



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Estilos de personalidade e suicidalidade em adultos da comunidade: O efeito moderador dos acontecimentos de vida

Ana Rita da Silva Oliveira

Orientação: Prof. Dr. Rui C. Campos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Évora, 2014



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

**Estilos de personalidade e suicidalidade em adultos da comunidade: O
efeito moderador dos acontecimentos de vida**

Ana Rita da Silva Oliveira

Orientador/a:

Professor Doutor Rui C. Campos

Setembro de 2014

Agradecimentos

Aos meus pais, por nunca desistirem de mim, pelo apoio incondicional, pela estimulação constante e por me possibilitarem a oportunidade de cultivar o meu conhecimento.

À minha irmã, que sempre se mostrou presente incondicionalmente.

Ao meu namorado, pelo incentivo, motivação e força dada ao longo da minha jornada académica.

À minha avó e prima por serem a minha mola impulsadora na reta final da realização desta dissertação de mestrado.

À minha tia Maria João Nunes que me apoiou e incentivou desde o início mas que infelizmente não poderá testemunhar o seu término. A ti te dedico esta dissertação.

Aos meus tios e primas que nunca duvidaram e sempre me instigaram a seguir até ao fim com esta minha investigação.

À minha sempre amiga Fátima Costa, por estar presente em todo o meu percurso académico, por me motivar e ajudar em qualquer momento e por ser o meu suporte na realização desta dissertação.

Ao Professor Doutor Rui C. Campos pela orientação e sabedoria que enriqueceu, não só este trabalho, mas toda a minha trajetória académica.

A todos aqueles que, de uma forma ou de outra, me apoiaram e, por isso, contribuíram para a concretização deste trabalho.

“Tenho em mim todos os sonhos do mundo”

Fernando Pessoa

Resumo

“Estilos de personalidade e suicidalidade em adultos da comunidade: O efeito moderador dos acontecimentos de vida ”

O objetivo da presente investigação é estudar o fator preditivo entre estilos de personalidade anaclítico e introjetivo de acordo com o modelo de *Sidney Blatt* na suicidalidade e o efeito moderador dos acontecimentos de vida nessa relação. Neste estudo participaram uma amostra de conveniência com 195 adultos da comunidade, 91 homens e 104 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos de idade. De acordo com os resultados apenas o estilo introjetivo contribui para a previsão da suicidalidade. Acresce que a depressão constitui-se como forte preditor da suicidalidade. Ainda assim, os acontecimentos de vida não moderam a relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade. No entanto, os acontecimentos de vida são preditores da suicidalidade através do efeito cumulativo dos acontecimentos de vida considerados como negativos.

Palavras-chave: Suicidalidade; Estilos de personalidade; modelo de *Sidney Blatt*; Acontecimentos de vida

Abstract

“Personality styles and suicidality in a community sample: The moderator effect of life events”

The aim of the present study is to test the relationship between personality styles anaclitic and introjective according to *Sidney's Blatt* model, suicidality and the moderator effect of life events. A community sample of convenience of 195 adults, 91 man and 104 women, ranging in age from 18 to 65 years old participated in the study. According to our results only the introjective personality style predicts suicidality. In addition, depression seems to be a strong predictor of suicidality. Even so, the life events effect does not moderate de relationship between personality styles and suicidality. Nevertheless, life events are predictors of suicidality through the cumulative effect of those considered as negatives.

Key-words: Suicidality; Personality styles; Sidney Blatt's model; Life events

Índice

Introdução	1
Parte Teórica	3
1. Estilos de Personalidade de acordo com o modelo de <i>Sidney Blatt</i> , depressão e suicidalidade	
1.1 O estilo anaclítico e introjetivo da personalidade	3
1.2 Os estilos de personalidade e a sua relação com a depressão	5
1.3 Os estilos de personalidade e a sua relação com a suicidalidade	7
2. Acontecimentos de vida, personalidade e suicidalidade	
2.1 O impacto dos acontecimentos de vida no desenvolvimento	11
2.2 Acontecimentos de vida e a sua relação com os estilos de personalidade de <i>Sidney Blatt</i>	13
2.3 Acontecimentos de vida e a sua relação com a suicidalidade	15
Parte Empírica	19
3. Objetivos e hipóteses de investigação	19
4. Metodologia	23
4.1 Participantes e procedimentos	23
4.2 Instrumentos	25
4.3 Estratégia de Análise de dados	35
5. Resultados	37
5.1 Análise preliminar	37
5.2 Análise da Regressão múltipla hierárquica	37
6. Discussão dos resultados	43
Conclusão	51
Referências Bibliográficas	53
Anexos	71
Anexo A – Questionário de Experiências Depressivas	73
Anexo B – Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos	75
Anexo C – Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto	77
Anexo D – <i>Life Experiences Survey</i>	79

