, 1995). Nos EUA, o método mais utilizado, quer em jovens do sexo masculino, quer feminino, é o uso das armas de fogo (responsáveis por 2/3 das mortes por suicídio em rapazes e por quase metade dos suicídios em raparigas). O enforcamento é o segundo método mais utilizado em rapazes (cerca de ¼ dos casos), enquanto que, nas raparigas o envenenamento parece ser o segundo método escolhido (Weiner, 1995).

No caso dos adolescentes portugueses dados recolhidos por Sampaio (1991) concluíram que o método mais frequente é a intoxicação medicamentosa, sendo de longe o mais utilizado, em 80 a 85% dos casos. As raparigas recorrem a este método com mais frequência do que os rapazes. A absorção oral de diversos produtos tóxicos também ocorre (produtos de limpeza, inseticidas variados, entre outros) mas parece ser muito mais rara. É de referir a absorção oral ou parenteral de fortes doses de droga (particularmente morfina). Outros métodos são mais raros, contrariamente ao que se pode observar noutras faixas etárias, como a defenestação, o afogamento, o atirar-se para debaixo de um veículo (comboio, metropolitano), enforcamento, e armas de fogo, entre outras.

A par do método propriamente dito, também é necessário considerar o grau de premeditação e de preparação do ato suicidário. Ao comparar grupos de adolescentes suicidas, Brown, Overholser, Spirito, e Fritz (1991) perceberam que os adolescentes menos impulsivos possuíam mais traços depressivos, mais sentimentos de desesperança e raiva interna mais elevada que o grupo dos adolescentes que cometeram um gesto suicidário impulsivo. Por norma, nas semanas que precedem o gesto suicidário, são frequentes uma ou várias consultas a um médico de clínica geral. Muitas vezes o adolescente expõe somente queixas somáticas leves (fadiga, dores, etc), um mal-estar geral e não evoca necessariamente as suas ideias suicidas (Marcelli & Braconnier, 2005; Kovacs, Goldston, & Gatsonis, 1993). Por fim e, por mais alarmantes que estes dados nos pareçam, sabe-se que provavelmente subestimam o verdadeiro número de indivíduos que na realidade se suicidam. Weiner (1995) salienta para o facto de muitos casos não serem contabilizados ou não estarem documentados.

Capítulo 2 – Personalidade, depressão e suicidalidade na adolescência

Neste capítulo abordaremos a perspectiva de Sidney Blatt (1974) sobre a personalidade e a psicopatologia, a relação entre os estilos de personalidade propostos pelo autor e sua relação com a depressão, bem como, com a suicidalidade.

2.1 – Perspetiva de Sidney Blatt sobre a personalidade e a psicopatologia

A investigação sobre a personalidade depressiva tem um longa história e o trabalho de Sidney Blatt (1974, 2004) pode ser considerado um dos que melhor reúne os contributos de diversos outros autores sobre o tema (e. g. Coimbra de Matos, 1986; Beck, 1983; Huprich, 1998; Steele, 1978). Blatt (1974) diferenciou dois tipos de vulnerabilidades à doença depressiva, anaclítica e introjectiva. Segundo o autor, a doença depressiva deriva dessas personalidades vulneráveis, que pressupõem uma ênfase excessiva em duas linhas fundamentais de desenvolvimento respetivamente – o relacionamento interpessoal (ligado ao desenvolvimento de uma capacidade para estabelecer relacionamentos maduros e recíprocos), e a autodefinição, centrado no desenvolvimento de um autoconceito positivo, realista e consolidado. Blatt propõe que estas duas linhas de desenvolvimento interagem de forma recíproca, reforçando-se mutuamente. No entanto, uma ênfase excessiva numa linha de desenvolvimento em detrimento de outra, conduziria a uma maior vulnerabilidade à depressão e à psicopatologia (Blatt & Shichman, 1983).

As duas configurações / estilos propostas pelo autor, anaclítico / dependente e introjectivo / de autocriticismo, estariam na base das formas clínicas / patológicas e não-clínicas / normais de depressão. Neste sentido, quer os estados depressivos clínicos, quer o humor depressivo em grupos não clínicos ou sub-clínicos (Mongrain & Zuroff, 1989), poderiam derivar dos estilos de personalidade anaclítico e introjectivo (Welkowitz, Lish & Bond, 1985), com manifestações clínicas qualitativamente diferentes (Klein, Harding, Taylor & Dickstein, 1988). Por outro lado, os estados depressivos são considerados estados universais, que ocorrem em todos os indivíduos de forma mais ou menos diferenciada. O que acontece é que os indivíduos mais vulneráveis experienciam mais frequentemente um dos tipos de depressão, anaclítica ou introjectiva, por comparação com os indivíduos não vulneráveis (Zuroff & Mongrain, 1987).

Na teoria de Blatt (1974, 2004, 2008), os termos anaclítico (ou dependente) e introjectivo (ou de autocrítico) referem-se simultaneamente a dois estilos de personalidade e a dois tipos de depressão ou experiências depressivas que originam estados depressivos distintos (Zuroff & Mongrain, 1987). Não existe assim uma relação direta entre a depressão de tipo dependente (anaclítica) ou a de autocrítico (introjectiva) e a depressão clínica, tal como esta é caracterizada nos manuais psiquiátricos. Blatt inclusive analisou primeiro as experiências depressivas em populações normais e só depois as reportou em populações clínicas. Para além disso, as experiências depressivas anaclítica e introjectiva não são mutuamente exclusivas e podem coexistir num mesmo indivíduo (Smith, O’Keeffe & Jenkins, 1988) não estando apenas presentes nos quadros depressivos, mas também nas restantes perturbações (Zuroff, Moskowitz, Wielgus, Powers, & Franko, 1983).

É difícil diferenciar tipos de depressão com base em experiências sintomáticas, em parte pela heterogeneidade dos sintomas (Blatt & Maroudas, 1982; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982), o que acaba sempre por originar sub-tipos bastante heterogêneos. Como tal, muitos autores (e. g. Arietti & Bemporad, 1980; Beck, 1983; Blatt, 1974), pensaram numa distinção entre tipos depressivos com base nas experiências relevantes que podem conduzir à depressão (Blatt & Bass, 1992). Assim, Blatt em 1974 propôs a existência de uma depressão centrada na dependência (depressão anaclítica ou de dependência) e outra na culpa e no autocrítico (depressão introjectiva ou de autocrítico). Estes dois tipos de experiências depressivas podem ser avaliados através do Questionário de Experiências Depressivas (*QED*), que mede as experiências subjetivas e não os sintomas clínicos de depressão (Blatt, 2008). Mais recentemente, Blatt, Schaffer, Bers, e Quinlan (1992) desenvolveram o Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (*QED-A*), dado que muitos dos itens do instrumento original não se adequavam a esta faixa etária (Blatt, Zohar, Quinlan, Luthar & Hart, 1996; Klomek, Orbach, Sher, Sommerfeld, Diller, Apter, e colegas, 2008; Shahar, & Blatt, 2004).

No que diz respeito à depressão anaclítica, Blatt (1974) considera que o desamparo, a fraqueza e o sentimento de não ser amado são centrais na sua génese. Os indivíduos com uma depressão anaclítica apresentam um desejo de serem cuidados, protegidos e amparados. Tem dificuldades em lidar com a espera, sentem-se incapazes de encontrar conforto e gratificação e procuram desesperadamente a satisfação das suas necessidades, principalmente a necessidade de manter um

contacto fisicamente próximo com um objeto gratificante (Blatt, 1974; Blatt & Shichman, 1983). As suas relações são baseadas na gratificação. O objeto é valorizado pela capacidade de dar e suprimir necessidades. Quando a gratificação é adiada, surgem sentimentos de frustração e de privação, geradores de raiva que muitas vezes não é expressa por receio de afastar o objeto enquanto fonte de satisfação (Blatt & Shichman, 1983). Quando ocorre uma “perda objetual”, o indivíduo reage com mecanismos de negação e procura um substituto (Blatt, 1974). Neste tipo de depressão coexiste um grande medo em ser abandonado e não-amado pelo objeto, uma acrescida vulnerabilidade à perda. Devido à necessidade de contacto próximo, são indivíduos que muitas vezes apresentam sentimentos de tristeza, solidão, abandono e rejeição (Blatt & Shichman, 1983). Este tipo de indivíduos são pouco reflexivos e têm dificuldades em gerir as emoções e os conflitos inerentes, bem como, dificuldades em lidar com a frustração. São, também, pessoas muito exigentes com os outros, podendo provocar-lhes sentimentos de raiva surgindo, em última análise, a temida rejeição. Fazem tentativas de suicídio menos letais e de forma a conseguirem ser descobertos, como forma de comunicarem a sua infelicidade mas sem intenção de morrerem (Blatt, Besser & Ford, 2007; Blatt, 2008; Fazaá & Page, 2003). As experiências de relação com os outros são caracterizadas por oscilações, entre uma atitude exigente e outra passiva e submissa, não se sentindo nunca seguros nas relações. Nestas relações a gratificação é mais importante do que o compromisso (Blatt & Maroudas, 1992).

Já os indivíduos com uma depressão introjectiva pautam-se pelos sentimentos de desvalorização, culpam-se de não ter vivido de acordo com as expectativas, originando a conseqüente crítica e a desaprovação por parte do objeto (Blatt, 1974). O indivíduo introjectivo avalia-se constantemente, evidência um excessivo perfeccionismo, tem tendência para assumir responsabilidades e muitas vezes sente que os outros não o aceitam nem reconhecem o seu valor (Blatt & Shichman, 1983). São pessoas que se preocupam com as críticas e necessitam da presença do objeto não para a obtenção de gratificação como no caso dos indivíduos anaclíticos, mas sim para obter aprovação e reconhecimento. Como mecanismos utilizados, ao contrário da negação, surge a introjeção e a identificação. Nestes indivíduos, por exemplo, as relações com os objetos são ambivalentes e mantêm-se para lá da gratificação e da frustração, persistindo o medo de perder o amor e a aprovação do objeto, e não tanto o objeto em si (Blatt, 1974). As relações que estabelecem são geralmente ambivalentes. Envolvem-se de forma excessiva em diversas atividades e apresentam uma

compulsão para a realização, o que pode ser considerado uma forma de compensação da culpa e dos sentimentos de desvalorização, bem como, da sensação de não ter estado à altura das expectativas, que deriva da internalização de atitudes punitivas e críticas por parte das figuras parentais (Blatt & Maroudas, 1992). Neste sentido, o indivíduo procura realizar-se pessoal e profissionalmente para ser reconhecido e compensar os seus sentimentos de inadequação e insucesso. No entanto, o perfeccionismo excessivo e a compulsão para a realização impedem-no muitas vezes de se satisfazer com o sucesso pessoal (Blatt & Shichman, 1983). A capacidade de satisfação encontra-se perturbada (Blatt & Maroudas, 1992). Estes indivíduos podem apresentar um elevado risco de cometerem tentativas de suicídio (e.g. Campos, Besser & Blatt, 2012).

As reações maníacas encontram-se presentes nos dois tipos de depressão. Na depressão introjectiva, o estado maníaco é visível através das tentativas incessantes para demonstrar poder, força, atratividade e capacidades intelectuais, bem como, realização pessoal. Nos indivíduos anacliticamente deprimidos, as reações maníacas expressam-se na intensa procura e ligação aos objetos, por vezes, a vários em simultâneo (Blatt, 1974). Importa salientar que ambas as formas depressivas podem ser moderadas (experiências passageiras) ou atingir níveis mais graves (estados clínicos profundos e graves) (Blatt, 1974; Blatt, D’Afflitti e colegas, 1976a).

De acordo com Blatt (1974), as representações objetais perturbadas podem criar uma vulnerabilidade à perda objetal e a depressões no futuro. É a qualidade das relações interpessoais que determina a composição do mundo interno do indivíduo, pelo mecanismo de internalização. No entanto, o autor considera que as experiências internas do indivíduo também moldam as suas subsquentes experiências relacionais, e portanto, relações e representações que interagem e influenciam-se de uma forma constante e recíproca. O desenvolvimento da matriz de representações de um indivíduo depende das suas relações, e também da influência da cultura e das predisposições biológicas (Blatt & Lerner, 1983).

O nível de representação objetal encontra-se diretamente relacionado com o tipo de depressão. No caso da depressão anaclítica, a representação objetal situa-se num nível sensorio-motor e é marcada pela necessidade de contacto físico de forma direta com o objeto. Na depressão introjectiva, as representações situam-se num nível superior, nomeadamente, no nível percetivo e icónico, encontrando-se fragmentadas, estáticas, isoladas e ambivalentes (Blatt, 1974). Mesmo com uma representação

objetal de nível mais evoluído, os indivíduos introjectivos caracterizam os pais mais em termos dos atributos concretos, com relações mais distantes e ambivalentes. Nos anaclíticos / dependentes, as figuras parentais são vistas de forma mais egocêntrica, em face do que podem ser capazes de proporcionar ou não ao indivíduo (Blatt & Maroudas, 1992). Contudo e, embora com origens desenvolvimentais diferentes, ambos os tipos de depressão podem ocorrer em qualquer nível de desenvolvimento, podendo originar formas de depressão graves (Wilson, 1988).

Os resultados tem vindo a confirmar esta ideia, isto é, os antecedentes da depressão anclítica focam-se em níveis de desenvolvimento mais primitivos do que os da depressão introjectiva (e.g. Blatt & Homann, 1992). Os tipos de depressão, originados em momentos diferentes do desenvolvimento, relacionam-se com estilos parentais diferenciados, estilos de vinculação igualmente distintos e perturbações das representações mentais diferentes (Blatt & Homann, 1992). Para além das características das figuras parentais e das suas atitudes perturbadoras, a altura em que as experiências perturbadoras ocorrem parece ser também importante no desenvolvimento da vulnerabilidade a uma perturbação depressiva, seja de dependência, autocrítica ou mista (Blatt & Homann, 1992). Os indivíduos com uma vulnerabilidade de dependência procuram atenção, disponibilidade e afeto e têm tendência a deprimir quando surge a possibilidade de separação, rejeição ou abandono, real ou imaginária. Já os indivíduos vulneráveis a uma depressão introjectiva dão grande importância a atingirem os seus objetivos pessoais, criticando-se frequentemente quando não conseguem atingi-los (Coyne & Whiffen, 1995). Estes indivíduos sentiram durante a infância que se não aceitassem os objetivos e limites impostos, não iriam receber a aceitação e a aprovação dos pais. Assim, a autocrítica e reprovação constante permite repetir o padrão que o indivíduo teve com os pais, identificando-se com eles. A depressão surge do confronto com as críticas ou insucessos nas realizações pessoais (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff, & Mongrain, 1995; Blatt & Homann, 1992). É neste sentido que um vasto conjunto de trabalhos tem permitido mostrar que as relações pais-filhos punitivas e intensamente críticas, conduzem ao desenvolvimento de um superego punitivo, autocrítica e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de uma depressão de tipo introjectivo (e. g. Blatt & Homann, 1992; Blatt, 2008; McCranie & Bass, 1984). Estudos e observações clínicas têm revelado que a rejeição parental e um controle excessivo, antes dos oito anos de idade, são preditores do nível de autocrítica, por volta dos 12/13 anos e do nível de depressão no final da adolescência ou princípio da vida adulta (e. g. Block,

Gjerde, & Block, 1991; Coles, Greene & Braithwaite, 2002). Estes trabalhos revelam a importância da forma como os indivíduos percebem as relações precoces com os seus cuidadores e a sua associação com o autocriticismo, a depressão e o comportamento suicidário.

Em síntese, o modelo de Blatt (1974) baseia-se na ideia de que existem vários fatores a contribuir para o surgimento da depressão, em especial, o temperamento, os estilos parentais, estilos de vinculação, os acontecimentos traumáticos da infância e os fatores atuais que a precipitam. Assim, pais, em especial a mãe, com atitudes inconsistentes, negligentes, abandonantes ou hiperprotectoras podem produzir nos filhos uma vulnerabilidade interpessoal, estilo anaclítico com ênfase na dependência, labilidade afetiva, utilização de defesas como a negação e preocupações com as relações. Em adultos, devido a experiências de perda, abandono e rejeição, podem originar-se depressões de dependência com perturbações somáticas associadas (Blatt & Zuroff, 1992). Por outro lado, ambos os pais controladores, críticos, podem gerar uma vulnerabilidade autocrítica – estilo introjectivo, pautada por sentimentos de desvalorização, culpa, autocrítica e realizações excessivas, hostilidade e *raiva* para com os outros, bem como, defesas neutralizantes (como a formação reativa) e risco de suicídio. Mediante insucessos nas realizações pessoais, situações geradoras de culpabilização, depreciação ou perda de controlo sobre o ambiente, o indivíduo pode desenvolver uma depressão de autocriticismo com comportamentos auto e heteroagressivos (Blatt & Zuroff, 1992).

O autor (1974) caracteriza a depressão tendo por base as características de personalidade. Considera a existência de dois tipos de personalidade depressiva e preocupou-se em distinguir experiências depressivas independentemente da presença ou ausência de quadros depressivos clínicos (Blatt, e colegas, 1995). A sua teoria implica uma visão de continuidade entre o normal e o patológico e pressupõem que a depressão possa variar ao longo de um *contínuum* que vai da disforia à depressão clínica, e depende de duas dimensões básicas do desenvolvimento da personalidade: relacionamento interpessoal e autodefinição (Blatt, 2004). Blatt (1974, 1991a) define os dois tipos de depressão com base nas experiências importantes para os indivíduos que podem contribuir para a ocorrência de episódios depressivos. O modelo incorpora também uma outra componente: a personalidade vulnerável em interação com os acontecimentos de vida pode predispor à depressão. A personalidade vulnerável forma-se, por sua vez, em face das experiências traumáticas da infância (Robins, Hayes, Block, Kramer & Villena, 1995; Blatt & Maroudas, 1992).

2.2 – Estilos de personalidade anaclítico e introjectivo e a depressão

O perfeccionismo / autocrítico e a dependência são construtos que têm vindo a ser descritos, tanto nas teorias psicanalíticas como cognitivas, como fatores de vulnerabilidade à depressão (e. g. Beck, 1967; Bibring, 1953; Hewitt & Dyck, 1986; Hewitt & Flett, 1990). A maioria dos trabalhos sobre autocrítico e dependência tem-se baseado na perspectiva de Sidney Blatt, prevendo o autocrítico e a dependência, enquanto dimensões da personalidade que colocam as pessoas em risco de desenvolverem depressão (Blatt, 2004; Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004).

Alguns estudos têm vindo a mostrar que o autocrítico e a dependência são dimensões importantes na depressão (e. g. Campos e colegas, 2013; Cox, McWilliams, Enns, & Clara, 2004; Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams, & Winkworth, 2000; Fazaá & Page, 2003; Mongrain & Zuroff, 1995; Overholser, Freheit, & DiFilippo, 1997; Priel & Besser, 2000; Shahar & Priel, 2003; Zuroff, Santor & Mongrain, 2005) e no suicídio (e. g. Fazaá & Page, 2009; Klomek e colegas, 2008) em adolescentes e adultos. Skodol, Gallagher e Oldham (1996), por exemplo, com uma amostra de 200 doentes psiquiátricos constataram que o estilo de personalidade dependente foi associado com a ocorrência de perturbações do humor, em especial, perturbação bipolar e depressão *major*. Franche e Dobson (1992) compararam os níveis de dependência e autocrítico em indivíduos adultos com e sem sintomatologia depressiva. Os resultados confirmaram trabalhos anteriores, na medida em que, tanto o autocrítico / perfeccionismo como a dependência se relevaram fatores de vulnerabilidade à doença depressiva.