Introdução

O conceito de suicidalidade é, segundo Gassmann-Mayer e colegas (2011), definido como um *continuum* que envolve não só a ideação suicida (ativa ou passiva) mas também o (s) plano (s), a (s) tentativa (s) (concretizadas e/ou interrompidas) e o suicídio efetivo. Este fenómeno revela-se cada vez mais prevalente na população mundial. Segundo dados facultados pela Organização Mundial de Saúde, suicidam-se em todo o mundo, diariamente, cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio (EUROSTAT, 2013). Em Portugal, segundo dados de 2010, a taxa de suicídio revela-se superior a outras mortes como acidentes de trabalho e/ou de viação (WHO, 2013). Atualmente pode afirmar-se que a suicidalidade é um problema complexo e multifatorial, que se revela como um dos maiores flagelos a nível mundial. Este comportamento tem sido considerado como o extremo dos quadros depressivos (Greenberg, 2000), seja a vivência desse quadro depressivo motivação suficiente para o desejo e razão da morte (Coimbra de Matos, 2001).

A previsão do suicídio permanece difícil e complexa uma vez que os comportamentos suicidários dependem de uma variedade de fatores, quer internos, como é o caso da personalidade, quer externos, como é o caso dos acontecimentos de vida negativos (Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Gassman-Mayer et al., 2011). A prevenção do suicídio deve basear-se na investigação sobre os fatores predisponentes. Concretamente, a investigação tem demonstrado a importância de diferentes variáveis como os estilos de personalidade e os acontecimentos de vida (Adams et al., 1994; Borges et al., 2008; Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013; Chan, Miranda & Surrence, 2009; Cooper, Appleby & Amos, 2002; Dupéré et al., 2009; Kaslow et al., 2002, 2005; King, Raskin, Gdowski & Butkus, 1990; King et al., 2001; Liu & Miller, 2014; Meyer, Garrison, Jackson et al., 1993; Nruham, Holen & Sund, 2010; Stein et al., 2010; Wan & Leung, 2010; Vázquez, Panedoro & Rincón, 2010). É também sabido que a forma como os indivíduos reagem a esses acontecimentos depende justamente do seu estilo de personalidade (Yen, Pagano, Shea et al., 2005). Alguns estudos mostram que diversos acontecimentos de vida interagem com ambos os estilos de personalidade, analítico e introjetivo na previsão do *distress* (Borges et al., 2008; Foster, 2011; Hardt & Johnson, 2010; Liu & Tein, 2005; Sandin et al., 1998;

Sobrinho et al., 2013). A depressão, também se tem mostrado um potente preditor do risco de suicídio, pelo que neste estudo será avaliado o peso da personalidade e dos acontecimentos de vida na suicidalidade para além da depressão.

A presente investigação visa estudar o poder preditivo entre estilos de personalidade anaclítico e introjetivo de acordo com o modelo de *Sidney Blatt* (Blatt, 2008) no risco de suicídio (suicidalidade), bem como o efeito moderador dos acontecimentos de vida negativos nessa relação. Espera-se que os acontecimentos de vida interajam com os estilos de personalidade no sentido da vulnerabilidade para o risco de suicídio. Neste estudo será ainda controlado o efeito da depressão sintomática.

A presente dissertação é constituída por duas partes. A primeira, a parte teórica, descreve o enquadramento teórico e será composta por dois capítulos, o primeiro que aborda os estilos de personalidade de acordo com o modelo de *Sidney Blatt*, a depressão e a suicidalidade, e o segundo que visa a discussão sobre os acontecimentos de vida, a personalidade e suicidalidade. A segunda parte, a parte empírica deste trabalho tem quatro capítulos. O primeiro descreve os objetivos e hipóteses de investigação, o segundo, a metodologia, o terceiro, os resultados, e o quarto constitui a discussão dos resultados. O trabalho termina com a apresentação das conclusões e das referências bibliográficas.