No mesmo sentido Luyten e colegas (2007) pretenderam estudar a dependência e o autocrítico enquanto fatores de vulnerabilidade à depressão, através do instrumento de medida QED. Os autores concluíram que tanto a dependência como o autocrítico se correlacionavam com a ocorrência de um episódio depressivo *major*, bem como, com a gravidade da depressão. Por exemplo, Kanfer e Hagerman (1981) constataram que os padrões perfeccionistas e as experiências de fracasso, em combinação com a culpa ou a angústia, podem gerar depressão. Alguns trabalhos com estudantes universitários evidenciaram que o perfeccionismo / autocrítico se correlacionou com a depressão e a ansiedade em grupos clínicos e não clínicos (e. g. Flett, Hewitt, Blankstein & O'brien, 1991; Hewitt &

Flett, 1991). Um estudo de Besser, Flett e Davis (2003) com uma amostra de adolescentes permitiu-lhes constatar que os elevados níveis de autocrítico, tal como de dependência, se associaram significativamente com a depressão.

Também Mongrain e Leather (2006) estudaram as relações entre depressão, a dependência e autocrítico numa amostra clínica com indivíduos adultos deprimidos. Concluíram que o autocrítico e a dependência se correlacionaram com a depressão. Priel e Besser (2000) realizaram um estudo longitudinal sobre diferentes níveis de suporte social em mães pela primeira vez e perceberam que o perfeccionismo / autocrítico foi associado a sintomas de depressão pós-parto. O trabalho de Dunkley, Sanislow, Grilo, e McGlashan (2009) permitiu igualmente identificar que o autocrítico se relacionava com o suporte social percebido e permite prever a sintomatologia depressiva. Freudenstein, Valevski, Apter, Zohar, Shoval, e colegas (2012) num estudo realizado com adolescentes, recorrendo à utilização do QED-A, concluíram que a depressão de dependência se correlacionava de forma significativa com a gravidade do comportamento suicida. Mais recentemente no trabalho de Rusby, Harris e Tasker (2013) verificou-se com uma amostra de 4427 indivíduos adultos de ambos os sexos que a dependência se tornou preditora da depressão.

2.3 – Estilos de personalidade anaclítico e introjectivo e a suicidalidade

Embora exista muita investigação sobre o fenómeno da suicidalidade, menor atenção tem sido dada às variáveis da personalidade que podem contribuir para a sua previsão em adolescentes e jovens adultos (Hewitt, Newton, Flett, e Callander, 1997). No entanto, alguns estudos evidenciam uma associação entre os comportamentos suicidários e determinados traços de personalidade (e. g. Blatt, 1974; Campos e colegas, 2012, 2013; Fazaá & Page, 2003; Goldsmith, Fyer & Francis, 1990; Goldney, 1982; Levenson & Neuringer, 1971; Rich & Bonner, 1987). Assim, têm-se avançado a hipótese de que os elevados níveis de perfeccionismo / autocrítico se relacionam com os comportamentos suicidários em adolescentes e adultos (e. g. Blatt, 1974; Blatt & Zuroff, 1992; Marks & Haller, 1977). Blatt (1974), Beck (1983), Campos, Besser e Blatt (2012), e Yamaguchi e colegas, (2000), consideraram o perfeccionismo / autocrítico como uma dimensão da personalidade que pode ser relevante para a ideação e o comportamento suicida. Em diversos trabalhos a autocrítica e o perfeccionismo previram a depressão, a ideação e o comportamento suicidário,

nomeadamente, em adolescentes e jovens adultos (e. g. Blatt e colegas, 1982; Blatt, 1995; Campos, Besser & Blatt, 2012; Fazaa & Page, 2003).

No estudo de Fazaa e Page (2003), verificou-se que os estudantes, com um estilo de personalidade autocrítico, que se tentaram suicidar apresentaram maior ideação e a utilização de métodos mais letais do que os estudantes com um estilo de personalidade anaclítico / dependente. Algumas outras investigações mais recentes têm demonstrado resultados semelhantes: pontuações elevadas no fator de autocrítico, no QED, prevêm o risco de suicídio (e. g. O'Connor, 2007; Morrison & O'Connor, 2008) ao mesmo tempo que se relacionam com uma maior vulnerabilidade à depressão (e. g. Blatt & Zuroff, 1992; Campos, Besser, & Blatt, 2010, 2012). Também Donaldson, Spirito e Farnett (2000) num estudo realizado com adolescentes que cometeram suicídio constataram que o perfeccionismo / autocrítico foi uma variável de personalidade presente na amostra utilizada.

Numa amostra de adolescentes que cometeram suicídio, Shaffer (1974), detetou a presença de elevados níveis de perfeccionismo. No mesmo sentido Goldsmith, Fyer e Frances (1990), e Maltzberger (1986) verificaram que o perfeccionismo / autocrítico pode aumentar significativamente a probabilidade da adoção de um comportamento suicidário, nomeadamente, durante a adolescência.

Também Hewitt, Flett e Turnbull-Donovan (1965) identificaram numa amostra clínica de adultos que o perfeccionismo / autocrítico se correlaciona com a ideação e tentativa de suicídio. Hollender (1965) e Burns (1980) sugerem que o suicídio é uma consequência potencial de indivíduos com níveis elevados de perfeccionismo / autocrítico. Ainda Hewitt, Flett e Weber (1994) constataram com duas amostras, uma amostra clínica e outra de adolescentes sem queixa, que o perfeccionismo / autocrítico se encontra associado com o comportamento suicidário, nomeadamente, com a ideação suicida.

Existem, contudo, mais dúvidas quanto à importância do estilo anaclítico na predição da suicidalidade por comparação com o estilo introjectivo (e. g. Blatt e colegas, 1982; Campos e colegas, 2013). No entanto Klomek e colegas (2008), num estudo realizado com uma amostra de adolescentes, recorrendo ao QED-A enquanto medida de avaliação das experiências depressivas, verificaram que quer a dependência quer o autocrítico se correlacionavam com o comportamento suicida. Assim, os adolescentes que já haviam tentado o suicídio apresentavam níveis mais

elevados de depressão de dependência e de autocrítica, por comparação com os não suicidas e o grupo de controlo.

Bornstein e O'Neill (2000) realizaram um estudo com uma amostra de 252 doentes psiquiátricos, avaliados através de instrumentos de autorrelato e técnicas projetivas, e verificaram que os sujeitos que pontuam de forma mais elevada em dependência são os mesmos que pontuam de forma elevada nas tendências suicidas, mesmo quando controlado o efeito da depressão.

Já Levenson e Neuringer (1974) realizaram uma investigação onde pretenderam perceber se os indivíduos que se tentaram suicidar apresentavam níveis mais elevados numa escala de dependência (WAIS) por comparação com os que não tinham tendências suicidas. Verificou-se que os indivíduos que cometeram o suicídio eram mais dependentes do que aqueles que não se tentaram suicidar. No mesmo sentido, Nuns e Loas (2005) num estudo com uma amostra de 63 indivíduos que se tentaram suicidar e um grupo de controlo, constataram que os indivíduos que se tinham tentado suicidar apresentavam pontuações mais elevadas na dependência do que o grupo de controlo. Loas e Defélice (2012) verificaram num estudo longitudinal, com uma amostra de indivíduos com história de tentativas de suicídio anteriores, que a dependência se revelou como um traço de personalidade bastante estável nas tentativas de suicídio.

Capítulo 3 – Raiva, depressão e suicidalidade

A raiva é uma das mais frequentes emoções humanas, uma emoção básica, tal como o medo, que pode ser expressa para o exterior, para o interior, demonstrada ou controlada (Calamari & Pini, 2003; Izard, 1991; Spielberger, Ritterband, Sydeman, Reheiser, & Unger, 1995). Neste capítulo abordaremos a experiência de raiva na adolescência, a relação entre a raiva e a depressão, e ainda a raiva e sua relação com a suicidalidade. Começaremos por apresentar o modelo elaborado por Spielberger (1996) sobre a raiva.

3.1 – O conceito de raiva e o Modelo de Spielberger

O conceito de raiva tem vindo a ser definido de várias formas na literatura e utilizado em conjunto com os termos “hostilidade” e “agressividade”, formando o síndrome *AHA!* (anger, hostility and aggression) (Spielberger e colegas, 1985; Spielberger & Sydeman, 1994). A raiva é geralmente considerada como um conceito mais insuficiente do que a hostilidade e a agressividade (Spielberger, Krasner & Solomon, 1988). Quando na literatura psicológica e psiquiátrica, se refere raiva, hostilidade ou agressividade, segundo Berkowitz (1962) referimo-nos, geralmente, a fenómenos diferentes, embora relacionados, mas que são usados muitas vezes de forma indiscriminada (Buss, 1961; Potegal, Stemmler & Spielberger, 2010; Spielberger e colegas, 1988; Spielberger, 1992). Raiva, hostilidade e agressividade são conceitos vitais em muitas teorias da personalidade.

A raiva refere-se a um estado emocional que consiste em sentimentos que variam em intensidade, desde irritação leve ou aborrecimento, até à fúria intensa ou cólera (Spielberger, 1992). A agressividade distingue-se da hostilidade que geralmente envolve atitudes que motivam os comportamentos agressivos dirigidos para destruir objetos ou magoar pessoas, não envolvendo necessariamente a experiência de raiva. Assim, a agressividade pode ser definida como um comportamento destrutivo ou punitivo diretamente dirigido a pessoas ou objetos (Spielberger, Jacobs, Russel & Crane, 1983; Spielberger, Krasner & Solomon, 1988). Existem, de acordo com a literatura, dois tipos de agressividade. A agressividade reativa consiste num comportamento agressivo em reação a uma provocação, ocorrendo em resposta a sentimentos de raiva (Cornell, Warren, Hawk, Stafford, Oram, & Pine, 1996). Já a

agressividade instrumental é vista como um comportamento agressivo que não tem necessariamente de envolver raiva, como é o caso da violência ou os danos à propriedade. Contudo, os sujeitos que se envolvem em comportamentos agressivos são menos capazes de controlar o seu comportamento e, portanto, são mais propensos a experimentar raiva, impulsivos e são mais irritáveis do que aqueles que não experienciam agressividade com tanta frequência (Ramirez & Andreu, 2005).

A hostilidade tem a conotação de um complexo conjunto de atitudes que motivam comportamentos agressivos, tendo em vista a destruição de objetos ou o dano físico a outras pessoas. Enquanto que a raiva e a hostilidade se referem, a sentimentos e atitudes, o conceito de agressividade implica geralmente um comportamento de destruição. Muitos trabalhos têm testado o impacto negativo da raiva e da hostilidade no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos (e. g. Biaggio, Supplee & Curties, 1981). Tendo em conta as definições acima apresentadas, fica claro que a emoção da raiva é necessária mas não suficiente para o desenvolvimento de atitudes hostis e manifestação de comportamentos agressivos (Spielberger, 1992; Spielberger e colegas, 1988).

De acordo com o Modelo de Estado-Traço e Expressão de Raiva, proposto por Spielberger em 1996, a experiência de raiva pode ser conceptualizada como englobando duas grandes componentes - raiva como uma experiência subjetiva imediata (estado de raiva) e o traço de personalidade caracterizado pela tendência em experimentar frequentemente estados de raiva (traço de raiva) (temperamento de raiva - percepção das situações como geradoras de raiva, aborrecimento ou frustração, e reação de raiva – consiste em reagir frequentemente com raiva perante as situações) (Spielberger e colegas, 1988). Para além destas, existe ainda a expressão de raiva que inclui três componentes: 1) a raiva que se expressa externamente com os outros e com o meio ou “raiva para fora”, 2) a raiva suprimida ou “raiva para dentro”. E 3) as tentativas para controlar os sentimentos de raiva ou “controlo de raiva”. Os indivíduos são tipicamente classificados como “raiva para dentro” se tenderem a suprimir a raiva ou a direcioná-la para dentro em direção ao ego ou ao Self. São classificados como “raiva para fora” se a raiva for expressa contra outras pessoas ou objetos no ambiente. A raiva projetada diretamente para o exterior pode ser expressa em atos físicos como assaltar outros indivíduos, destruir objetos ou sob forma de críticas, insultos, ameaças verbais ou através do uso extremo da profanação. Assim, tanto as manifestações físicas como as manifestações verbais da raiva podem ser

expressas diretamente contra a fonte da provocação ou frustração ou indiretamente para com indivíduos ou objetos associados (Spielberger, 1992; Spielberger e colegas, 1988).

É de realçar que os indivíduos com um traço de raiva elevado são pessoas com tendência para interpretar muitas situações como insultuosas, frustrantes, estando a raiva relacionada com diversos problemas, que abrangem dificuldades nos relacionamentos interpessoais e problemas de saúde, sendo a sua avaliação clínica importante. Alguns estudos recentes sugerem que a raiva e a hostilidade contribuem para a patogenia de muitos problemas de saúde, tal como a hipertensão, cancro e doenças cardíacas coronárias (Spielberger, 1992; Spielberger, Krasner & Solomon, 1988).

Os trabalhos de Spielberger e o Modelo de Estado-Traço e Expressão de Raiva contribuíram para o desenvolvimento do Inventário de Estado - Traço e Expressão de Raiva (STAXI) (1980, 1988, 1996; Spielberger e colegas, 1988). Com o objetivo de avaliar a experiência de raiva, é essencial que se avalie a intensidade dos sentimentos de raiva que são experienciados num momento particular, a frequência com que a raiva é experienciada e se é suprimida ou não, isto é, expressa em comportamentos agressivos diretamente para outras pessoas ou objetos à sua volta e o grau em que as pessoas tentam controlar a raiva ou se esforçam nesse sentido (Spielberger e colegas, 1985), bem como, o traço de raiva, ou seja, as diferenças individuais na predisposição para raiva enquanto traço de personalidade (Spielberger, 1980, 1988, 1996). Este instrumento é constituído por três partes: a primeira consiste numa medida de estado de raiva – como me sinto neste momento -, a segunda numa medida de traço de raiva – como me sinto geralmente – e, a terceira é uma medida da expressão de raiva – quando estou zangado(a) ou furioso(a). O STAXI tem, na totalidade, 44 itens distribuídos por oito escalas (estado de raiva, traço de raiva – temperamento e reação de raiva, expressão de raiva – raiva para dentro, raiva para fora e controlo de raiva) (Silva, Campos & Prazeres, 1999). Respondendo a cada um dos itens do instrumento, os indivíduos relatam a intensidade dos seus sentimentos de raiva, num dado momento, indicando como é que geralmente se sentem quando vivenciam situações pautadas por uma forte emocionalidade (Spielberger, 1992; Spielberger, Krasner & Solomon, 1988). O trabalho de tradução e adaptação do Inventário de Estado – Traço e Expressão de Raiva foi realizado por Silva, Campos e Prazeres (1999).

Alguns trabalhos têm permitido explorar a natureza da expressão de raiva, bem como, as populações onde a expressão de raiva ocorre com mais frequência. A este propósito vários estudos têm mostrado diferenças significativas entre mulheres e homens perante respostas emocionais de provocação (Fine & Olson, 1997). Biaggio (1988), contudo, concluiu que não existiam diferenças de género no grau de raiva relatado pelos participantes quando questionados sobre como reagiriam em cenários de provocação. As diferenças de género na experiência da raiva são frequentemente discutidas na literatura psicológica mas com resultados inconsistentes. O pressuposto de que homens e mulheres diferem na expressão de raiva pode dever-se ao facto de as mulheres serem mais expressivas emocionalmente mas suprimirem a raiva, enquanto que os homens tendem a inibir a manifestação emocional com a exceção da expressão de raiva (Bartz, Blume & Rose, 1996; Potegal, Stemmler & Spielberger, 2010). Um estudo de Fischer e colegas (1993) mostra resultados elevados nos homens nas escalas de Temperamento de Raiva e Raiva para fora (Spielberger, 1988). Os autores não encontraram diferenças de género nas escalas de Controlo de Raiva e Raiva para dentro, as duas dimensões onde se esperava, de acordo com a literatura, que os homens apresentassem resultados menos elevados. Contudo, diversos estudos têm vindo a mostrar que não existem diferenças de género na expressão de raiva em diferentes amostras (e. g. Yarcheski, Mahon & Yarcheski, 2002). Por exemplo, Ewart e Kolodner (1994) não encontraram diferenças de género na expressão de raiva em adolescentes. Kopper (1993) também não encontrou diferenças de género em estudantes adolescentes nas subescalas de Raiva para dentro, Raiva para fora e Controlo de Raiva. Dados de outras investigações têm mostrado que as adolescentes do sexo feminino apresentam níveis mais elevados de raiva para dentro (Lamb e colegas, 2003) e os adolescentes do sexo masculino níveis mais elevados de raiva para fora e de reação de raiva (Guimarães & Pasian, 2006).

3.2. – A experiência de raiva na adolescência

A adolescência é um período de desenvolvimento marcado por múltiplas transformações a nível biológico, psicológico e interpessoal, caracterizado por *stress*, vulnerabilidade, mudanças de humor (Blos, 1962; Hartzell, 1984), onde se podem também encontrar dificuldades na regulação emocional, nomeadamente, perante a raiva (Cautin, Overholser, & Goetz, 2001). Os adolescentes vivenciam muitas situações indutoras de raiva como as que desencadeiam decepção, dor ou frustração. Um dos problemas inerentes a esta faixa etária parece ser a falta de capacidade ou de

recursos para lidar com a raiva ou para expressá-la de uma forma socialmente aceita (Jones, Peacock & Christopher, 1992).

Assim, a raiva pode ter impacto na saúde emocional e nos relacionamentos dos adolescentes e contribuir, de forma significativa, para o comportamento suicidário nesta faixa etária (Fives, Kong, Fuller & DiGiuseppe, 2010; Pope & Bierman, 1999). Em particular, as situações de raiva incontrolada podem conduzir a quadros psicopatológicos como a depressão, abuso de substâncias, e doenças cardíacas (e. g. Hauber, Rice, Howell, & Carmon, 1998; Moss & Kirisci, 1995; Puskar, Ren, Bernardo, Haley & Stark, 2008).

Num estudo realizado por Swaffer e Hollin (1997), pretendeu-se explorar situações determinantes para a experiência de raiva em adolescentes que vivam num ambiente residencial. A maior parte dos jovens que participou neste estudo relatou que a experiência de raiva se transformou em agressão verbal ou física dirigida ao objeto alvo da provocação. Já Kerr e Schneider (2008), pretenderam compreender as ligações entre a experiência de raiva em crianças e adolescentes, a saúde e as relações interpessoais. Os resultados confirmam que os adolescentes que lidam de uma forma inadequada com a raiva, encontram-se em maior risco de desenvolverem relações interpessoais problemáticas e de apresentarem problemas de saúde mental e de saúde em geral.

3.3 – A raiva e a sua relação com a depressão

A depressão afeta a população mundial de uma forma crescente, considerando-se que mais de 12% já experimentou um episódio depressivo (Fava & Rosenbaum, 1998). Na teoria e na investigação em psicopatologia, a raiva e a ansiedade têm sido consideradas como os maiores preditores da depressão nos últimos 100 anos (e. g. Abdolmanafi, Besharat, Farahani & Khodaii, 2011).

A ansiedade, a raiva e a depressão foram consideradas por Darwin (1867) e por Freud (citado em Freud, 2008) como estados emocionais fundamentais que têm efeitos poderosos na forma como os indivíduos pensam e se comportam. Estes autores reconhecem que a depressão geralmente resulta de uma interação entre a ansiedade e a raiva (Darwin, 1867; Freud, 2008). Tal como a raiva, os sintomas depressivos podem variar em intensidade, indo desde sentimentos de tristeza a um profundo e duradouro desespero, culpa extrema, desesperança e pensamentos sobre

a morte, conducentes muitas vezes ao comportamento suicidário. As manifestações de raiva e depressão são sinais psicológicos críticos que se encontram fortemente relacionados com o bem-estar individual (Rosenfeld, 1999).

Muitas hipóteses têm-se colocado para explicar porque é que a raiva e a depressão se encontram habitualmente relacionadas (Troisi & D'Argenio, 2004). Alguns psicanalistas e psicólogos clínicos têm sugerido que a raiva parece desempenhar um papel central no desenvolvimento da depressão. Teorias psicanalíticas recentes avançam que o voltar da raiva contra o *Self* é um dos mecanismos básicos da depressão (e. g. Coimbra de Matos, 2001; Felsten, 1996; McWilliams, 1994).

Desta forma, os pacientes depressivos apresentariam níveis mais elevados de raiva e hostilidade do que aqueles sem sintomatologia depressiva (Fava & Rosenbaum, 1998; Riley, Trieber & Woods, 1989). Dados de investigações recentes têm permitido suportar a ideia de que os pacientes depressivos lutam contra a expressão dos seus sentimentos de raiva e que esta situação se associa de forma significativa com a sintomatologia depressiva (Abdolmanafi, e colegas, 2011). A raiva nos indivíduos com depressão pode resultar de uma vulnerabilidade narcísica e da sensibilidade à perda ou à rejeição real ou percebida pelo indivíduo. Estas reações de raiva e os sentimentos de raiva podem exercer influência nos seus relacionamentos (e. g. Busch, 2009; Coimbra de Matos, 2001). A relação entre raiva e depressão é particularmente significativa na adolescência, dado que é uma população que se encontra em maior risco de adotar um comportamento hostil ou agressivo, pois quando deprimidos tendem a focar-se quase exclusivamente nas características negativas das pessoas e situações (Knox, King, & Hanna e colegas, 2000).

As principais teorias psicodinâmicas mostram que a raiva é a causa da depressão, mas perspetivas mais atuais propõem uma relação mais complexa. Finman e Berkowitz (1989) por exemplo, evidenciam a existência de um pequeno aumento da sintomatologia depressiva através da ativação dos sentimentos de raiva. Neste sentido, a interação entre os diferentes mecanismos causais dificulta o estabelecimento de conclusões definitivas. Apesar das inúmeras investigações sobre a relação entre raiva e a depressão que aqui citamos, do ponto de vista clínico e teórico não existem ainda dados suficientes sobre a natureza deste relacionamento (Besharat, Nia & Farahani, 2012). Mais recentemente, alguns autores têm lançado a hipótese de

uma disfunção neuroquímica e a existência de uma desregulação nos níveis de serotonina (e. g. Fava, Rankin, Wright, Alpert, Nierenberg e colegas, 2000).

Diversos outros estudos empíricos documentam a existência de uma relação entre raiva e depressão tanto em amostras clínicas (Brody, Haaga, Kirk, & Solomon, 1999; Fava & Rosenbaum, 1999; Moreno, Fuhrman, & Shelby, 1993; Novaco, 2010; Riley e colegas, 1989) como não-clínicas (Kashdan & Roberts, 2007; Robbins & Tanck, 1997). Num estudo realizado por Fava e Davidson (1996) foi possível confirmar, numa amostra de indivíduos em ambulatório, a redução da hostilidade como estando significativamente relacionada com a diminuição dos sintomas depressivos. Também no trabalho de Heponiemi, Elovainio, Kivimaki, Pulkki, Puttonen e colegas, (2006) constatou-se que a hostilidade estava fortemente correlacionada com os sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Boyle, Jackson e Suarez (2007) num estudo longitudinal verificaram que a hostilidade e a raiva se relacionavam significativamente com a sintomatologia depressiva, e que a raiva e a hostilidade contribuíam para o desenvolvimento de doenças coronárias.

Park, Kim, Rebecca, Cheung e Kim (2010), procuraram compreender quais os preditores contextuais e intrapessoais dos sintomas depressivos e problemas de externalização em adolescentes Coreanos. Os resultados indicam que os sintomas depressivos se encontravam significativamente associados a níveis baixos de coesão familiar percebida, elevados níveis percebidos da intensidade dos conflitos familiares e níveis elevados de raiva para dentro. Também Puskar e colegas (2008) verificaram, numa amostra de 193 adolescentes, que a raiva se correlacionara de forma significativa com a sintomatologia depressiva. Estlander e colegas (2008) concluíram, num estudo realizado com adultos, que a raiva se correlacionou significativamente com a intensidade da depressão. Já Clay, Anderson e Dixon (1993) também encontraram uma relação significativa entre a raiva para dentro e a sintomatologia depressiva. Num estudo de Besharat, Nia e Farahani (2013), confirmou-se, igualmente, que os indivíduos clinicamente deprimidos exibiam níveis mais elevados de raiva e que a ruminação de raiva (forma obsessiva de pensamento na qual se repetem com frequência os pensamentos / sentimentos de raiva) parece ser um elemento preditor da sintomatologia depressiva. Já com adolescentes Silver, Field, Sanders e Diego (2000), compararam um grupo com níveis elevados de raiva / hostilidade com outro grupo de adolescentes não hostis. Os resultados mostram que a depressão foi um preditor significativo para o aumento dos níveis de raiva e hostilidade em jovens adolescentes, explicando 17% da variância.

Também Brody, Haag, Kirk e Solomon (1999) perceberam que os indivíduos deprimidos em comparação com os não deprimidos apresentavam níveis mais elevados de expressão de raiva e Weissman, Klerman e Paykel (1971) que um grupo de mulheres deprimidas apresentava níveis mais elevados de hostilidade por comparação com as mulheres sem sintomas depressivos. No mesmo sentido, num estudo realizado por Painuly, Sharan e Mattoo (2007), concluiu-se que os indivíduos com depressão apresentavam níveis mais elevados de raiva e tendências suicidas por comparação com o grupo dos indivíduos sem sintomatologia depressiva.

Desta forma, pode-se concluir que os indivíduos deprimidos experienciam raiva mais frequentemente do que os indivíduos sem sintomas de depressão (e. g. Briedewell & Chang, 1997; Robbins & Tanck, 1997) e percebem maior hostilidade nos objetos e situações (e. g. Moreno e colegas, 1993; Riley e colegas, 1989).

3.4 – A raiva e a sua relação com a suicidalidade

O comportamento suicida pode ocorrer em diversas faixas etárias / diferentes fases do ciclo vital. Na adolescência ocorre um aumento exponencial das tentativas de suicídio (Cautin e colegas, 2001; Lee, Choi, Kim, Park & Shin, 2009), sendo a raiva, mas também a depressão, e a impulsividade características predominantemente presentes em adolescentes que cometem tentativas de suicídio (Withers & Kaplan, 1987).

Neste sentido, os fatores de risco associados à suicidalidade em adolescentes tem sido abordados em diversos trabalhos (e. g. Conner e colegas, 2004; Horesh, Orbach, Gothelf, Efrati & Apter, 2003; Park, Schepp, Jang & Koo, 2006). Alguns destes trabalhos incluem a interação entre aspetos da personalidade e do temperamento, e variáveis como a depressão, a ansiedade, a raiva, a agressividade, a impulsividade e a desesperança. De entre os fatores identificados, a raiva tem sido considerada como crucial nas tendências suicidárias (Demirbas & Gursel, 2012; Goldney, Winfield, Saebel, Winfield & Tiggeman, 1997). Para mais, a agressividade também é uma manifestação comum da raiva e encontra-se associada ao comportamento suicida (Averill, 1983).

Giegling, Olgiati, Hartmann, Calati, Moller e colegas (2009), verificaram que a raiva parece ser um forte preditor das tentativas de suicídio em adultos com historia de

tentativa de suicídio. Também Demirbas e Gursel (2012), num estudo realizado com universitários, verificaram que a presença de níveis elevados de traço de raiva se constituía como um preditor do comportamento suicidário. Horesh, Rolnick, Lancu, Dannon e colegas (1997) constataram que a raiva e a impulsividade se correlacionavam significativamente com o risco de suicídio numa amostra de doentes psiquiátricos.

Estudos realizados com adolescentes, têm permitido igualmente constatar que níveis elevados de traço de raiva são um aspeto que permite distinguir adolescentes suicidas e adolescentes não-suicidas (e. g. Daniel e colegas, 2009; Lehnert e colegas, 1994). Para mais, a raiva para fora parece também estar associada a diversas formas de psicopatologia, como o abuso de substâncias (Milgram, 1993), sendo considerada igualmente um preditor da suicidalidade em adolescentes (Daniel e colegas, 2009; Pfeffer, Lipkins, Plutchik, & Mizruchi, 1988). Mas Cautin e colegas (2001) referem que os adolescentes que internalizam a raiva cometem tentativas de suicídio mais graves, do que aqueles que a externalizam. Por outro lado Hoberman e Garfinkel (1988), constataram que 33% dos adolescentes que morreram por suicídio revelaram um intenso estado de raiva no momento da sua morte. Zhang e colegas (2012) concluíram que a hostilidade, a agressividade física e o traço de raiva eram preditores do comportamento suicidário nesta faixa etária.

Constata-se assim que diversos trabalhos apontam para o facto da raiva, nomeadamente, o traço de raiva e a raiva para dentro serem variáveis importantes na predição da suicidalidade em jovens adolescentes (e. g. Cautin e colegas, 2001; Daniel e colegas, 2009; Myers, McCauly, Calderon, & Treder, 1991). A avaliação da experiência de raiva revela-se particularmente importante para a compreensão do comportamento suicidário adolescente.

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo 4 – Objetivos e Hipóteses de Investigação

Como já foi anteriormente dito, a adolescência é um período da vida marcado por diversas mudanças desenvolvimentais, por vezes conflituosas, que podem conduzir a comportamentos de passagem ao ato / externalização por parte do adolescente, onde se insere muitas vezes o suicídio enquanto ato de autodestruição (Marcelli, 2002). Diversas variáveis podem estar associadas com o comportamento suicidário nos adolescentes, nomeadamente variáveis internas, como a raiva (Bursztein & Apter, 2008) e os estilos de personalidade (Klomek e colegas, 2008). A raiva é um construto multidimensional que se encontra relacionado com a suicidalidade em adolescentes e adultos (Cautin e colegas, 2001; Daniel e colegas, 2009). A relação entre a expressão de raiva e o comportamento suicidário foi estudada em estudantes universitários e concluiu-se que o traço de raiva se constituía como um fator preditor do suicídio (Demirbas & Gursel, 2012). Já recorrendo a uma amostra de adolescentes identificou-se, igualmente, que o traço de raiva e a raiva para fora se associam com a suicidalidade (Daniel e colegas, 2009). Sabe-se de acordo com diversos trabalhos (e. g. Cox, Stabb & Hulgus, 2000; Park e colegas, 2010; Silver e colegas, 2000) que a raiva também se associa de forma significativa com a depressão na predição da suicidalidade em adolescentes. Os resultados do estudo de Cautin e colegas (2001), indicaram que os adolescentes que voltam a raiva para dentro estão mais propensos a desenvolver depressão e a adotarem tendências suicidárias. Neste trabalho as dimensões do temperamento de raiva e da raiva para dentro serão as abordadas.

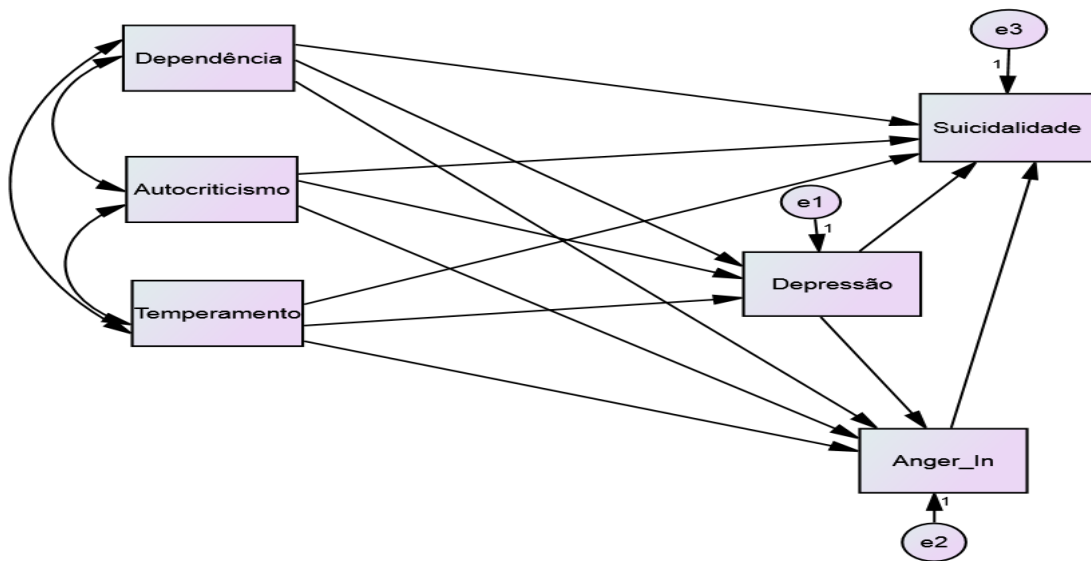
Relativamente, aos estilos de personalidade, propostos por Blatt (1974), a questão foi menos estudada nesta faixa etária. A literatura sugere, no entanto uma relação entre os estilos de personalidade anaclítico e introjectivo, especialmente entre o segundo e a suicidalidade na idade adulta (e. g. Blatt e colegas, 1982; Campos e colegas, 2012, 2013; Fazaa & Page, 2003; Yamaguchi e colegas, 2000). A este propósito mas com adolescentes, Klomek e colegas (2008) estudaram a relação entre a suicidalidade e depressão de dependência e de autocrítica em jovens que se tentaram suicidar. Os resultados indicam que os adolescentes que tentaram o suicídio apresentaram elevados níveis de depressão de dependência e de autocrítica, mais

elevados do que os adolescentes que não tentaram o suicídio e o grupo de controlo. Faza e Page (2003) ao procurarem investigar a relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade em estudantes universitários, concluíram que os indivíduos introjectivos apresentavam maior probabilidade de tentar o suicídio do que os indivíduos anaclíticos e que tinham tendência a fazê-lo face a situações de *stress* intrapessoal.

O presente trabalho pretende estudar a relação entre os estilos de personalidade propostos por Sidney Blatt (1974), a raiva (o temperamento de raiva e a raiva para dentro) e a suicidalidade na adolescência. Será também estudado o efeito da depressão sintomática. Este estudo revela-se particularmente útil, visto que mediante a revisão bibliográfica realizada, que tenhamos conhecimento, nenhum outro trabalho propôs testar um modelo que incluísse simultaneamente, estas variáveis, que em conjunto poderão dar um contributo para a compreensão do comportamento suicidário na população adolescente e abrir caminho para novas formas de intervenção e de prevenção do suicídio com esta faixa etária. O modelo conceptual que será testado neste estudo encontra-se representado na figura 1.

Figura 1.

Modelo relativo à previsão da variável suicidalidade a partir das variáveis de personalidade, da depressão e das variáveis temperamento e raiva para dentro



Este modelo assume que os estilos de personalidade propostos por Blatt (1974) e a variável de temperamento de raiva se relacionam com a suicidalidade (e. g. e. g. Blatt, 1974; Blatt e colegas, 1982; Blatt & Homann, 1992; Blatt, 2008; Duarté & Rosseló, 1999; Fazaa, 2001; Fazaa & Page, 2003; Garcia & Falconi, 2003; Klomek e colegas, 2008; Overholser, Freheit & DiFillipo, 1997; Vliegen & Luyten, 2008), e que a depressão e a raiva para dentro (e. g. Hejdenberg & Andrews, 2011; Vliegen & Luyten, 2008) possam mediar essa relação. Assim, ainda que a raiva para dentro possa mediar a relação entre a depressão e a suicidalidade propõe-se com este trabalho compreender a forma como os estilos de personalidade, de dependência e de autocrítico, na perspectiva de Sidney Blatt (1974), e as dimensões da raiva - temperamento de raiva e raiva para dentro - podem contribuir para a predição da suicidalidade em adolescentes. Espera-se assim que as variáveis de personalidade (autocrítico e dependência), a depressão e a raiva (temperamento de raiva e raiva para dentro) se relacionem com a suicidalidade (e.g. Akiskal & Benazzi, 2003; Cloninger, 1986; Daniel e colegas, 2009; Demirbas & Gursel, 2012; Giegling e colegas, 2009; Goldney e colegas, 1997; Horesh e colegas, 1997; Skala, Kaputa, Schalaff, Unseld, e colegas, 2012; Pfeffer e colegas, 1988). Neste modelo, a variável de personalidade temperamento de raiva foi colocada ao mesmo nível das variáveis de personalidade dependência e autocrítico por se tratar de uma dimensão traço. Por outro lado, espera-se que a depressão sintomática e a raiva para dentro mediem a relação entre as variáveis de personalidade e a suicidalidade.

As dimensões da raiva foram avaliadas através do Inventário de Estado-Traço e Expressão de Raiva (Spielberger, 1988) e os estilos de personalidade propostos por Blatt através do Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A, Blatt e colegas, 1992). A depressão foi avaliada através da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977) e a suicidalidade mediante o Questionário de Comportamento Suicida – Revisto (QCS-R, Osman, Bagge, Gutierrez, Konick e colegas, 2001). Foi, ainda, utilizado um Questionário Sócio-Demográfico com o intuito de obter dados relevantes para o estudo em questão. No caso dos alunos menores de idade, foi previamente enviado um termo de consentimento informado aos encarregados de educação, por forma a autorizarem a participação dos seus educandos no estudo. Esta foi sempre voluntária, tendo-se garantido as questões de anonimato e confidencialidade dos dados. O estudo foi

realizado com adolescentes, entre os 15 e os 19 anos, do 10^o, 11^o e 12^o anos de escolaridade, provenientes de duas escolas secundárias do distrito de Évora.