Parte teórica

1. Estilos de personalidade de acordo com o modelo de *Sidney Blatt*, depressão e suicidalidade

1.1 O estilo anaclítico e o estilo introjetivo da personalidade

O desenvolvimento da personalidade envolve uma coordenação integrada de dois processos psicológicos fundamentais. São eles o desenvolvimento da capacidade de relacionamento interpessoal e a autodefinição (Besser, 2005; Blatt, 1991, 2008; Blatt & Luyten, 2013; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001; Campos, Besser & Blatt, 2013; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Fazaa & Page, 2003; Guisinger & Blatt, 1994). O relacionamento interpessoal pode ser definido como a capacidade de estabelecer relações interpessoais maduras, recíprocas e satisfatórias, enquanto a autodefinição pode ser definida como a construção de uma visão integrada, realista e positiva do *self* ou da identidade (Bagby & Rector, 1997; Besser, 2005; Besser & Priel, 2011; Blatt, 1991, 2008; Blatt & Luyten, 2013). O desenvolvimento da personalidade implica uma interação sinérgica destes dois processos psicológicos fundamentais, sendo estes essenciais para um funcionamento psicológico saudável (Besser, 2005; Besser & Priel, 2003, 2005, 2011; Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2013; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001; Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Fazaa & Page, 2003; Guisinger & Blatt, 1994).

Apesar da normalidade poder ser definida como a integração de ambos os processos ou tarefas desenvolvimentais, dentro dos limites da normalidade os indivíduos podem colocar um ênfase excessivo num dos processos o que permite definir um estilo de personalidade anaclítico ou dependente, mais centrado em questões de relacionamento, e um estilo de personalidade introjetivo ou auto-crítico, mais centrado em questões de autodefinição e controlo (Besser & Priel, 2003, 2005, 2011; Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2013; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001; Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Fazaa & Page, 2003; Guisinger & Blatt, 1994)

Os estilos de personalidade apresentam diferenças, tanto ao nível da cognição, como nos mecanismos de defesa e no estilo de adaptação às exigências externas (Blatt, 2008).

Quando há um desequilíbrio na normal interação dialética entre o relacionamento interpessoal e a autodefinição, pode surgir um desvio marcado no desenvolvimento que se expressa em níveis elevados de auto-criticismo e/ou de dependência (Besser & Blatt, 2012, 2013; Besser & Priel, 2003, 2005, 2011; Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2013; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Campos, Blatt, Shahar & Zuroff, 2001; Fazaa & Page, 2003; Guisinger & Blatt, 1994) constituindo-se como formas de vulnerabilidade ao *stress* e à psicopatologia (Besser, 2005; Besser & Priel, 2003, 2005, 2011; Blatt & Zuroff, 1992; Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2013; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001; Campos, Besser & Blatt, 2013; Campos et al., 2013; Guisinger & Blatt, 1994), ou seja, estas características de personalidade tornam-se marcadas e disfuncionais. Assim sendo pode pensar-se num contínuo entre traços anaclíticos e introjetivos normais da personalidade e os mesmos traços mas em grau patológico.

Para Blatt (1974, 1990, 1995, 2004, 2008), os indivíduos com um estilo de personalidade anaclítico (de dependência) são caracterizados por apresentarem grande necessidade de ser amados e cuidados por outros, em detrimento do desenvolvimento da sua autonomia e têm medos exagerados de perda, solidão, rejeição e abandono. Os indivíduos têm tendência a procurar suporte e ajuda nos outros, nomeadamente quando enfrentam situações stressantes. Mantêm relações próximas, são intuitivos, íntimos, dependentes e o seu principal foco são os afetos e as relações interpessoais. A principal preocupação é o medo de magoar os outros e de não obter o amor e proteção de que necessitam (Bagby & Rector, 1997; Blatt, 2008; Blatt & Zuroff, 1992; Blatt, D'Afflitti & Quilan, 1976; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001; Campos, 2009; Campos, Besser & Blatt, 2012; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Fazaa & Page, 2003; Franche & Dobson, 1992; Luyten et al., 2007; Sturman & Mongrain, 2005; Zuroff & Mongrain, 1987). São indivíduos preocupados com as relações interpessoais próximas (Besser & Priel, 2005; Franche & Dobson, 1992). É ainda de notar que os indivíduos dependentes são influenciáveis por fatores externos, nomeadamente a opinião de outras pessoas que considerem importantes (Blatt & Shichman, 1983; Fazaa & Page, 2003).