Espera-se também que se possam encontrar relações entre algumas variáveis sócio-demográficas e a suicidalidade. A literatura tem vindo a salientar ao longo dos anos um vasto conjunto de variáveis de ordem psicossocial que podem contribuir para o fenómeno suicidário. Entre elas destacamos: a existência de doença crónica (e. g. Bouvard & Doyen, 1996; Brent e colegas, 1990; Choquet e colegas, 1993; De Leo e colegas, 2003; Gould, Fisher, Parides, Flory, & Shaffer, 1996; Goldman & Beardslee, 1999), a ausência das figuras parentais (por separação/divórcio ou morte) (e. g. Burztein & Apter, 2008; Kienhorst e colegas, 1991; Shaffer & Pfeffer, 2001; OMS, 2002), o consumo de álcool e drogas (e. g. Baggio & Aerts, 2009; Beck e colegas, 1990; Chen, Lee, Wong & Kaur, 2005; OMS, 2002; Runeson, 1998), comportamentos autoagressivos (e. g. Jeammet & Birot, 1994; Santos & Sampaio, 1997; Shaffer, Gould, Fisher e colegas, 1996), os conflitos com o grupo de pares (e. g. Baggio e colegas, 2009), a escolaridade dos pais (e. g. An, Ahn & Bhang, 2010; Hirsch, Webb & Jeglic, 2011; Kim, Jung-Choi, Jun, & Kawachi, 2010; Souza, Silva, Jansen e colegas, 2010), a relação com os pais (e. g. Baggio e colegas, 2009) e a idade (e. g. Beck e colegas, 1990; Runeson, 1998).

Em síntese, mediante o modelo proposto esperamos que se verifiquem relações entre o autocriticismo e a suicidalidade, depressão e raiva para dentro. O mesmo esperamos que aconteça com a dependência, isto é, que esta se correlacione com a suicidalidade por intermédio da depressão. É ainda esperado que a depressão se correlacione com a suicidalidade e com a raiva para dentro, e que o temperamento de raiva encontre relação com a suicidalidade, a depressão e a raiva para dentro.

Capítulo 5 – Metodologia

5.1. – Participantes

Neste estudo participou uma amostra de 263 adolescentes, do 10^o, 11^o e 12^o anos de escolaridade, de duas escolas secundárias do distrito de Évora (EPRAL e ESCM). Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (M = 16.8, DP = 1.26). A amostra foi escolhida por conveniência. Na tabela 1. encontra-se a caracterização da amostra com base num conjunto de variáveis demográficas obtidas.

Tabela 1. *Variáveis sócio-demográficas.*

| Variáveis | | N | % | Média | DP |
|-------------------------|-------------------|-----|-----|-------|------|
| Escola | EPRAL | 110 | 42% | | |
| | ESCM | 153 | 58% | | .49 |
| Sexo | Masculino | 107 | 41% | | |
| | Feminino | 156 | 59% | | |
| Idade | 15 | 47 | 18% | | |
| | 16 | 67 | 26% | | |
| | 17 | 70 | 27% | 16.8 | 1.26 |
| | 18 | 47 | 18% | | |
| | 19 | 32 | 12% | | |
| Escolaridade | 10 ^o | 92 | 35% | | |
| | 11 ^o | 88 | 33% | 11.0 | .81 |
| | 12 ^o | 83 | 32% | | |
| Escolaridade Pai | Ensino Básico | 146 | 58% | | |
| | Ensino Secundário | 78 | 31% | | |
| | Licenciatura | 23 | 9% | | |
| | Mestrado | 4 | 2% | | |
| Doença crónica | Sim | 34 | 13% | | |
| | Não | 228 | 87% | | |
| Escolaridade Mãe | Ensino Básico | 119 | 47% | | |
| | Ensino Secundário | 100 | 39% | | |
| | Licenciatura | 31 | 12% | | |
| | Mestrado | 6 | 2% | | |
| Residência | Pais/Familiares | 255 | 99% | | |
| | Sozinho(a) | 4 | 1% | | |

| | | | | | |
|--|---------------|-----|------|-----|------|
| Psicólogo/Psiquiatra¹ | Sim | 125 | 48% | | |
| | Não | 136 | 52% | | |
| Consumo de droga | Sim | 101 | 43% | | |
| | Não | 134 | 57% | | |
| Tipo de consumo | Esporádico | 71 | 66% | | |
| | Habitual | 36 | 34% | | |
| Atos deliberados² | Sim | 48 | 20% | | |
| | Não | 190 | 80% | | |
| Falecimento dos pais | Sim | 43 | 18% | | |
| | Não | 195 | 82% | | |
| Divórcio/separação dos pais | Sim | 58 | 22% | | |
| | Não | 201 | 78% | | |
| Grupo de amigos | Sim | 251 | 95% | | |
| | Não | 12 | 5% | | |
| Grupo de colegas com quem convive | Sim | 255 | 97% | | |
| | Não | 8 | 3% | | |
| Conflito com grupo de amigos | Sim | 22 | 8% | | |
| | Não | 241 | 92% | | |
| Relação com a mãe | 1 (Muito má) | 1 | 0.4% | 4.3 | .85 |
| | 2 | 10 | 4% | | |
| | 3 | 30 | 12% | | |
| | 4 | 87 | 34% | | |
| | 5 (Muito Boa) | 131 | 51% | | |
| Relação com o pai | 1(Muito má) | 15 | 6% | 3.7 | 1.22 |
| | 2 | 27 | 11% | | |
| | 3 | 60 | 24% | | |
| | 4 | 60 | 24% | | |
| | 5 (Muito Boa) | 91 | 36% | | |
| Relação amorosa estavel | Sim | 116 | 44% | | |
| | Não | 146 | 56% | | |

¹ Psicólogo / Psiquiatra = Já alguma vez foste a um psicólogo ou psiquiatra?

² Atos deliberados = Já alguma vez cometes-te atos que te feriram / magoaram fisicamente?

5.2. – Instrumentos de Medida

Nesta investigação utilizaram-se quatro instrumentos de medida: o Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A –Blatt, 1992; Morgado & Campos, 2011) (em anexo 1), a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D - Radloff, 1997; Gonçalves & Fagulha, 2004) (em anexo 2), o Inventário de Estado-Traço e Expressão de Raiva (STAXI – Spielberger, 1988; Silva, Campos & Prazeres, 1999) (veja-se anexo 3) e o Questionário de Comportamento Suicida – Revisto (QCS-R – Osman e colegas, 2001; Campos, Besser & Blatt, 2012) (em anexo 4). Para além destes, foi ainda utilizado um Questionário Sócio-demográfico (veja-se anexo 5).

Questionário Sócio-demográfico. Antes de responderem aos quatro questionários para avaliar as variáveis em estudo, foi solicitado aos participantes o preenchimento de um pequeno questionário com informação sócio-demográfica. Com este questionário pretendeu-se recolher informações sobre o género, idade, nível educacional do adolescente e dos seus pais, profissão dos pais e residência atual. Os participantes também foram questionados sobre quantas vezes haviam ido ao médico nos últimos 12 meses, se possuem alguma doença crónica e qual, se já foram a algum psicólogo ou psiquiatra e com que regularidade, se já alguma vez consumiram algum tipo de droga, qual, a regularidade do consumo e se já cometeram algum ato deliberado que os feriu ou magoou fisicamente. Incluía ainda questões relativas ao eventual falecimento de um dos seus pais e que idade tinham nessa altura, se os seus pais estão atualmente divorciados e que idade tinham aquando do divórcio. Foram questionados sobre a existência de um grupo de amigos fora da escola e quantos membros têm esse grupo, se têm um grupo de amigos na escola com quem convivem nos intervalos, se têm algum conflito com o seu grupo de amigos, e a forma como avaliam a relação com o pai e com a mãe, numa escala de 1 (muito má) a 5 (muito boa) e se mantêm atualmente uma relação amorosa estável.

Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A – Blatt e colegas, 1992). É um instrumento que deriva do Questionário de Experiências Depressivas (QED, Blatt e colegas, 1976b). Como tal foram utilizados alguns dos itens do QED original (Blatt e colegas, 1976), mais precisamente quarenta e três itens, que

foram alterados, simplificados e outros eliminados porque não se adequavam à faixa etária adolescente (e. g. questões sobre o trabalho), sendo substituídos (Donaldson, Spirito & Farnett, 2000; Shahar & Blatt, 2004). Este instrumento permite avaliar em adolescentes os dois tipos de experiências depressivas definidos por Blatt e colegas em 1976 ou mais genericamente os dois estilos de personalidade anaclítico e introjectivo (Frank, Egenen, Paul, Poorman & Sanford, 1997). Os adolescentes respondem aos itens numa escala de Likert de 7 pontos, que varia de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (Donaldson, Spirito & Farnett, 2000; Shahar & Blatt, 2004). A Análise em Componentes Principais revelou a existência de três fatores ortogonais, designados por: Dependência, Autocriticismo e Eficácia. Relativamente ao primeiro, avalia sentimentos de rejeição, o medo de perder pessoas importantes e a manutenção e proteção das relações interpessoais; o autocriticismo avalia o sentimento de viver à altura das próprias expectativas e uma preocupação intensa com as falhas, gerando atitudes autocríticas severas e, por fim, a Eficácia avalia a confiança, a força interior, a eficácia pessoal e a competência (Donaldson, Spirito & Farnett, 2000; Shahar & Blatt, 2004). Dois dos três fatores (Dependência e Autocriticismo) associam-se com os dois tipos de experiências depressivas anteriormente propostas por Blatt (1974) (anaclíticas / de dependência e introjectivas / de autocriticismo). Cada um destes fatores / escalas apresenta uma consistência interna adequada, tanto no sexo feminino como no masculino. A confiabilidade do teste-reteste também foi elevada para os três fatores (dependência =.86, autocriticismo =.79 e eficácia =.65), bem como, as estimativas de validade que revelaram resultados satisfatórios (Blatt e colegas, 1991b). O instrumento utilizado neste estudo encontra-se adaptado para a população portuguesa Morgado e Campos (2011). O valor do *alpha* de Cronbach da versão portuguesa foi de .85 para o fator de Dependência, .68 para o Autocriticismo e .71 para o fator de Eficácia. O coeficiente de congruência da solução fatorial da versão portuguesa do QED-A com a da versão original é de .97 (Besser, Campos, Morgado & Blatt, *no prelo*).

Inventário de Estado-Traço e Expressão de Raiva (STAXI, Spielberger, 1988). Consiste num instrumento de avaliação multidimensional da emoção de raiva, desenvolvido por Spielberger (1988) que avalia três dimensões: 1) estado de raiva (“como me sinto neste momento..”), 2) traço de raiva (“ como me sinto geralmente..”) e 3) expressão de raiva (“quando estou zangado(a) ou furioso(a)...”). O STAXI pode ser utilizado com indivíduos a partir dos 13 anos de idade e possui normas separadas por

sexos, para adolescentes, estudantes universitários, adultos e populações com características especiais (e. g. presos, militares, etc). É composto por 44 itens, que se distribuem por 6 escalas e 2 subescalas (Estado de raiva, Traço de raiva – com duas subescalas: Temperamento e Reação - e Expressão de raiva – com três subescalas: Raiva para dentro, Raiva para fora e Controlo de raiva) obtidas através de sucessivas análises fatoriais. O instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Silva, Campos e Prazeres (1999). É um instrumento que pode ser respondido individualmente ou em grupo, numa escala de tipo Likert com pontuações que variam entre 1 e 4 pontos (Martins, 1990). Os resultados da versão portuguesa são adequados e os valores do alpha variam entre .65 e .88 (Silva e colegas, 1999).

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977). É uma escala de autorrelato que tem como objetivo avaliar sintomas depressivos, sendo composta por 20 itens aos quais os participantes respondem numa escala de Likert de 4 pontos, variando entre 0 (ocasionalmente) e 3 (com muita frequência / sempre) relativamente à frequência com que experimentaram sintomas como tristeza e culpa durante a semana anterior (Mongrain & Leather, 2006; Radloff, 1977; Yao, Fang, Zhu & Zuroff, 2009). Pode ser utilizada com adolescentes e adultos da população em geral, variando a pontuação total entre 0 e 60. A CES-D é uma prova amplamente utilizada para avaliar os sintomas depressivos atuais na população geral (Yao, Fang, Zhu & Zuroff, 2009). A escala apresenta níveis elevados de consistência interna ($\alpha = .93$) e validade (Mongrain & Leather, 2006). A prova foi adaptada para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2004) e apresenta na versão portuguesa boas características psicométricas, variando os valores do *alpha* em diferentes amostras entre .87 e .92.

Questionário de Comportamento Suicida – Revisto (QCS– R – Osman e colegas, 2001). É um questionário de autorrelato que avalia várias dimensões da suicidalidade. A primeira versão deste questionário foi elaborada por Cole (1988). A versão do questionário utilizada neste trabalho consiste em quatro questões que avaliam a presença de ideação suicida ou tentativa de suicídio (“já pensou ou tentou matar-se?”), a comunicação de pensamentos suicidas aos outros (“já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?”) e a frequência de ideação suicida no passado (“com que frequência pensou matar-se no ultimo ano ?”) e no futuro (“qual a probabilidade de poder vir a suicidar-se um dia?”) (Anderson, 2007; Osman e colegas, 2001). O questionário poderá ser respondido num intervalo

de tempo de 5 minutos e as pontuações totais variam entre 5 e 19 pontos. O QCS-R pode ser aplicado a diversas populações, desde clínicas a estudantes universitários (Sabo, Gunderson, Najavits e colegas, 1995; Osman e colegas, 2001). A consistência interna, a fiabilidade do teste-reteste e a validade concorrente foram estabelecidas (Osman e colegas, 2001). O instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Campos, Besser e Blatt (2012).

5.3. – Procedimento

Inicialmente realizou-se o contacto com várias escolas secundárias. Duas aceitaram o nosso pedido para recolha de dados junto de turmas do ensino secundário - a Escola Profissional da Região do Alentejo - Évora e a Escola Secundária Conde de Monsaraz – Reguengos de Monsaraz. Após a obtenção do consentimento para a aplicação dos questionários por parte dos Presidentes do Conselho Executivo das referidas escolas (veja-se anexo 6), foram entregues documentos de consentimento informado aos encarregados de educação dos alunos menores de idade por forma a autorizarem a sua participação no estudo. Estes documentos apresentavam uma descrição do estudo e seus objetivos, transmitindo a importância da confidencialidade dos dados fornecidos (veja-se anexo 7).

Os questionários foram aplicados coletivamente, em contexto de sala de aula. Após uma breve explicação oral sobre o objetivo da investigação, os alunos foram convidados a participar. Foram informados e permitido que desistissem em qualquer momento. Obtiveram-se 293 protocolos, tendo sido eliminados 33 por serem considerados inválidos (idade superior à pretendida, elevado número de itens por preencher, etc), resultando numa amostra final de 263 adolescentes. Antes de iniciarem a resposta aos questionários, a mestrande deu algumas indicações aos alunos, em especial, sobre o carácter voluntário e confidencial da participação (veja-se anexo 8).

5.4. - Metodologia de Análise dos Resultados

A modelação de equações estruturais com estimação pelo método da máxima verosimilhança foi utilizada para testar o modelo descrito no capítulo dos objetivos e hipóteses de investigação. Foi utilizado o software *AMOS 21*. A modelação de equações estruturais permite o cálculo simultâneo de equações de regressão e

permite igualmente gerar índices de ajustamento para avaliar a adequação do modelo teórico proposto aos dados obtidos.

Foram considerados diversos índices de ajustamento. Utilizámos o teste do χ^2 para avaliar o grau de ajustamento do modelo proposto aos dados por comparação com o modelo saturado (o modelo de base que representa o perfeito ajustamento do modelo). Um valor do χ^2 não significativo é tradicionalmente aceite como critério para não rejeitar um modelo SEM. Trata-se no entanto, de um critério que pode ser demasiado rigoroso e que é influenciado pelo número de variáveis e o número de participantes (e. g. Landry, Smith, Swank e colegas, 2000). Assim utilizámos também índices de ajustamento adicionais: o χ^2/df , o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), o Comparative Fit Index (CFI), e o Non-Normed Fit Index (NNFI). Um modelo em que χ^2/df seja ≤ 3 , o CFI e o NNFI sejam maiores do que .90, e o RMSEA se situe entre .00 and .06 com um intervalo de confiança entre .00 e .08 é considerado aceitável (Hu & Bentler, 1999).

Previamente ao teste do modelo correlacionámos as variáveis a incluir no modelo, no sentido de desde logo poder excluir trajetórias entre variáveis que não apresentassem uma relação significativa Estes resultados são apresentados na tabela 2. Calculámos também as relações entre as variáveis em estudo e as variáveis demográficas.

Capítulo 6 – Resultados

6.1. - Análise preliminar

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, verifica-se que a suicidalidade se correlaciona com a depressão ($r = .29, p < .001$) com a dependência ($r = .20, p < .01$), mas não com o autocrítico ($r = .12, ns$). Assim sendo, a relação entre o autocrítico e a suicidalidade não foi considerada na *path analysis* (veja-se figura 2). A suicidalidade apresenta também uma relação significativa com a raiva para dentro ($r = .28, p < .001$) e com o temperamento de raiva ($r = .21, p < .01$). Por outro lado, o autocrítico ($r = .40, p < .001$), a dependência ($r = .45, p < .001$) e o temperamento de raiva ($r = .42, p < .001$) correlacionam-se significativamente com a depressão. Verifica-se ainda que o autocrítico ($r = .37, p < .001$), a dependência ($r = .25, p < .001$) e o temperamento de raiva ($r = .41, p < .001$) se correlacionam significativamente com a raiva para dentro. Finalmente verifica-se ainda que a depressão se correlaciona com a raiva para dentro ($r = .54, p < .001$). Por outro lado, verificou-se que cinco variáveis demográficas se correlacionaram com a suicidalidade, *pais separados ou divorciados* ($r = .16, p < .05$), *ter uma doença crónica* ($r = -.15, p < .05$), *escolaridade da mãe* ($r = .21, p < .001$), *escolaridade do pai* ($r = .26, p < .05$) e *idade* ($r = -.25, p < .001$). O efeito destas variáveis foi controlado na *path analysis* subsequente.

6.2. - Path analysis através de modelação com equações estruturais

O modelo de equações estruturais (veja-se figura 1) ajusta-se aos dados de forma muito satisfatória ($\chi^2 [1] = 0.62, p > .80, \chi^2/df = 0.62, NNFI = 1.00, CFI = .1.00, RMSEA = 0.00, 90\% CI [0.000, 0.103]$). O modelo explica 12% da variância da suicidalidade ($p < .001$). Na figura 2, verificou-se que as trajetórias (efeitos diretos) assinaladas a bold são significativas. Assim, verifica-se que o autocrítico se associa significativamente com a depressão ($\beta = .36, t = 7.07, p < .001$) e com a raiva para dentro ($\beta = .15, t = 2.63, p < .01$), que a dependência se associa significativamente com a depressão ($\beta = .42, t = 8.48, p < .001$) e que o temperamento de raiva se associa de forma significativa com a depressão ($\beta = .19, t = 3.61, p < .001$) e com a raiva para dentro ($\beta = .20, t = 3.50, p < .001$). Verifica-se igualmente que a depressão se associa significativamente com a suicidalidade ($\beta = .15, t = 1.99, p < .05$) bem como, com a raiva para dentro ($\beta = .15, t = 2.09, p < .05$). A depressão também se associa com a raiva para dentro ($\beta = .37, t = 5.75, p < .001$).