Os indivíduos com um estilo de personalidade introjetivo são caracterizados por colocar a tónica no controlo, autodefinição, autonomia e autoestima; têm medos exagerados da reprovação e fracasso perante as expectativas e da perda de controlo (Bagby & Rector, 1997; Blatt, 1995, 2008; Blatt & Zuroff, 2002; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001; Campos, Besser & Blatt, 2012; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Cox, Clara & Enns, 2009; Luyten et al., 2007). Estes indivíduos tendem a ser orientados para

atingir os objetivos a que se propõem, são competitivos, assertivos, organizados, metódicos, insatisfeitos e muito exigentes com eles próprios, tentando definir objetivos e metas bastante elevadas (Blatt, 1995, 2008; Blatt & Zuroff, 2002; Blatt, Shahar & Zuroff, 2001; Campos, Besser & Blatt, 2012; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Cox, Clara & Enns, 2009; Luyten et al., 2007; Spiegel & Spiegel, 1978). Vêm nos outros a fonte de aprovação para os seus atos, e têm necessidade de reconhecimento, mas também de demonstrar poder e as suas conquistas (Blatt, 2008; Fazaá & Page, 2003; Franche & Dobson, 1992). São considerados ambivalentes face a si próprios e face às relações interpessoais (Blatt & Zuroff, 1992; Fazaá & Page, 2003). São incapazes de se voltar para os outros, mesmo os mais próximos, na partilha e vivência, nomeadamente, das suas angústias e sofrimento (Blatt, 1995; Fazaá & Page, 2003). Tendem a ser pouco influenciáveis por fatores externos, já que o que consideram mais relevante são as suas próprias opiniões, julgamentos e afirmações (Blatt & Shichman, 1983; Fazaá & Page, 2003; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004).

1.2 Os estilos de personalidade e a sua relação com a depressão

As perturbações depressivas são uma das formas de psicopatologia mais prevalente (Hewitt, Flett & Ediger, 1996). Na realidade, segundo a OMS, no ano de 2020, a depressão será a doença com maior prevalência na população em geral (McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003). A depressão, como se sabe, é caracterizada por um conjunto de sintomas, onde se inclui a tristeza profunda e marcada, mas sobretudo por uma diminuição / perda da energia vital. Como Coimbra de Matos (2001, p.443) afirma “há depressões sem tristeza, mas não existem depressões sem abatimento”.

Várias investigações, decorrentes nos últimos 25 anos, têm sido realizadas no âmbito do estudo da personalidade enquanto fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de depressão (Campos, 2009b; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004).

Como dissemos antes, quando os traços anaclítico e introjetivo da personalidade, sugeridos por Blatt e colaboradores (1974, 1990, 1995, 2004, 2008), são marcados e desadaptativos, podem constituir formas de vulnerabilidade ao *stress* e a psicopatologia, nomeadamente a estados depressivos (Besser, 2005; Besser & Priel, 2003, 2005, 2011; Blatt, 2008; Blatt & Zuroff, 1992; Campos, Besser & Blatt, 2013; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013; Zuroff, Igreja & Mongrain, 1990)