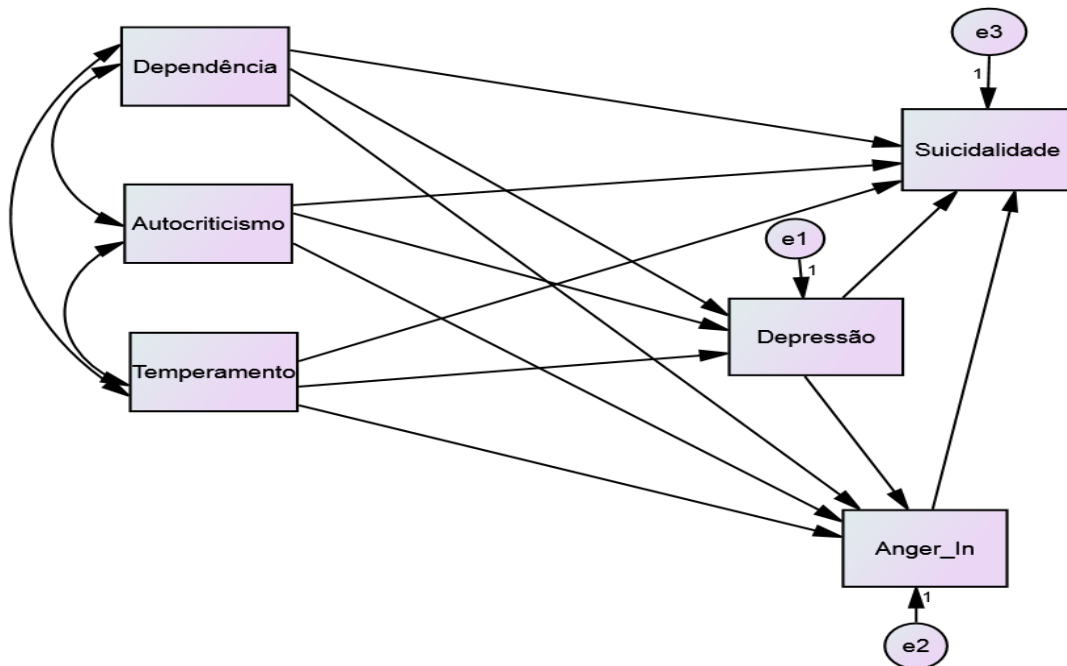
Tabela 2. Correlações entre as variáveis em estudo.

| <i>Variáveis</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|---------------------------------|--------|--------|---------|--------|--------|---------|--------|---------|---|----------|-----------|
| <i>Personalidade</i> | | | | | | | | | | | |
| 1. Autocriticismo | — | | | | | | | | | -0.32 | .96 |
| 2. Dependência | -.06 | — | | | | | | | | .38 | 1.01 |
| <i>Depressão</i> | | | | | | | | | | | |
| 3. CES-D | .40*** | .45*** | — | | | | | | | 16.1 | 10.2 |
| <i>Suicidalidade</i> | | | | | | | | | | | |
| 4. QCS-R | .12 | .20** | .29*** | — | | | | | | 5.9 | 2,7 |
| <i>Raiva</i> | | | | | | | | | | | |
| 5. Temperamento de <i>raiva</i> | .33*** | .25*** | .42*** | .21** | — | | | | | 6.9 | 2.4 |
| 6. Reação de <i>raiva</i> | .21** | .26*** | .36*** | .07 | .47*** | — | | | | 8.8 | 2.9 |
| 7. <i>Raiva</i> para dentro | .37*** | .25*** | .54*** | .28*** | .41*** | .49*** | — | | | 16.9 | 4.08 |
| 8. <i>Raiva</i> para fora | .18** | .05 | .26*** | .04 | .54*** | .46*** | .50*** | — | | 15.0 | 4.5 |
| 9. Controlo de <i>raiva</i> | -.16* | -.07 | -.23*** | -.00 | .49*** | -.33*** | -.19** | -.56*** | — | 22.4 | 5.5 |

Nota. N = 263. * p < .05, two tailed. ** p < .01, two tailed. *** p < .001, two tailed.

Figura 1.

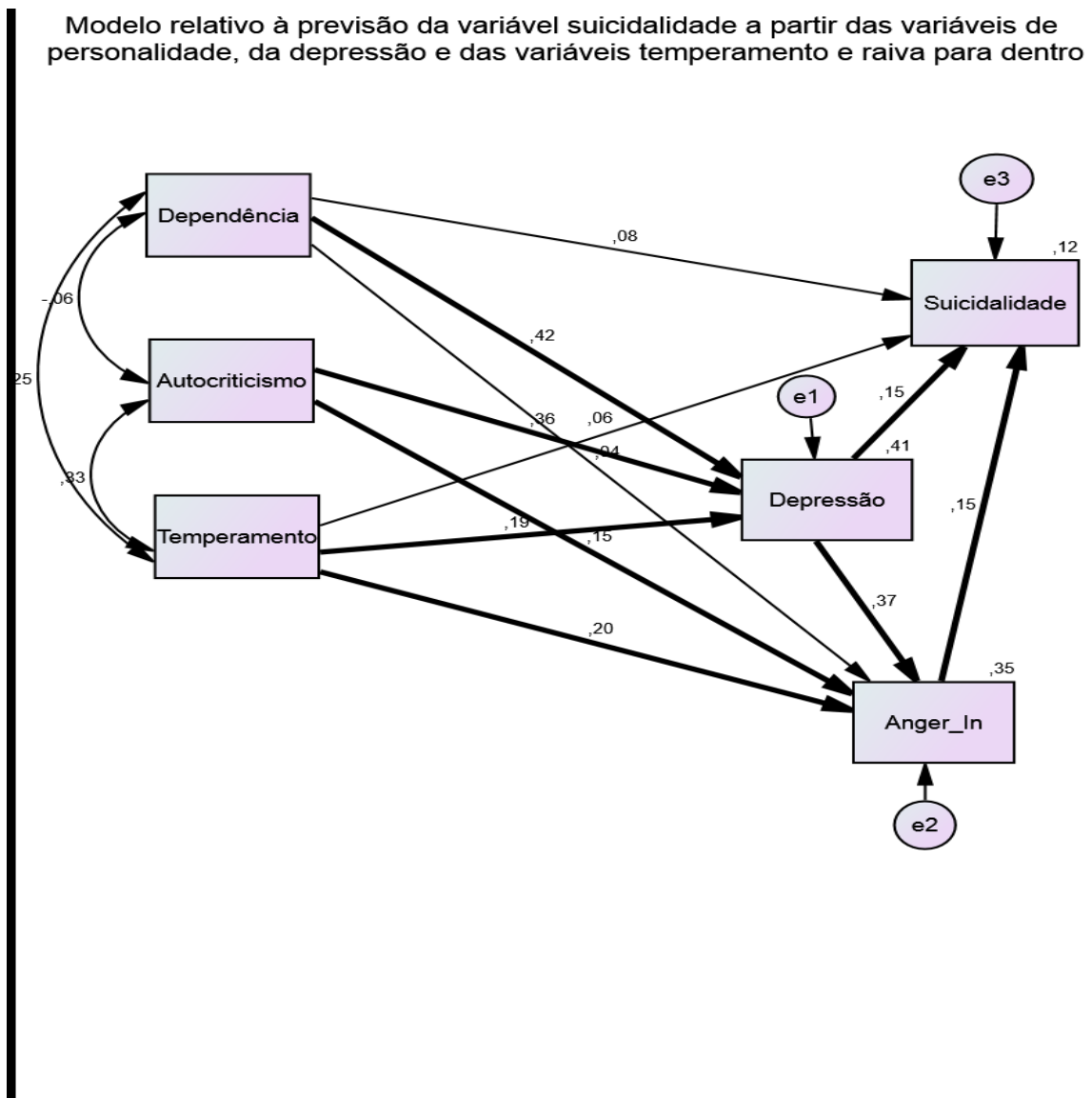
Modelo relativo à previsão da variável suicidalidade a partir das variáveis de personalidade, da depressão e das variáveis temperamento e raiva para dentro



Relativamente ao cálculo dos efeitos indiretos (figura 2), utilizou-se o método bootstrap (e. g. Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006; Shrout & Bolger, 2002). O procedimento foi implementado usando 500 amostras. Verificou-se que 100% das amostras de bootstrap convergiram para o modelo testado. O autocriticismo associou-se com a suicidalidade através da sua relação com a depressão e a raiva para dentro ($\beta = .10$, $p < .01$), o mesmo acontecimento com o temperamento de raiva ($\beta = .07$, $p < .01$). A dependência ($\beta = .09$, $p < .01$) associou-se com a suicidalidade através da sua relação com a depressão. A depressão também apresenta uma relação indireta com a suicidalidade, através da sua relação com a raiva para dentro ($\beta = .06$, $p < .05$).

Finalmente importa notar que quando o modelo foi testado controlando a variância comum com as variáveis demográficas *pais separados ou divorciados*, *ter uma doença crônica*, *escolaridade da mãe*, *escolaridade do pai* e *idade* e as variáveis de personalidade, a depressão e a raiva para dentro, 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 do modelo, estas variáveis foram eliminadas.

Figura 2.



Capítulo 7 – Discussão

Este estudo recorreu a uma amostra de adolescentes para testar um modelo path analysis (através da modelação de equações estruturais) de previsão da suicidalidade a partir de variáveis de personalidade estilo anaclítico e estilo introjectivo, temperamento de raiva, depressão, e raiva para dentro. Previamente ao teste do modelo, as variáveis foram correlacionadas através de correlações bi-variadas de Pearson.

Ao contrário do esperado de acordo a revisão de literatura realizada (e. g. Campos, Besser & Blatt, 2012; 2013; Corveleyn, Luyten, & Blatt, 2005; Fazaa & Page, 2003; Klomek e colegas, 2008; Morrison & O'Connor, 2008; O'Connor & Noyce, 2008) a relação entre o autocrítico e a suicidalidade foi não significativa. Pode colocar-se a hipótese da ausência desta relação estar relacionada com aspetos desenvolvimentais. É ainda uma relação muito expressiva em adultos, mas que pode não ter um significado apreciável em adolescentes. Outra possibilidade tem a ver com as características da amostra e a existência de fatores aleatórios, não controláveis, a influenciarem os resultados apresentados. Podemos igualmente colocar a hipótese de este resultado se dever ao instrumento de medida utilizado especificamente, o QED-A, que foi recentemente adaptado para a população portuguesa, tendo ainda poucos estudos que confirmem as suas características psicométricas.

Por outro lado, e de acordo com o que seria de esperar com base na literatura, o autocrítico correlacionou-se de forma significativa com a raiva para dentro (e. g. Dunkley, Blankstein & Flett, 1995; Vliegen & Luyten, 2008) e com a depressão (e. g. Boergers, Spirito, & Donaldson, 1998; Blatt, Quinlan, Chevron e colegas, 1982; Campos, Besser & Blatt, 2012; 2013; Donaldson, Spirito, & Farnett, 2000). A dependência correlacionou-se com a depressão (e. g. Freudenstein e colegas, 2012; Gilbert, Allan & Trent, 1995; Vliegen & Luyten, 2008), com a raiva para dentro (e. g. Dunkley, Blankstein & Flett, 1995; Freudenstein e colegas, 2012; Vliegen & Luyten, 2008;) e com a suicidalidade (e. g. Freudenstein e colegas, 2012; Klomek e colegas, 2008; Loas & Defélice, 2012). Já o temperamento de raiva, enquanto dimensão do traço de raiva, correlacionou-se com a depressão (e. g. Akiskal e colegas, 2003; Rihmer, Gerde, Torzsa, Kalabay, Akiskal, & Eory, 2013), com a raiva para dentro (e. g. Hejdenberg & Andrews, 2011; Luyten, Blatt, Van Houdenhove, & Corveleyn, 2006) e com a suicidalidade (e. g. Daniel e colegas, 2009; Demirbas e

Gursel, 2012; Lehnert e colegas, 1994). A depressão também se correlacionou, tal como esperado com a suicidalidade (e. g. Benazzi, 2003; Brinkman-Sull e colegas, 2000; Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Conner, Britton, Sworts & Joiner, 2007; Fava & Rosenbaum, 1999; Hawton & van Heeringen, 2009; Konick & Gutierrez, 2005; Lester, Pompili, Iliceto, & Girardi, 2011; Apter, Gothelf, Orbach e colegas, 1995; Overholser, Freheit & DiFilippo, 1997; Pfeffer, 2001; Pezawas e colegas, 2002; Roberts, Roberts, & Chen, 1998; Rihmer, 2007; Silver, Bohnert, Beck, & Marcus, 1971). A suicidalidade correlacionou-se de forma direta com a raiva para dentro (e. g. Cautin e colegas, 2001; Demirbas e Gursel, 2012; Ghazinour & Richter, 2009).

O modelo elaborado permitiu-nos testar simultaneamente um conjunto de relações diretas e indiretas entre as variáveis em estudo. Assim, o autocrítico relacionou-se com a suicidalidade de uma forma indireta, isto é, mediante a relação com a depressão e com a raiva para dentro. Este resultado está de acordo com os de outros trabalhos uma vez que a relação do autocrítico / perfeccionismo com a suicidalidade foi mediada pela depressão (e. g. Campos e colegas, 2012, 2013). Os indivíduos com níveis elevados de perfeccionismo/autocrítico têm tendência a deprimirem-se em função dos acontecimentos que ameaçam o seu Self, como o fracasso (Blatt & Zuroff, 1992; Blatt, 2008), podendo aumentar a probabilidade de risco de suicídio. A sua tendência depressiva pode estar dependente de diversos fatores - como o fracasso em diferentes domínios, nomeadamente, no estabelecimento das relações de objeto - fracasso esse que pode por sua vez ser gerador de intensos sentimentos de raiva que os sujeitos poderão voltar contra si próprios (Coimbra de Matos, 1982; Campos, *submetido*). Esta constante sensação de fracasso tem a sua origem no estabelecimento de uma relação de objeto deficitária, que gera raiva e agressividade que é, no entanto, dirigida contra o próprio / a representação do objeto dentro de si (Coimbra de Matos, 2001).

De acordo com os resultados, o temperamento de raiva relacionou-se com a suicidalidade (e. g. Rujescu, 2011) através da sua relação com a depressão (e. g. Demirbas e Gursel, 2012; Kochman, Hantouche, Ferrari e colegas, 2005; Pendse, Westrin, & Engstrom, 1999; Skala, Kapula, Schalaff, Unseld, e colegas, 2012) e a raiva para dentro (e. g. Gerhart, Seymour, Maurelli, Holmam, e colegas, 2013). Parece importante salientar aqui que a raiva / agressividade traço no adolescente podem constituir uma dimensão central na génese e manutenção do fenómeno depressivo, como uma forma típica de relação de objeto. No adolescente depressivo os níveis

elevados de traço de raiva, poderão de certa forma ser recalçados e direcionados para dentro. Note-se que o temperamento de raiva é uma característica de personalidade que pressupõem que o indivíduo experimente raiva mesmo na ausência de uma provocação, o que nos leva a pensar que a raiva sentida pelo adolescente, pode ser na verdade, sentida contra o objeto interno, dado que a tendência a experimentar raiva não implica a existência de uma provocação externa. Desta forma, esta raiva sentida e virada contra si próprio / contra o objeto interno pode levar a que o adolescente deprimido, o que aumentará a probabilidade de ocorrência de um comportamento suicidário. Assim, podemos pensar que a raiva / agressividade recalçada no adolescente “não tem outra saída que não seja a autodestruição, na sua forma culminante e máxima, o suicídio (...)” (Coimbra de Matos, 2001, p. 483).

No que respeita à dependência também esta se associou com a suicidalidade através do efeito da variável depressão e da variável raiva para dentro. Note-se que quando considerada isoladamente (numa relação univariada) ela relaciona-se de forma significativa com a suicidalidade, resultado que vai no mesmo sentido de Loas e Defélice (2012) e Freudenstein e colegas (2012).

O estilo de personalidade dependente pode precipitar, de acordo com o modelo de Blatt (1974), ao desenvolvimento de uma depressão anaclítica em adolescentes e adultos. Numa perspetiva psicanalítica, podemos pensar que a depressão anaclítica / dependente deriva de uma relação inconsistente, de rejeição ou de privação com as figuras cuidadoras (Blatt & Maroudas, 1992), conducente a dificuldades no estabelecimento das representações de objeto (Coimbra de Matos, 2001). Esta dificuldade no estabelecimento de relações internas com o objeto leva o indivíduo a sentir-se abandonado e/ou desprovido do amor do objeto, surgirão sentimentos de tristeza, solidão e desamparo associados, mas também sentimentos de raiva voltada contra o próprio, em face da culpabilização pela perda - a raiva contra o objeto reflui sobre o próprio (Freud, 1917). Por sua vez, pode pensar-se que esta culpabilidade pode, pelo menos em parte, conduzir o adolescente ao suicídio - componente masoquista da personalidade ligada ao fenómeno suicidário (Coimbra de Matos, 1982).

De acordo com os resultados, a depressão relacionou-se com a suicidalidade de forma direta (e. g. Malone e colegas, 1995; Pompili, Rihmer, Akiskal, Innamorati e colegas, 2008) e indireta, através do efeito da raiva para dentro (Cautin e colegas,

2001; Daniel e colegas, 2009). Schaffer, Gould, Fisher, Trautman e colegas, (1996) num estudo realizado sobre o suicídio adolescente verificaram que a raiva / agressividade emergia como uma das características da amostra mais comuns. Por outro lado, Coimbra de Matos (2001) refere que “a motivação para desejar a morte deduz-se da vivência depressiva” (p. 135), sendo portanto, inevitável ter em consideração a relação entre depressão e suicidalidade. O objeto interno do depressivo é, sobretudo, um objeto sentido como rejeitante, malévolo, destruidor e agressivo. Contudo, estas características do objeto são recusadas, negadas e excluídas, recalçadas pelo indivíduo, originando-se uma “inflexão interna da agressividade” (p.141). A privação, o mal-estar e a frustração associadas à relação com o objeto fazem com que a raiva / agressividade aumente de forma crescente e se dirija para fora ou para o próprio adolescente (raiva para dentro). Neste sentido, o recalçamento da raiva e da agressividade, constitui um importante mecanismo de defesa no fenómeno depressivo (Coimbra de Matos, 1983). Devemos também considerar a componente masoquista da personalidade depressiva: este acredita que o objeto vai acabar por amá-lo e que um dia irá reconhecer as suas qualidades. É neste sentido que pode surgir muitas vezes o suicídio - o indivíduo acredita que deve sofrer para mostrar o que vale e que um dia, mesmo que seja após a morte, será reconhecido e valorizado pelo objeto ad eternum. O desejo de morrer pode surgir também, e por outro lado, como um alívio, uma forma de “não aceitar a vida com excessivos sofrimentos, desgastes e desaires” (Coimbra de Matos, 2001, p. 484). Sampaio (2000) considera que nos momentos que antecedem o ato suicidário o adolescente sente dúvidas entre viver ou morrer, e no meio delas, pode mesmo desejar morrer e renascer diferente. Poderíamos dizer antes, talvez, renascer com um novo objeto dentro de si. Também Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) referem que em alguns casos o adolescente suicida pode arriscar “morrer para poder sobreviver, e entender o que isso significa ”(p.3).