Diversos estudos (Bagby & Rector, 1998; Besser & Priel, 2011; Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2009a; Campos, Besser & Blatt, 2013; Franche & Dobson, 1992; Luyten et al., 2007; Sahar, Joiner, Zuroff & Blatt, 2004; Zuroff & Mongrain, 1987) mostram que tanto a dependência como o auto-criticismo podem predispor os indivíduos a sintomatologia depressiva ao longo do ciclo de vida (Besser & Priel, 2005; Blatt, 1995). É de notar, e dizendo de uma outra forma, que uma ênfase em cada um dos estilos, expressado através de elevados níveis de auto-criticismo e dependência, têm sido referidos como fatores que predispõe os indivíduos à depressão. Desta forma, para os indivíduos se deprimirem, para além das características da sua personalidade, sofrem influências de aspetos contextuais e demográficos (Besser & Priel, 2005). De facto, estudos sobre os estilos de personalidade e a sua relação com a depressão confirmam que, na realidade, o estilo anaclítico da personalidade é vulnerável a experienciar depressão anaclítica e que o estilo introjetivo da personalidade apresenta vulnerabilidade à depressão introjetiva (Blatt & Zuroff, 1992; Blatt et al., 1976).

Investigação empírica (Besser & Priel, 2011; Blatt, 2008; Blatt & Zuroff, 1992; Hewitt, Flett & Ediger, 1996; Loas, Verrier, Gayant & Guelfi, 1998; Luyten et al., 2007; Nietzel & Harris, 1990; Sturman & Mongrain, 2005; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004) tem sido realizada no âmbito desta temática e os resultados mostram consistentemente uma associação entre auto-criticismo e depressão. No que se refere à dependência, a relação com a depressão pode ser menos robusta que a do auto-criticismo (Bartelstone & Trull, 1995; Besser & Priel, 2011; Blatt, 2008; Blatt & Zuroff, 1992; Campos, Besser & Blatt, 2010; Loas, Verrier, Gayant & Guelfi, 1998; Luyten et al., 2007; Nietzel & Harris, 1990; Sturman & Mongrain, 2005; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004).

De facto, as investigações realizadas têm revelado que indivíduos com níveis elevados de auto-criticismo podem estar em risco de desenvolver estados afetivos negativos (como é o caso da depressão) quando percecionam que não estão a corresponder às suas próprias expectativas e objetivos elevados (Besser, 2005; Besser & Priel, 2003, 2005, 2010), colocando em causa as suas características mais perfeccionistas (Hewitt, Flett & Ediger, 1996). Por outro lado, os indivíduos que apresentam níveis elevados de dependência podem desenvolver depressão quando percecionam uma disrupção nas suas relações com os outros, nomeadamente no que se refere à perda interpessoal e à rejeição social (Besser, 2005; Besser & Priel, 2003, 2005, 2010; Loas, Verrier, Gayant & Guelfi, 1998). Sabe-se que a depressão anaclítica,

característica de indivíduos com este estilo de personalidade (anaclítico), tem início quando são vividas perturbações nas relações interpessoais, estando predominantemente presentes sentimentos de solidão, privação, abandono e perda, rejeição, fraqueza, desamparo e depleção, bem como desejo de serem amados e protegidos pelos outros (Besser, 2005; Blatt, 1974, 1995, 2008; Blatt & Levy, 1998; Blatt, D’Afflitti & Quilan, 1976; Blatt et al., 1982; Luyten et al., 2007; Zuroff & Mongrain, 1987; Zuroff, Igreja & Mongrain, 1990; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004). A separação é vivenciada com medo e apreensão, e são frequentemente utilizados mecanismos de defesa primitivos e evitantes, tais como a negação ou a procura desenfreada de substitutos para conseguirem lidar com a situação (Blatt, 2008). Esta forma de depressão pode ainda manifestar-se através de queixas somáticas (Blatt, 1974; Klein, Harding, Taylor & Dickstein, 1988).

Já a depressão introjetiva, associada a indivíduos com estilo de personalidade introjetivo ou autocrítico, tem início normalmente quando são experienciadas perturbações no sentido do *self*, tendo associada sentimentos predominantes de falta de valor, culpa, anedonia, inferioridade, baixa autoestima, perda de controlo e fracasso (Besser, 2005; Blatt, 1974, 1995, 2008; Blatt & Levy, 1998; Blatt & Sichman, 1983; Blatt, D’Afflitti & Quilan, 1976; Blatt et al., 1982; Klein, Harding, Taylor & Dickstein, 1988; Luyten et al., 2007; Zuroff & Mongrain, 1987; Zuroff, Igreja & Mongrain, 1990; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004). Os introjetivos apresentam um desconforto crónico com as críticas e com a falta de aprovação por outrem, podendo ser extremamente críticos perante os outros (Blatt, 2008). Os mecanismos de defesa mais comuns são de tipo neutralizantes como a introjeção e a identificação com o agressor (Blatt, 2008).