Para Laufer (2000) o adolescente que adota comportamentos autodestrutivos fá-lo, essencialmente, para “matar” as coisas más que tem dentro de si, decorrente de dificuldades em lidar com o seu mundo interno e com as representações que possui do objeto. Neste sentido, o ato suicidário surge como uma forma de ataque a si próprio, mas ao mesmo tempo aos objetos importantes para o adolescente.

A relação entre depressão e suicidalidade tem ido para além da evidência clínica como demonstrada em diversos estudos empíricos. Exemplo disso é o trabalho

de Cheung e Dewa (2006) onde se pretendeu estudar a depressão e a suicidalidade numa amostra de adolescentes canadianos entre os 15 e os 18 anos. Os autores concluíram que aproximadamente 8% dos jovens inquiridos sofria de depressão maior e 14% dos adolescentes que compõem a amostra haviam já adotado algum comportamento suicidário. Também Consoli, Speranza, Hassler, Falissard e colegas, (2013) propuseram-se estudar a depressão e a suicidalidade numa amostra de adolescentes franceses de 17 anos. Concluíram que cerca de 8% dos adolescentes apresentava resultados compatíveis com um quadro de depressão e 16% já haviam tido gestos suicidários durante o último ano. Konick e Gutierrez (2005) recorreram a um amostra de 345 estudantes e identificaram a depressão sintomática como uma variável preditora da suicidalidade. Os autores concluíram ainda que a depressão sintomática é uma variável forte e que exerce uma maior influência na predição da suicidalidade, por comparação com outras variáveis, como por exemplo, a desesperança.

No que diz respeito às relações entre as variáveis sócio-demográficas e a suicidalidade, os resultados mostram que as variáveis que se correlacionam com a suicidalidade são pais separados ou divorciados, doença crónica, escolaridade da mãe e do pai, e idade. No que diz respeito à primeira, sabe-se que os divórcios e as separações dos pais podem ser um fator de risco para a ocorrência de comportamentos suicidários em adolescentes (e. g. Cassorla, 1987; De Leo, Bertolote & Lester, 2003; Goldman & Beardslee, 1999; OMS, 2002; Shaffer & Pfeffer, 2001). É sabido que a ausência da figura paterna, em especial, na sequência de uma separação conjugal pode contribuir significativamente para a predição da depressão e, conquentemente, da suicidalidade em adolescentes (Vansan & Favero, 1988; Souza, Minayo & Malaquias, 2002; Sáez, Santiago & Rosselló, 2001).

Também a escolaridade da mãe e do pai se apresentam como variáveis preditoras da suicidalidade em adolescentes. Souza e colegas (2010) concluíram que, para além de outras variáveis, a escolaridade do pai e da mãe contribuía para a previsão do comportamento suicidário em adolescentes. An e colegas (2010) também concluíram, numa amostra de adolescentes entre os 15 e os 18 anos, que os pais dos adolescentes suicidas não apresentavam um elevado grau de escolaridade, situando-se abaixo do nono ano. Igualmente, Kim e colegas (2010) encontraram uma relação entre o baixo nível de escolaridade dos pais e a ocorrência de comportamentos autodestrutivos nos adolescentes. De acordo com a OMS (2002), os adolescentes

com um nível sócio-económico mais baixo (dificuldades económicas e baixa escolaridade dos progenitores) apresentam maiores probabilidades de adotar um comportamento suicidário por comparação com os adolescentes de nível sócio-económico superior.

Já a doença crónica surge igualmente como uma variável correlacionada com a suicidalidade. Neste trabalho a relação entre doença crónica e suicidalidade é significativa, mas negativa. Ou seja, tal significa que quanto maior for a frequência de doença crónica, menor a suicidalidade. Este não é um resultado que esperássemos e poderá constituir um artefacto estatístico, um resultado espúrio e pouco fiável, decorrente da percentagem reduzida de sujeitos que responderam afirmativamente a esta questão. Contrariamente, de acordo com o avançado pela literatura (e. g. De Leo e colegas, 2003; Goldman & Beardslee, 1999), a existência de uma doença crónica, tal como asma, epilepsia, diabetes ou hipertensão, pode gerar no adolescente um sentimento de desesperança para com a vida, que poderá culminar num fator de risco do comportamento suicidário.

Também a idade é uma variável que se correlacionou com a suicidalidade no nosso trabalho. A adoção de comportamentos suicidários raramente acontece em jovens menores de 14 anos mas tem uma expressão considerável a partir dos 15 e vai aumentando até aos 19 (e. g. Hirsch, Webb & Jeglic, 2011; OMS, 2002).

Para finalizar, e recorrendo novamente às palavras de Coimbra de Matos (2001, p. 144), parece-nos importante salientar que o suicídio “é resultante da não aceitação do sofrimento na impossibilidade da revolta - a revolta da não revolta, a revolta contra si próprio“ a revolta contra o objeto. Também neste sentido, Schneidman (1981) considera que o comportamento suicidário pode constituir “tão somente” “uma tentativa de comunicar, quando outras formas de comunicação se revelam ineficazes ou inúteis, para quem, mais do que morrer, gostava de conseguir viver consigo mesmo“, acrescentaríamos, e com o objeto dentro de si.

Limitações e direções futuras

O nosso estudo apresenta um conjunto de limitações que se prendem com a dimensão da amostra, que apesar de ser aceitável, poderá não ser suficiente para a generalização dos resultados obtidos. Salientamos também como limitação o número inferior de participantes do sexo masculino relativamente aos do sexo feminino. Note-se também que foi usada uma amostra de baixo risco, de adolescentes da

comunidade, e não um amostra clínica de adolescentes que tentaram o suicídio. Outra limitação prende-se com a já referida utilização do Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A; Blatt e colegas, 1992) recentemente adaptado para a população portuguesa, e ainda com poucos estudos de validade. Sugerimos que no futuro se realizem mais análises das características psicométricas do instrumento por forma a testar a sua validade na avaliação das experiências depressivas / estilos de personalidade em adolescentes. Este trabalho utilizou um design transversal, o que pode não permitir a realização de inferências causais. Salientamos, ainda, que este estudo utilizou apenas instrumentos de autorrelato.

No futuro, pensamos ser importante testar o modelo proposto com outras amostras (e. g. adultos, amostras clínicas) por forma a verificar se os resultados obtidos se mantêm e podem ser generalizados. A replicação do estudo com uma amostra de maior dimensão é também um aspeto a considerar. Salientamos ainda que é necessária mais investigação sobre as relações entre a personalidade, a raiva e a suicidalidade, nomeadamente, recorrendo-se a estudos longitudinais.

Para além dos instrumentos de medida utilizados neste estudo, poderá ser útil no futuro recorrer a outras medidas de avaliação, indo além das medidas de autorrelato, como as entrevistas e os métodos projetivos, bem como recorrer a outros informadores (e. g. pais, professores, amigos) que não o próprio adolescente.

Conclusões e implicações

Em termos gerais, os dados que obtivemos indicam que a suicidalidade na adolescência parece ser influenciada por variáveis de personalidade, por algumas formas de expressão de raiva e pela depressão sintomática. Apesar das limitações inerentes, este estudo testou um modelo inovador e sugere, a par com trabalhos anteriores, que a suicidalidade na adolescência é um fenómeno complexo, para o qual contribuem uma vasta gama de fatores.

Os resultados obtidos neste trabalho permitem concluir que os estilos de personalidade anaclítico e introjectivo se relacionam com a suicidalidade, sendo essa relação mediada pelo efeito da depressão e da raiva. Para além disto, os resultados que obtivemos levaram-nos a identificar duas dimensões da experiência de raiva importantes na previsão da suicidalidade em adolescentes: o temperamento de raiva e a raiva para dentro. A literatura psicanalítica tem vindo a mostrar a importância das dimensões da raiva, em particular, a raiva para dentro na compreensão do fenómeno suicidário adolescente. As dimensões da raiva, nomeadamente o temperamento de raiva e raiva para dentro, e a depressão sintomática permitem-nos distinguir as características dos adolescentes que adotam comportamentos suicidários daqueles que não o fazem. Esta distinção poderá revelar-se útil numa abordagem terapêutica que tenha simultaneamente em conta questões de dependência (e. g. necessidade de contacto próximo, receio de ser abandonado) e autocrítica (e. g. perfeccionismo, sentimento de fracasso), uma vez que dependentes e introjectivos podem apresentar motivações distintas para o gesto suicidário, sendo essencial identificá-las e trabalhá-las num contexto terapêutico, compreendendo o significado do ato suicida para um indivíduo em particular.

Os resultados também poderão contribuir para a elaboração de programas de prevenção do suicídio na adolescência, que incluam simultaneamente o rastreio da depressão e a gestão de raiva. De acordo com o recente Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017) o trabalho de prevenção assenta na parceria com as escolas e na identificação de fatores de risco e de proteção, na identificação e rastreio da sintomatologia depressiva e dos comportamentos autolesivos. Consideramos que poderia ser útil no futuro considerar-se o rastreio das vivências de raiva e uma triagem clínica do comportamento suicida mais completa que incluía a depressão, a raiva e os aspetos da personalidade. Tendo em conta que a depressão é

uma condição bastante frequente na população em geral e, sendo a raiva uma componente importante dessa perturbação, a sua avaliação torna-se cada vez mais essencial.

Assim, esperamos que estes resultados possam dar um pequeno contributo para a prática clínica, em particular, para a avaliação psicológica de adolescentes que possam estar em risco de suicídio, considerando-se a raiva e a personalidade ao invés de apenas a depressão. E, igualmente, revelarem-se úteis no trabalho de intervenção com suicidas nesta faixa etária, por exemplo, na escolha do tipo de psicoterapia mais indicado em função da estrutura de personalidade mais marcada – introjectiva ou anaclítica. Especificamente no que diz respeito aos aspetos da personalidade, sabe-se de acordo com Blatt (2008) que é possível os indivíduos passarem por mudanças ao longo das dimensões mais marcantes da sua organização de personalidade. Estas mudanças poderão, em consequência, contribuir para a redução da sintomatologia depressiva, dos níveis de expressão de raiva e dos comportamentos suicidários em adolescentes. Ainda no que diz respeito ao trabalho psicoterapêutico, pensamos que os nossos resultados poderão conduzir os técnicos que trabalham com adolescentes que tentaram o suicídio, a incluírem na sua prática aspetos ligados ao controle da raiva e à atenuação da sintomatologia depressiva, essenciais para uma intervenção mais precisa e abrangente. Nomeadamente, com adolescentes que apresentem elevados níveis de raiva, a psicoterapia poderá, por exemplo, proporcionar-lhes um espaço contendor onde possam expressar as suas vivências de raiva / agressividade.

Referências Bibliográficas

- Abdolmanafi, A., Besharat, M., Farahani, H., & Khodaii, M.R. (2011). The moderating role of locus of control on the relationship between anger rumination and depression in patients with major depression disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 302-306.
- Akiskal, H.S., & Benazzi, F. (2003). Family history validation of the bipolar nature of depressive mixed states. *Journal of Affective Disorders*, 73, 113-122.
- Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1365-1369.
- An, H., Ahn, J.H., & Bhang, S.Y. (2010). The association of psychosocial and familial factors with adolescent suicidal ideation: a population-based study. *Psychiatry Research*, 177, 318-22.
- Anderson, A. L. (2007). *A psychometric exploration of the Suicide Opinion Questionnaire*. A dissertation for the degree doctor of philosophy. University of Akron.
- Anguelva, M., Benkelfat, C., & Turecki, G. (2003). A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: I. Affective disorders. *Molecular Psychiatry*, 8, 574-591.
- Apter, A., Gothelf, D., Orbach, I., Weizman, R., Ratzoni, G., Har-Even, D., & Tyano, S. (1995). Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 912-918.
- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38, 1145-1160.

- Baggio, L., Palazzo, L.S., & Aerts, D.R. (2009). Suicide planning among teenage students: prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*, 142-150.
- Bagby, R. M., & Rector, N. A. (1998). Self-criticism, dependency and the five-factor model: a factor-analytic approach. *Personality and Individual Differences*, *24*, 895-897.
- Bartz, A. E., Blume, N.E., & Rose, J. (1996). Gender differences in self-report measures of anger: the role of social desirability and negative affect. *Journal of Social Behavior and Personality*, *11*, 241-253.
- Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R., & Brener, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students: associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, *48*, 229-233.
- Beardslee, W., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: the importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, *139*, 193-198.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber. *Republished as Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: new perspectives. In P. Clayton, & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: old controversies and new approaches* (265-290). New York: Raven.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 559-563.
- Berkowitz, L. (1962). *Aggression: a social psychological analysis*. New York: McGraw-Hill.

- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2004). Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. Em N. J. Botega & B. G. Werlang (Orgs.), *Comportamento suicida* (35-44). Porto Alegre: ArtMed.
- Benazzi, F. (2003). Clinical differences between bipolar II depression and unipolar major depressive disorder: lack of an effect of age. *Journal of Affective Disorders*, 75, 191-195.
- Besharat, M. A., Nia, M. E., & Farahani, H. (2013). Anger and major depressive disorder: the mediating role of emotion regulation and anger rumination. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 35-41.
- Besser, A., Campos, R. C., Morgado, C., & Blatt, S. J. Self-criticism, dependency, and adolescents' externalizing and internalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* (no prelo).
- Besser, A., Flett, G. L., & Davis, R. A. (2003). Self-criticism, dependency, silencing the self, and loneliness: a test of a mediational model. *Personality and Individual Differences*, 35, 1735-1752.
- Besser, A., & Priel, B. (2011). Dependency, self-criticism and negative affective responses following imaginary rejection and failure threats: meaning-making processes as moderators or mediators. *Psychiatry*, 74, 31-40.
- Biaggio, M. K. (1988). *Sex differences in anger: are they real?*. Paper presented at the American Psychological Association Convention, Atlanta, GA.
- Biaggio, M. K., Supplee, K., & Curtis, N. (1981). Reliability and validity of four anger scales. *Journal of Personality Assessment*, 45, 639-648.
- Bion, W. R. (1991). Ataques ao elo de ligação. Em E. B. Spillius. *Melanie Klein Hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica* (95-109). (B. H. Mandelbaum, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1959).

- Bibring, M. D. (1953). *The mechanism of depression in affective disorders*. Greenacre N. Y. Edition. International University Press.
- Boergers, J., Donaldson, D., & Spirito, A. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1287-1234.
- Bouvard, M. P., & Doyen, C. (1996). Le suicide chez l'adolescent. *L'Encéphale*, 37, 35-39.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 a 19 anos. *Psicologia: Saúde & Doença*, 7, 195-210.
- Bornstein, R. F., & O'Neill, R. M. (2000). Dependency and suicidality in psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 463–473.
- Boyle, S. H., Jackson, W. G., & Suarez, E. C. (2007). Hostility, anger, and depression predict increases in C3 over a 10-year period. *Brain, Behavior and Immunity*, 21, 816-123.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: the new mood therapy*. New York: The New American Library Inc.
- Bursztein, C., & Apter, A. (2008). Adolescent suicide. *Current Opinion In Psychiatry*, 22, 1-6.
- Busch, F. (2009). Anger and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 271-278.
- Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclytic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107–157.

- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and selfdefinition: two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. Em J. L. Singer (Ed.), *Em Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1991a). Depression and destructive risk-taking behavior in adolescence. Em *Self-Regulatory Behavior and Risk-Taking: Causes and Consequences*, ed. L. P. Lipsitt & L. L. Mitnick. Norwood, NJ: Ablex, 285–309.
- Blatt, S. J. (1991b). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. J. D'afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976a). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383–389.
- Blatt, S. J., D'Affliti, S. J., & Quinlan, D. M. (1976b). *Depressive experiences questionnaire*. Yale University Press, New Haven, CT.
- Blatt, S. J. Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. C. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 150, 113–124.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187–254.
- Blatt, S. J., & Lerner, H. (1983). Psychodynamic perspectives on personality theory. Em M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (87-106). New York: Pergamon Press.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and self-definition: two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. Em J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (399-428). Washington, DC: American Psychological Association.

- Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergence of psychoanalytic and cognitive behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology, 9*, 157-190.
- 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., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 527-62*.
- Blatt, S. J., Schaffer, C. E., Bers, S. A., & Quinlan, D. M. (1992). Psychometric properties of the Adolescent Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 59*, 82-98.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. Em D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Emotion, cognition, and representation* (1-33). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology.
- Blatt, S. J., Zohar, A. H. Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 64*, 319-339.
- Blatt, S. J., Zohar, A., Quinlan, D. M. Luthar, S., & Hart, B. (1996). Levels of relatedness within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire for adolescents. *Journal of Personality Assessment, 6*, 52-71.
- Blatt, S. J., Sahar, G., & Ford, R. Q. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry, 23*, 102-150.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., Besser, A., & Ford, R. Q. (2007). Two primary configurations of psychopathology and change in thought disorder in long-term intensive

inpatient treatment of seriously disturbed young adults. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1561-7.

Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.

Blos, P. (1962). *On adolescence*. New York: The free press.

Block, J., Gjerde, P. E., & Block, J. H. (1991). Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year-olds: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 726-738.

Brent, D. A. (1993). Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics Review*, 14, 380-388.

Brent, D. A., Kolko, D. J., Allan, M. J., & Brown, R. V. (1990). Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 586–593.

Brody, C. D., Haaga, D. A. F., Kirk, L., & Solomon, A. (1999). Experiences of anger in people who have recovered from depression and never-depressed people. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 400–5.

Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377.

Bridewell, W. B., & Chang, E. C. (1997). Distinguishing between anxiety, depression, and hostility: relations to anger-in, anger-out, and anger control. *Personality and Individual Differences*, 22, 587–590.

Brinkman-Sull, D., Overholser, J., & Silverman, E. (2000). Risk of future suicide attempts in adolescent psychiatric inpatients at 18-month follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 327-340.

- Cautin, R. L., Overholser, J. C. & Goetz, P. (2001). Assessment of mode of anger expression in adolescent psychiatric inpatients. *Adolescence*, 36, 163-170.
- Calamari, E., & Pini, M. (2003). Dissociative experiences and anger proneness in late adolescent females with different attachment styles. *Adolescence*, 38, 287-304.
- Campos, R. C. Porque não posso viver assim, aceito antes de tempo o meu fim: Refletindo sobre suicídio. *Psicologia Clínica, submetido*.
- Campos, R. C., Besser, A., Morgado, C., & Blatt, S. J. (*in press*). Self-criticism, dependency, and adolescents' externalizing and internalizing problems. *Journal of Clinical Psychology*.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of selfcriticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27, 1149-1157.
- 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. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17, 58-74.
- Cassarola, R. M. S. (1987). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36, 137-144.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Coimbra de Matos, A. (1982). Esquema do núcleo depressivo da personalidade. *Separata de O Médico*, 103, 1-3.

- Coimbra de Matos, A. (1983). Textos sobre narcisismo, depressão e masoquismo. *Análise Psicológica*, 4, 409-423.
- Coimbra de Matos, A. (1986). Depressão: estrutura e funcionamento. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 4, 75-85.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Cole, D. A. (1988). Hopelessness, social desirability, depression, and parasuicide in two college student samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 131-136.
- Coles, C. J., Greene, A. F., & Braithwaite, H. O. (2002). The relationship between personality, anger expression, and perceived family control among incarcerated male juveniles. *Adolescence*, 37, 395-409.
- Conner, K. R., Meldrum, S., Wieczorek, W. F., Duberstein, P. R., & Welte, J. W. (2004). The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20-year-old males. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 363-73.
- Corveleyn, J., Luyten, P., & Blatt, S. J. (Eds.). (2005). *The theory and treatment of depression: towards a dynamic interactionism model*. Leuven/Mahwah, NJ: Leuven University Press/Lawrence Erlbaum Associates
- Consoli, A., Peyre, H., Speranza, M., Hassler, C., Falissard, B., Touchette, E. ... Révah-Lévy, A. (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 8.
- Cox, D. L., Stabb, S. D., & Hulgus, J. F. (2000). Anger and depression in girls and boys: a study of gender differences. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 110-112.

- Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy/dependency and autonomy/self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118, 358-378.
- Chabrol, H., & Moron, P. (1988). Depressive disorders in 100 adolescents who attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 145, 379.
- Chen, P. C., Lee, L. K., Wong, K. C., & Kaur, J. (2005). Factors relating to adolescent suicidal behavior: a cross-sectional Malaysian school survey. *Journal of Adolescence Health*, 37, 337.
- Cheung, A. H., & Dewa, C. S. (2006). Canadian community health survey: major depressive disorder and suicidality in adolescents. *Healthcare Policy = Politiques De Santé*, 2, 76-89.
- Choquet, M., Kovess, V., & Poutignat, N. (1993). Suicidal thoughts among adolescents: an intercultural approach. *Adolescence*, 28, 649-659.
- Clay, D. L., Anderson, W. P., & Dixon, W. A. (1993). Relationship between anger expression and stress in predicting depression. *Journal of Counselling and Development*, 72, 91-94.
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 4, 167-226.
- Cramer, P., Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (1988). Defense mechanisms in the anaclitic and introjective personality configuration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 610 - 616.
- Daniel, S., Goldston, D., Erkanli, A., Franklin, J., & Mayfield, A. (2009). Trait Anger, anger expression, and suicide attempts among adolescents and young adults: a prospective study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38, 661-671.

Darwin, C. (1867). *The Correspondence of Charles Darwin*, v. 15.

De Leo, D., Bertolote, J., & Lester, D. (2003). La violencia autoinfligida. Em E.G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zuvir, & P. R. Lozano (Orgs.). Em *Informe Mundial de la violencia e de la salud* (200-231). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Demirbas, H. & Gursel, C. (2012). Examination of anger suicidal behaviors among university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 47, 2093-2098.

Dias, A., & Vicente, T. N. (1984). *A depressão no adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.

Donaldson, D., Spirito, A., & Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and human development*, 31, 99-111.

Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative Review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.

Duarté, Y. M., & Rosselló, J. (1999). Riesgo suicida, sintomatología depresiva y actitudes disfuncionales en adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 33, 219-234.

Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., & Flett, L. G. (1995). Self-criticism and dependency in relation to anger. *Psychological Reports*, 76, 1342-1342.

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., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2009). Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment over four years in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry, 50*, 335-346.
- Estlander, A. M., Knaster, P., Karlsson, H., Kaprio, J., & Kalso, E. (2008). Pain intensity influences the relationship between anger management style and depression. *Pain, 140*, 387-392.
- Ewart, C. K., & Kolodner, K. B. (1994). Negative affect, gender, and expressive style predict ambulatory blood pressure in adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 596-605.
- Fava, M., & Rosenbaum, J. F. (1998). Anger attacks in depression. *Depression and Anxiety, 8*, 59-63.
- Fazaa, N. (2001). *Dependency, self-criticism and suicidal behavior*. University of Windsor, Windsor: Ontario.
- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*, 172-185.
- Felsten, G. (1996). Hostility, stress and symptoms of depression. *Personality and Individual Differences, 21*, 461-467.
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. E. (2001). Adolescent suicidal ideation. *Adolescence, 36*, 241-248.
- Fine, M. A., & Olson, K. A. (1997). Anger and hurt in response to provocation: relationship to psychological adjustment. *Journal of Social Behavior and Personality, 12*, 325-344.
- Finman, R., & Berkowitz, L. (1989). Some factors influencing the effect of depressed mood on anger and overt hostility toward another. *Journal of Research in Personality, 23*, 70-84.

- Fischer, K., Nakakoji, J., Ostwald, G., Stahl, & Sumner, T. (1993). Embedding critics in design environments. *The Knowledge Engineering Review*, 8, 285-307.
- Fives, C. J., Kong, G., Fuller, J. R., & DiGiuseppe, R. (2010). Anger, aggression, and irrational beliefs in adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 109.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12, 61-68.
- Frank, S. J., Van Egeren, L. A., Paul, J. S., Poorman, M. O., Sanford, K. ... Field, D. T. (1997). Measuring self-critical and interpersonal concerns in an adolescent inpatient sample. *Psychological Assessment*, 9, 185-195.
- Franche, R., & Dobson, K. (1992). Self-criticism and interpersonal dependency as vulnerability factors to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 419-435.
- Freud, S. (1917). Luto e melancolia. Em Strachey, J. (ed.) & Ribeiro, V. (trad.). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Ed. Standard Brasileira, (v. 14). Rio de Janeiro: Imago, 3ª. ed., 275-292.
- Freud, S. (2008). *O Mal-Estar na Civilização*. Relógio D' Água editora.
- Freudensteins, O., Valevski, A., Apter, A., Zohar, A., Shoval, G. ... Zalsman, G. (2012). Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 746-752.
- Gasquet, I., & Choquet, M. (1994). Hospitalization in a pediatric ward of adolescent suicide attempters admitted to general hospitals. *The Journal of Adolescent Health*, 15, 416-422.

- Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, R., DuBrava, S. ... Nilsson, M. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 90, 554-560.
- Garcia, C. & Falconi, R. (2003). El suicidio adolescente: un análisis de variables predictoras. *Psiquiatria*, 7-11.
- Gerhart, J. I., Ronan, G.F., Seymour, B., Maurelli, K., Holman, K. ... Ronan, G.F. (2013). Health and relationships in violence reduction participants: indirect effects of angry temperament. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24, 179-191.
- Gilbert, P., Allan, S., & Trent, D. R. (1995). Involuntary subordination or dependency as key dimensions of depressive vulnerability?. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 740-752.
- Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A. M., Calati, R., Möller, H.J., Rujescu, D., & Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatry Research*, 43, 1262–1271.
- Gold, L. H. (2006). Suicide and gender. Em R. I. Simon & R. E. Hales (Eds.), *American psychiatric publishing textbook of suicide assessment and management (77–106)*. Washington, DC: APPI Press.
- Goldman, S., & Beardslee, W. R. (1999). Suicide in children and adolescents. Em D. G. Jacobs (Org.). *Suicide assessment and intervention (417-442)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goldney, R.D. (1982). Attempted suicide and death anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 159.
- Goldney, R., Winefield, A., Saebel, J., Winefield, H., & Tiggeman, M. (1997). Anger, suicidal ideation, and attempted suicide: a prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 264–268.

- Goldsmith, S.J., Fyer, M., & Frances, A. (1990). Personality and suicide. Em S.J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the lyfe cycle*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (C.E.S.D.). Em M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Guimarães, N. M., & Pasian, S. R. (2006). Aggressiveness in adolescence: experience and expression of anger. *Psicologia em Estudo*, 11, 89-97.
- Hauenstein, E. J. (2003). Depression in adolescence. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 32, 239-248.
- Hartzell, H. E. (1984). The challenge of adolescence. *Topics in Language Disorders*, 4, 1-9.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 18, 1372-1382.
- Hejdenberg, J., & Andrews, B. (2011). The relationship between shame and different types of anger: a theory-based investigation. *Personality and Individual Differences*, 50, 1278-1282.
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Kivimaki, M., Pulkki, L., Puttonen, S. ... Keltikangas-Järvinen, L. (2006). The longitudinal effects of social support and hostility on depressive tendencies. *Social Science and Medicine*, 63, 1374-1382.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Turnbull-Donovan, W. (1965). Perfectionism and suicidal intent. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 181-190.
- Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1986). Perfectionism, stress, and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 137-142.

- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1990). Dimensions of perfectionism and depression: a multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, *5*, 423-438.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 98-101.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Weber, C. (1994). Perfectionism, hopelessness, and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, *18*, 439-460.
- Hewitt, P. L., Newton, J., Flett, G. L., & Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*, 95-101.
- Hirsch, J.K., Webb, J.R., & Jeglic, E.L. (2011). Forgiveness, depression, and suicidal behavior among a diverse sample of a college students. *Journal of Clinical Psychology*, *67*, 1-11.
- Hoberman, H. M., & Garfinkel, B. D. (1988). Completed suicide in children and adolescents. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, *27*, 689-695.
- Horesh, N., Rolnick, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A., & Kotler, M. (1997). Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *66*, 92-96.
- Horesh, N., Orbach, I., Gothelf, D., Efrati, M., & Apter, A. (2003). Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*, 582-588.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, *6*, 94-103.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*, 1-55.

- Huprich, S. K. (1998). Depressive personality disorder: theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review, 18*, 477-500.
- Hauber, R., Rice, M., Howell, C., & Carmon, M. (1998). Anger and blood pressure readings in children. *Applied Nursing Research, 11*, 2-11.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum.
- Jeammet, P., & Birot, E. (1994). Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte, PUF, coll. *Psychiatrie de l'enfant*, Paris.
- Jones, M. B., Peacock, M. K., & Christopher, J. (1992). Self-reported anger in black high school adolescents. *The Journal of Adolescence Health, 13*, 461-465.
- Kanfer, E. H., & Hagerman, S. (1981). The role of self-regulation. Em L. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (143-179). San Diego, CA: Academic Press.
- Kashdan, T. B., & Roberts, J. E. (2007). Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination: affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 284-301.
- Kerr, M. A. & Schneider, B. H. (2008). Anger expression in children and adolescents: a review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 28*, 559-577.
- Kienhorst, C. W. M., De Wilde, E. J., Diekstra, R. F. W., & Wolters, W. H. G. (1991). Construction of an index for predicting suicide attempts in depressed adolescents. *British Journal of Psychiatry, 159*, 676-682.
- Kim, M. H., Jung-Choi, K., Jun, H. J., & Kawachi, I. (2010). Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Social Science & Medicine, 70*, 1254-61.

- Kochman, F. J., Hantouche, E. G., Ferrari, P., Lancrenon, S., Bayart, D., & Akiskal, H. S., (2005). Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 85*, 181–189.
- Konick, L., & Gutierrez, P. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*, 181-192.
- Kopper, B. A. (1993). Role of gender, sex role identity, and type A behavior in anger expression and mental health functioning. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 232-237.
- Kovacs, M., Goldston, D., & Gatsonis, C. (1993). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 8-20.
- Kumar, G., & Steer, R. A. (1995). Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide & Life Threatening Behavior, 25*, 339-346.
- Klein, D. N., Taylor, E. B., Dickstein, S., & Harding, K. (1988). Primary early-onset dysthymia: comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 387-398.
- Klomek, A., Orbach, I., Sher, L., Sommerfeld, E., Diller, R. ... Apter, A. (2008). Quality of depression among suicidal inpatient youth. *Archives of Suicide Research, 12*, 133–140.
- Knox, M., King, C., Hanna, G. L., Logan, D., & Ghaziuddin, N. (2000). Aggressive behavior in clinically depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 611–618.

- Laufer, M. (2000). *O Adolescente Suicida*. Climepsi Editores.
- Lamb, J. M., Sereika, S., Patterson, K., & Kaufmann, J. A. (2003). Anger assessment in rural high school students. *Journal School of Nursing, 19*, 30-40.
- Lee, J., Choi, H., Kim, M. J., Park, C. G., & Shin, D. S. (2009). Anger as a predictor of suicidal ideation in middle-school students in Korea: gender difference in threshold point. *Adolescence, 44*, 433–446.
- Lehnert, K. L., Overholser, J. C., & Spirito, A. (1994). Internalized and externalized anger in adolescent suicide attempters. *Journal of Adolescent Research, 9*, 105-119.
- Lester, D., Iliceto, P., Pompili, M., & Girardi, P. (2011). Depression and suicidality in obese patients. *Psychological Reports, 108*, 367-368.
- Levenson, M., & Neuringer, C. (1971). Problem solving behavior in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37*, 433-436.
- Levenson, M., & Neuringer, C. (1974). Suicide and field dependency. *Journal of Death and Dying, 5*, 181-186.
- Loas, G., & Defélice, E. (2012). Absolute and relative short-term stability of interpersonal dependency in suicide attempters. *Journal of Nervous an Mental Disease, 200*, 904-907.
- Luyten, P., Blatt, S. J., Van Houdenhove, B., & Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: are we skating to where the puck is going to be?. *Clinical Psychology Review, 26*, 985-999.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B. ... Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety, 24*, 586–596.

- Man, A. F. (1999). Correlates of suicide ideation in high school students: the importance of depression. *The Journal of Genetic Psychology, 160*, 105-114.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annual International Medicine, 136*, 302-311.
- Marcelli, D. (2002). *Estados depressivos na adolescência*. Climepsi Editores.
- Marcelli, D. & Bracconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Maris, T. M., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of Suicidology*. NY: Guilford.
- Martins, M. F. (1990). *A tentativa de suicidio adolescente: da clinica às ciências sociais e humanas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Milgram, G. G. (1993). Adolescents, alcohol and aggression. *Journal Studies Alcohol and Drugs, 11*, 53-61.
- Mallinckrodt, B., Abraham, W., Wei, M., & Russell, D. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 372-378.
- Malone, K. M., Haas, L. G., Sweeney, J. A., & Mann, J. J. (1995). Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders, 34*, 173-185.
- Marks, P. A., & Haller, D. L. (1977). Now I lay me down for keeps: a study of adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 390-399.
- Moreno, J. K., Fuhrman, A., & Selby, M. J. (1993). Measurement of hostility, anger, and depression in depressed and nondepressed subjects. *Journal of Personality Assessment, 61*, 511-523.

- Morrison, R., & O'Connor, R.C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 523-538.
- Moss, H. B., & Kirisci, L. (1995). Aggressivity in adolescent alcohol abusers: relationship with conduct disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 642-646.
- Moscicki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 310-323.
- Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (1995). Motivational and affective correlates of dependency and self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 18, 347–354.
- Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (1989). Cognitive vulnerability to depressed affect in dependent and self-critical college women. *Journal of Personality Disorders*, 3, 240-251.
- Mongrain, M., & Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 705-713.
- Myers, K., McCauley, E., Calderon, R., & Treder, R. (1991). The 3 year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 804-81.
- McCraine, E. W., & Bass, J. D. (1984). Childhood family antecedents of dependency and selfcriticism: Implications for depression. *Journal of Abnormal Psychology* 93, 3–8.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: understanding structure in the clinical process*. New York: Guilford.

- Novaco, R. W. (2010). Anger and psychopathology. Em M. Potegal, G. Stemmler, and C. Spielberger (Eds.), *International handbook of anger. Constituent and concomitant biological, psychological, and social processes* (465-497). New York, NY: Springer.
- Nuns, N., & Loas, G. (2005). Interpersonal dependency in suicide attempters. *Psychopathology*, 38, 140-143.
- 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., & Sheehy, N. (2000). *Understanding suicidal behaviour*. BPS, Blackwell, Oxford.
- 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.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde*. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.
- Oliveira, A., Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. *Análise Psicológica*, 4, 509-522.
- 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.
- Overholser, J. C., Freiheit, S. R. & DiFilippo, J. M. (1997). Emotional distress and substance abuse as risk factors for suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 402-408.
- Painuly, N., Sharan, P., & Mattoo, S. K. (2007). Antecedents, concomitants and consequences of anger attacks in depression. *Psychiatry Research*, 153, 39-45.

- Park, H. S., Schepp, K. G., Jang, E. H., & Koo, H. Y. (2006). Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *The Journal of School Health, 76*, 181-188.
- Park, I. J., Kim, P. Y., Cheung, R. Y. M., & Kim, M. (2010). The role of culture, family processes, and anger regulation in Korean American adolescents' adjustment problems. *American Journal of Orthopsychiatry, 80*, 258-266.
- Pendse, B., Westrin, A., & Engstrom, G. (1999). Temperament traits in seasonal affective disorder, suicide attempters with non-seasonal major depression and healthy controls. *Journal of Affective Disorders, 54*, 55-65.
- Pezawas, L., Stamenkovic, M., Jagsch, R., Ackerl, S., Putz, C. ... Kasper, S. (2002). A longitudinal view on suicidal behavior in depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 866-873.
- Potegal, M., Stemmler, G., & Spielberger, C. D. (2010). *International Handbook of Anger: constituent and concomitant biological, psychological, and social processes* (1^o Ed.). Springer New York.
- Pope A. W., & Bierman, K.L. (1999). Predicting adolescent peer problems and antisocial activities: the relative roles of aggression and dysregulation. *Developmental Psychology, 35*, 335-346
- Puskar, K., Ren, D., Bernardo, L., Haley, T., & Stark, K. (2008). Anger correlated with psychosocial variables in rural youth. *Issues in Mental Health Nursing, 31*, 71-87.
- Pompili, M., Rihmer, Z., Akiskal., H. S., Innamorati, M., Illiceto, P. ... Girardi, P. (2008). Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology, 41*, 313-21.

- Pfeffer, C. R. (2001). Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior: unmet needs for suicide prevention. *Biological Psychiatry*, *49*, 1055-1061.
- Pfeffer, C.R., Lipkins, R., Plutchik, R., & Mizruchi, M. (1988). Suicidal behavior in latency age children. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, *27*, 34-41.
- Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017). Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- Priel, B., & Besser, A. (2000). Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment and perceptions of infant temperament: a study of first-time mothers. *Personal Relationship*, *7*, 291–310.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.
- Ramirez, J. M., & Andreu, J.M. (2005). Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility and impulsivity). Some comments from a research project. *Neuroscience Biobehaviour Review*, *21*, 1-31.
- Rejescu, D. (2011). Suicide and personality: focus on old age. *European Psychiatry*, *26*, 2000-18.
- Rich, A.R., & Bonner, R.L. (1987). Concurrent validity of a stress vulnerability model of suicidal ideation and behavior: a follow-up study. *Suicide Life Threatening Behavior*, *17*, 265–270.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Psychiatry*, *20*, 17-22.
- Rihmer, Z., Gonda, X., Torzsa, P., Kalabay, L., Akiskal, H. S., & Eory, A. (2013). Affective temperament, history of suicide attempt and family history of suicide in general practice patients. *Journal of Affective Disorders*, *142*, 410-55.