Hewitt e Flett (1991), por exemplo, verificaram que elevados níveis de perfeccionismo, característica principal do estilo introjetivo, poderão predispor para a depressão clínica. Luyten, Sabbe, Blatt et al. (2007) verificaram que indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva major possuem elevados níveis de ambas as dimensões da personalidade (dependência e auto-criticismo).

1.3 Os estilos de personalidade e a sua relação com a suicidalidade

O suicídio tem-se mostrado como um dos maiores flagelos mundiais. De facto, segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a nível mundial suicidam-se diariamente cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por

cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio (EUROSTAT, 2013).

Em Portugal, a taxa de suicídios por 100.000 habitantes, em 2010, foi superior à de quaisquer outras mortes violentas, nomeadamente por acidentes de viação e acidentes de trabalho. Desta forma, mostra-se deveras importante a realização de investigação sobre comportamento suicidário e sobre as suas causas (WHO, 2013).

Segundo Durkheim (1897 *cit in Santos, 2007, p.97*) o suicídio é definido como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”. Acrescenta ainda que “tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado” (Durkheim, 1897 *cit in Santos, 2007, p.97*). Ainda é importante diferenciar suicídio de parasuicídio. Segundo Faria (1994 *cit in Santos, 2007, p.97*) parasuicídio é “o ato não fatal, na sequência de um comportamento invulgar, protagonizado por um indivíduo sem a intervenção de outrem, que provoca auto-lesão ou ingere uma substância em sobredosagem para além do prescrito ou da dose reconhecida como terapêutica, e que visa mudanças desejadas pelo indivíduo, quer através desse ato quer através das consequências físicas”. A suicidalidade, outro conceito deveras importante no estudo dos comportamentos suicidários, é definido como um *continuum* que vai desde a ideação suicida - ativa ou passiva - até ao comportamento suicida. Comporta não só o plano de suicídio, como também as suas tentativas, consumadas e/ou interrompidas, e o suicídio concretizado (Gassmann-Mayer et al., 2011).

Ao longo dos anos, sobretudo recentemente, tem-se verificado um interesse crescente por parte dos investigadores sobre o papel da personalidade na predição do suicídio (Hewitt, Flett & Weber, 1994; O'Connor, 2007). Ambos os estilos de personalidade anteriormente descritos podem constituir formas de vulnerabilidade ao comportamento suicidário (Campos, Besser & Blatt, 2013; Campos, Besser, Abreu, Parreira & Blatt, 2014; Faaza & Page, 2003). Beck (1983) teorizou que indivíduos com estilo dependente / sociotrópico tenderão a utilizar métodos de suicídio passivos, como por exemplo, overdoses, enquanto indivíduos com o estilo autocrítico / de autonomia tenderão a utilizar métodos de suicídio considerados como ativos, como por exemplo, as armas de fogo e os enforcamentos. Blatt (1995), ao abordar a temática do perfeccionismo, refere que os indivíduos com um estilo autocrítico ao experienciarem situações de fracasso poderão estar vulneráveis a perturbações psicológicas e a atos suicidas graves.

O estilo introjetivo pode ter um papel muito importante na ideação e nos comportamentos suicidas em adultos (Beck, 1983; Blatt, 1974, 1995, 2004; Blatt et al., 1982; Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013; Campos, Besser, Abreu, Parreira & Blatt, 2014; Fazaá & Page, 2003; Klomeck et al., 2008; O'Connor, 2007; O'Connor & Noyce, 2008; Yamaguchi, Koboayashi, Tachikawa et. al., 2000). Diversos estudos mostraram que o estilo introjetivo é um importante fator preditor da suicidalidade e que o *distress* medeia a associação entre auto-criticismo e suicidalidade (Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013). Campos, Besser e Blatt (2013), verificaram a existência de uma associação entre auto criticismo e suicidalidade sendo esta mediada pela presença de depressão sintomática. Já Hewitt, Flett e Weber (1994), concluíram que o perfeccionismo está envolvido na ideação suicida mesmo quando outras variáveis, como a depressão e a solidão, são controladas.