- Riley, W. T., Treiber, F. A., & Woods, M. G. (1989). Anger and hostility in depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 668-674.
- Roberts, R., Roberts, C., & Chen, Y. R. (1998). Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1294-1300.
- Robins, C. J., Hayes, A. M., Block, P., Kramer R. J., & Villena, M. (1995). Interpersonal and achievement concerns and the depressive vulnerability and symptom specificity hypothesis: a prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 1-20.
- Robbins, P.R., & Tanck, R.H. (1997). Anger and depressed affect: interindividual and intraindividual perspectives. *The Journal of Psychology*, 131, 489-500.
- Rosenfeld, I. (1999). When the sadness won't go away. *Parade Magazine*, 19, 1-10.
- Roy, A., Rylander, G., & Sarchiapone, M. (1997). Genetic studies of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 75-79.
- Runeson, B. S. (1998). History of suicidal behaviour in the families of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 497-501.
- Rusby, J. S., Harris, J. M., & Tasker, F. (2013). Female interpersonal dependency: genetic and environmental components and its relationship to depression as a function of age. *Aging & Mental Health*, 7, 785-7.
- Sabo, A. N., Gunderson, J. G., Najavits, L. M., Chauncey, D., & Kisiel, C. (1995). Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy: a prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 370-376.
- Sáez-Santiago, E., & Rosselló, J. (2001). Relación entre el ambiente familiar, los síntomas depresivos y los problemas de conducta en adolescentes puertorriqueños. *Interamerican Journal of Psychology*, 35, 113-125.

- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M., Pereira, M., Santos, N. & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em adolescentes – as explicações dos jovens. *Análise Psicológica*, 18, 139-155.
- Santos, N., & Sampaio, D.(1997). Adolescentes em risco de suicídio: a experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18, 187-194.
- Saraiva, C. (1999). *Para-suicídio*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, D., Campos, R. C., & Prazeres, N. (1999). O inventario de estado-traço de raiva (STAXI) e a sua adaptação para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 34, 55-81.
- Silver, M. A., Bohnert, M., Beck, A. T., & Marcus, D. (1971). Relation of depression to attempted suicide and seriousness of intent. *Archives of General Psychiatry*, 25, 573-576.
- Silver, M. E., Field, T. M., Sanders, C. E., & Diego, M. (2000). Angry adolescents who worry about becoming violent. *Adolescence*, 35, 663-669.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2013). *Estatística*. Disponível em <http://www.spsuicidologia.pt/index.php/sobre-ossuicidio/estatistica>.
- Souza, E. R., Minayo, M. C. S., & Malaquias, J. V. (2002). Suicide among young people in selected Brazilian state capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 673-683.
- Souza, L. D. M., Silva, R. A, Jansen, K., Kuhn, R. P, Horta, B. L., & Pinheiro, R.T. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 32, 37-41.

- Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 15, 275-291.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D. ... Flory, M.(1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
- Shaffer, D., & Pfeffer, C. R. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 24-51.
- Shahar, G., & Priel, B. (2003). Ative vulnerability, adolescent distress, and the mediating/suppressing role of life events. *Personality and Individual Differences*, 35, 199–218.
- Shahar, G., & Blatt, S. J. (2004). Benevolent interpersonal schemas facilitate insight-oriented treatment: further analysis of the menninger psychotherapy research project. Unpublished paper.
- Shek, D. T. L., & Yu, L. (2012). Self-harm and suicidal behaviors in Hong Kong adolescents: prevalence and psychosocial correlates. *Scientific World Journal*, 540- 572.
- Shneidman, E. (1981). *Suicide thoughts and reflections, 1960-1980*. London: Human Sciences Press.
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7, 422-445.
- Steer, R. A., Kumar, G., & Beck, A.T. (1993). Hopelessness in adolescent psychiatric inpatients. *Psychological Reports*, 72, 559-564.

- Steele, R. E. (1978). Relationship of race, sex, social class, and social mobility to depression in normal adults. *Journal of Social Psychology, 104*, 37–47.
- Stewart, S. M., Lam, T. H., Betson, C., & Chung, S. F. (1999). Suicide ideation and its relationship to depressed mood in a community sample of adolescents in Hong Kong. *Suicide and Life Threatening Behavior, 29*, 227-240.
- Skala, K., Kapusta, N. D., Schlaff, G., Unseld, M., Erfurth, A. ... Akiskal, H.S. (2012). Suicidal ideation and temperament: and investigation among college students. *Journal of Affective Disorders, 141*, 339-405.
- Skodol, A. E., Gallaher, P. E., & Oldham, J. M. (1996). Excessive dependency and depression: is the relationship specific?. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 184*, 165-71.
- Smith, T. W., O’Keeffe, J. L., & Jenkins, M. (1988). Dependency and self-criticism: correlates of depression or moderators of the effects of stressful events?. *Journal of Personality Disorders, 2*, 160-169.
- Spielberger, C. D. (1980). *Preliminary manual for the State-Trait Anger Scale*. Tampa, FL: Human Resources Institute, University of South Florida.
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Orlando, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D. (1992). *Manual do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (S.T.A.X.I)*. Tradução e adaptação por Angela M. B. Biaggio. São Paulo, VETOR, Editora Psico-Pedagógica, Ltda.
- Spielberger, C.D. (1996). *State–Trait Anger Expression Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. Em M. E. Maurish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (292-321). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. Em J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment*, 3, (112–134). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Spielberger, C. D., Krasner, S. S., & Solomon, E. P. (1988). The experience, expression, and control of anger. Em M. P. Janisse (Ed.), *Health psychology: Individual differences and stress* (89–108). New York: Springer.
- Spielberger, C. D., Ritterband, L. M., Sydeman, S. J., Reheiser, E. C., & Unger, K. K. (1995). Assessment of emotional states and personality traits: Measuring psychological vital signs. Em J.N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment: Practical approaches*. New York: Oxford University Press.
- Spielberger, C. D., Johnson, E. H., Russell, S. F., Crane, R. J., Jacobs, G. A., & Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. Em M. A. Chesney & R. H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (5–30). New York: Hemisphere.
- Swaffer, T., & Hollin, C.R. (1997). Adolescents' experiences of anger in a residential setting. *Journal of Adolescence*, 20, 567-575.
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30, 398-408.
- Troisi, A., & D' Argenio, A. (2004). The relationship between anger and depression in a clinical sample of young men: the role of insecure attachment. *Journal of Affective Disorders*, 79, 269-272.

- Vansan, G. A., & Favero, R. V. (1988). Separação parental e suicídio. *Neurobiologia*, 51, 57-66.
- Vliegen, N., & Luyten, P. (2008). The role of dependency and self-criticism in the relationship between postpartum depression and anger. *Personality Individual Differences*, 45, 34 – 40.
- Weiner, I. B. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., & Paykel, E.S. (1971). Clinical evaluation of hostility in depression. *American Journal of Psychiatry*, 128, 261–266.
- Welkowitz, J., Lish, J. D., & Bond, R. N. (1985). The Depressive Experiences Questionnaire: revision and validation. *Journal of Personality Assessment*, 49, 89-94.
- Werlang, B. S. G., & Agnis, N. (2004). Perspetiva Psicológica. Em N. Botega, B. S. G. Werlang (Org.). *Comportamento Suicida* (45-58). Porto Alegre: Artmed.
- Withers, L. E., & Kaplan, D. W. (1987). Adolescents who attempt suicide: a retrospective clinical chart review of hospitalized patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 391-393.
- Wilson, A. (1988). Levels of depression and clinical assessment. Em H. Lerner, & P. Lerner (Ed.), *Primitive mental states and the Rorschach* (441-462). Madison: International Universities Press.
- Woods, P.J., & Muller, G.E. (1988). The contemplation of suicide: Its relationship to irrational beliefs in a client sample and the implications for a long-range suicide prevention. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 6, 236-258.

- Yao, S., Fang, J., Zhu, X., & Zuroff, D.C. (2009). The depressive experiences questionnaire: construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depression and Anxiety, 26*, 930-937.
- Yarcheski, A., Mahon, N.E., & Yarcheski, T. J. (2002). Anger in early adolescent boys and girls with health manifestations. *Nursing Research, 51*, 229-236.
- Young, M. A., Fogg, L. F., Scheftner, W. A., & Fawcett, J.A. (1994). Interactions of risk factors in predicting suicide. *American Journal of Psychiatry, 151*, 434–435.
- Youssef, G., Plancherel, B., Laget, J., Corcos, M., Flament, M.F., & Halfon, O. (2004). Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *European Psychiatry, 19*, 131–139.
- Yamaguchi, N., Kobayashi, J., Tachikawa, H., Sato, S., Hori, M. ... Shiraishi, H. (2000). Parental representation in eating disorder patients with suicide. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 131–136.
- Zimprich, D., & Mascherek, A. (2012). Anger expression in Swiss adolescents: establishing measurement invariance across gender in the AX scales. *Journal of Adolescence, 35*, 1013-1022.
- Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1987). Dependency and self-criticism: vulnerability factors for depressive affective states. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 14-22.
- 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. C., Mongrain, M., & Santor, D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: comment on coyne and whiffen (1995). *Psychological Bulletin, 130*, 489 –511.

Zuroff, D., Santor, D., & Mongrain, M. (2005). *Dependency, self-criticism, and maladjustment. Relatedness, self-definition and mental representation* (75–90). New York, NY US: Routledge / Taylor Francis Group.

Zhang, P., Roberts, R. E, Liu, Z., Meng, X., Tang, J. ... Yu, Y. (2012). Hostility, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in Chinese adolescents: a school-based study. *PLoS ONE* 7: e31044.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A).

QED-A

Sidney Blatt, Carrie Schaffer, Susan Bers e Donald Quinlan (1989)
 Versão portuguesa de Cristina Morgado e Rui C. Campos (2011)

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra um conjunto de afirmações respeitantes a características e traços pessoais. Leia cada afirmação e decida se concorda ou discorda e em que grau. Se concorda totalmente, faça um círculo à volta do número 7. Se discorda totalmente, faça um círculo à volta do número 1. Se está algures num ponto intermédio, faça um círculo à volta de um dos números entre 1 e 7. Se está indeciso ou se está numa posição neutra, faça um círculo no ponto médio da escala que corresponde ao número 4.

| | | 1...2...3...4...5...6...7 | | | | | | |
|----|---|---------------------------|---|--------|---|---------------------|--------|---------------------|
| | | Discordo Totalmente | | Neutro | | Concordo Totalmente | | |
| | | | | | | Discordo Totalmente | Neutro | Concordo Totalmente |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1- | Coloco os meus objectivos pessoais num nível muito alto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2- | Sem o apoio dos que me são próximos, sentir-me-ia desamparado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3- | Estou habitualmente satisfeito(a) com os meus planos e objectivos, em vez de tentar objectivos mais altos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4- | Algumas vezes sinto-me muito grande, e outras sinto-me muito pequeno(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5- | Nunca sinto ciúmes quando vejo alguém de quem sou próximo(a) com outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6- | Preciso realmente de alguma coisa que só as outras pessoas me podem dar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7- | Penso frequentemente que fico aquém daquilo que espero de mim próprio(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8- | Sinto que estou sempre a usar plenamente as minhas capacidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9- | Aborreço-me o facto das relações com as outras pessoas sofrerem mudanças | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Anexo 2 – Escala da Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

| Nº | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| CES-D | | | | |
| <p>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.</p> <p>Use a seguinte chave:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)</p> <p><input type="checkbox"/> Ocasionalmente (1 ou 2 dias)</p> <p><input type="checkbox"/> Com alguma frequência (3 ou 4 dias)</p> <p><input type="checkbox"/> Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)</p> | | | | |
| Durante a semana passada: | Nunca ou muito raramente | Ocasional- mente | Com alguma frequência | Com muita frequência ou sempre |
| 1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Não me apetecia comer; estava sem apetite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Senti que não conseguia livrar-me da acara 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"/> |

**Inventário de Auto-Avaliação
STAXI de Charles D. Spielberg**

Forma preparada por Danilo Silva, Rui Campos e Nina Prazeres

INSTRUÇÕES

Este questionário está dividido em 3 partes. Cada parte contém várias afirmações que as pessoas utilizam para descrever os seus sentimentos e o seu comportamento. Repare que cada parte tem instruções **diferentes**. Leia atentamente as instruções de cada parte, antes de começar a responder.

Não há respostas certas nem erradas. Ao responder a cada afirmação, dê a resposta que o (a) descreve melhor. Se se enganar e desejar mudar a sua resposta, risque a resposta incorrecta e assinale a correcta, fazendo um círculo à volta do número correspondente.

EXEMPLOS

1: 1 2 3 4
2: 1 2 3 4

Anexo 4 – Questionário de Comportamento Suicário – Revisto (QCS-R).

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

Anexo 5 – Questionário Sócio-demográfico.

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

INSTRUÇÕES: Preenche a ficha de dados pessoais que se segue.

I

Sexo _____ Idade _____

Escolaridade _____

Escolaridade do Pai _____

Escolaridade da Mãe _____

Profissão do Pai _____ Profissão da Mãe _____

Com quem vives? _____

II

Quantas vezes foste ao médico nos últimos 12 meses? _____

Tens alguma doença crónica? Sim ou Não

Se respondeste afirmativamente à questão anterior indica qual ou quais

Já alguma vez foste a uma um psicólogo ou psiquiatra? Sim ou Não

Se respondeste afirmativamente à questão anterior indica se:

Foste alguma(s) vez(es), ocasionalmente OU

Foste pelo menos durante alguns meses com uma certa regularidade

Já alguma vez consumiste algum tipo de droga? Sim ou Não

Se respondeste afirmativamente à questão anterior responde às 2 alíneas seguintes:

a) Indica qual ou quais os tipos de droga: _____

b) O consumo foi (a) esporádico ou habitual? Esporádico Habitual

Já alguma vez cometes-te actos deliberados que te feriram/magoaram fisicamente?

Sim Não

III

Alguns dos teus pais já faleceu? Sim Não

Se respondeste afirmativamente à questão anterior, indica qual deles e que idade tinhas quando isso aconteceu _____

Os teus pais são divorciados ou separados? Sim Não

Se respondeste afirmativamente à questão anterior, indica que idade tinhas quando se divorciaram _____

Tens um grupo de amigos com quem convetas, convives ou saís fora da escola?

Sim Não

Quantos membros tem habitualmente esse grupo? _____

Na escola tens um conjunto de colegas (mais do que um ou dois) com quem convives nos intervalos e tempos livres?

Sim Não

Neste momento, tens algum conflito com alguém do teu grupo de amigos?

Sim Não

De 1 a 5 como avalias a relação que tens com a tua mãe actualmente?

| | | | | | |
|----------|---|---|---|---|-----------|
| Muito má | | | | | Muito boa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

De 1 a 5 como avalias a relação que tens com o teu pai actualmente?

| | | | | | |
|----------|---|---|---|---|-----------|
| Muito má | | | | | Muito boa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Mantês actualmente uma relação amorosa estável? Sim Não

Anexo 6 – Documentos de autorização por parte das escolas.



DECLARAÇÃO

Declaramos que **CRISTIANA CORDEIRO MESQUITA**, aluna do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade de Évora, foi autorizada pela Direção da Escola Profissional da Região Alentejo a aplicar questionários de apuramento de informação, no presente mês de outubro/2012, no âmbito do estudo “aspetos afetivos, personalidade e fatores de risco em adolescentes”.

Foram acautelados os procedimentos éticos habituais, nomeadamente quanto à *participação informada* dos alunos envolvidos na amostra.

EPRAL, Évora, 2012-10-16

O Diretor Técnico Pedagógico
EPRAL/Évora

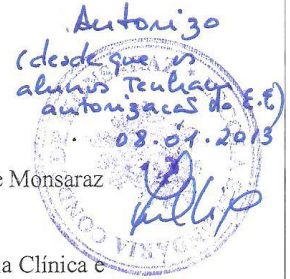
João Lázaro





Ex.mo(a). Sr(a).

Director da Escola Secundária Conde de Monsaraz



Eu, Cristiana Cordeiro Mesquita, estudante de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Évora, estou a realizar uma investigação com adolescentes que pretende estudar aspectos relacionados com o funcionamento da sua personalidade.

Os dados desta investigação serão recolhidos através da aplicação de alguns questionários, de forma voluntária, isto é, os alunos serão avisados de que podem não participar se essa for a sua vontade. Prevê-se que a resposta aos questionários seja realizada durante uma aula, cedida para o efeito, com uma duração aproximada de 30 minutos. Irá, igualmente, ser concedida uma explicação breve aos alunos do que se pretende com a investigação. Os questionários serão então entregues aos alunos que tenham previamente trazido assinado pelo encarregado de educação um documento de autorização para a participação neste estudo, que se encontra em anexo, sendo este antecipadamente distribuído aos alunos pelos professores.

De modo a garantir a confidencialidade dos resultados, a informação irá ser tratada quantitativamente e de forma global, bem como, será garantido o anonimato das respostas.

Venho assim solicitar a colaboração da Escola Secundária Conde de Monsaraz nesta investigação, autorizando, desta forma, a aplicação dos referidos questionários a turmas do 10º, 11º e 12º anos de escolaridade.

Grata pela atenção dispensada.

Évora, 7 de Janeiro de 2012

(A mestranda)

(O orientador)

Anexo 7 - Termo de consentimento informado para os Encarregados de Educação.

Termo de Consentimento Informado

Exmº Senhor(a) Encarregado de Educação

Eu, Cristiana Cordeiro Mesquita, estudante de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Évora, encontro-me a realizar uma investigação, no âmbito da minha tese de mestrado, que pretende estudar a relação entre aspetos afetivos, da personalidade e fatores de risco em adolescentes. Gostaria, desta forma, de obter o seu consentimento para que o seu educando possa participar como voluntário na referida investigação. Pretende-se que este estudo contribua para aumentar o nosso conhecimento relativamente ao funcionamento psicopatológico dos adolescentes.

Assim, solicito a colaboração do seu educando, que consistirá no preenchimento de um conjunto de quatro questionários, no tempo letivo, numa aula previamente destinada para o efeito. Esta tarefa terá a duração aproximada de 50 minutos e é voluntária, pelo que apenas responderão aos questionários os alunos que desejem fazê-lo. A resposta é anónima e confidencial. Os dados obtidos serão tratados pela mestranda em conjunto como os outros participantes, e não de forma individualizada.

Agradeço desde já a sua colaboração, encontrando-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Évora, 26 de outubro de 2012

Cristiana Cordeiro Mesquita

Eu, _____

Encarregado(a) de educação do aluno _____

_____ declaro que fui informado(a) do objetivo e da metodologia da investigação, autorizando o meu educando a participar.

Évora, ____ de _____ de 20 ____

Anexo 8 – Instruções de preenchimento dos questionários.

INSTRUÇÕES

Gostava de solicitar a tua colaboração para participar nesta investigação sobre estados afetivos, personalidade e fatores de risco em adolescentes no âmbito de minha tese de mestrado.

A tua tarefa consistirá em responder aos questionários que encontras nas páginas seguintes.

Responde aos questionários pela ordem apresentada. Após terminares o preenchimento de um questionário e iniciares o outro, por favor não voltes atrás, ao questionário anterior.

Lê as instruções de cada questionário, porque são diferentes.

Se tiveres alguma dúvida sobre como responder, por favor, pergunta.

Sê sincero nas tuas respostas. A resposta aos questionários é anónima e confidencial. Não escrevas o teu nome em nenhuma das folhas.

Apenas a investigadora terá acesso às tuas respostas que serão tratadas em conjunto com as de outras pessoas e, não individualmente.

Não leves muito tempo com cada questionário, mas também não respondas de forma apressada e descuidada. Por favor não fales com os colegas do lado!

Se estiveres de acordo e aceitares participar, por favor rubrica em baixo e depois começa a responder.

Tomei conhecimento das condições desta investigação e aceito participar:

Data ____/____/____

Rúbrica _____

Muito obrigado pela tua participação.

A investigadora,
Cristiana Mesquita