O perfeccionismo tem sido, de facto, alvo de estudo ao longo dos anos no que diz respeito à sua relação com a ideação suicida (Hewitt, Flett & Weber, 1994). Hewitt, Flett e Weber (1994), na sua investigação, comprovaram este mesmo pressuposto. O *stress* parece também ter um papel nesta relação, bem como os acontecimentos de vida stressantes. Níveis elevados de perfeccionismo, moderam a relação entre *stress* e ideação suicida (Hewitt, Flett & Weber, 1994), ou seja, em sujeitos com elevados níveis de perfeccionismo verifica-se uma relação significativa entre *stress* e ideação suicida. Por outro lado, em sujeitos com baixos níveis de perfeccionismo verifica-se uma relação não significativa entre o *stress* e ideação suicida (Hewitt, Flett & Weber, 1994).

Relativamente ao estilo anaclítico, as evidências são menos conclusivas e persistem algumas dúvidas. Campos, Besser e Blatt (2012), por exemplo, verificaram que a dependência, contrariamente ao auto-criticismo, tem apenas uma relação indireta com a suicidalidade. Bornstein e O'Neill (2000) afirmaram que a relação entre dependência e risco suicidário seria modesta. Vários estudos, no entanto, confirmaram que elevados níveis de dependência constituem um fator de risco para a suicidalidade (Campos, Besser, Abreu, Parreira e Blatt, 2014; Loas & Defélice, 2012). Loas e Defélice (2012), verificaram que a dependência é um traço personalidade estável entre indivíduos que teriam tentado o suicídio.

Klomeck, Orbach, Sher et al. (2008), na sua investigação, demonstraram que, elevados níveis de auto-criticismo e dependência estavam ambos relacionados com a presença de tentativas de suicídio. Estes resultados mostraram-se diferentes aos do estudo de Blatt e Zuroff (1982), no qual referem que indivíduos com elevados níveis de

auto-criticismo estariam em maior risco de suicídio, comparando com indivíduos dependentes. Ainda assim, tanto o estudo de Klomeck, Orbach, Sher et al. (2008) como o estudo de Blatt e Zuroff (1992), reforçam que o relacionamento interpessoal e a auto-definição, ao interagirem sinérgicamente, tomam-se como características fundamentais ao desenvolvimento normal e integrado da personalidade (Blatt, 1998; Blatt & Blass, 1990; Blatt & Shichman, 1983; Blatt & Zuroff, 1992).

Num estudo recente com uma amostra de adolescentes Campos, Besser, Abreu, Parreira e Blatt (2014) verificaram que ambos os estilos de personalidade estavam relacionados com a suicidalidade, nomeadamente, quando esta relação era mediada pelo *distress*. Recentemente Campos e Holden (*submetido*) verificaram no seu estudo com adultos da comunidade, que a depressão medeia a relação entre ambos os estilos de personalidade e a suicidalidade.

Por último, é ainda de notar que, influências ambientais como os acontecimentos de vida stressantes, os fatores socioculturais e psicopatologia, nomeadamente a depressão, poderão ser fatores que moderam a relação entre a personalidade e o comportamento suicidário (Campos & Holden, *submetido*; Campos, Besser & Blatt, 2012; Campos, Besser, Abreu, Parreira e Blatt, 2014; Fazaa & Page, 2003; Hewitt, Flett & Weber, 1994; O'Connor & Noyce, 2008). Acresce, de facto, que os sujeitos com perturbações mentais ou do humor, tem vulnerabilidade à tentativa de suicídio ou à consumação do ato suicida (Overholser, Branden & Dieter, 2012), nomeadamente a presença de perturbação depressiva e perturbação bipolar (Chen et al., 2006; Liu & Miller, 2014; Overholser, Branden & Dieter, 2012).

2. Acontecimentos de vida, personalidade e suicidalidade

2.1 O impacto dos acontecimentos de vida no desenvolvimento

O conceito de acontecimento de vida tem vindo a ser muito discutido na literatura. Segundo Holmes e Rahe (1967), os acontecimentos de vida são experiências objetivas que perturbam ou ameaçam romper as atividades habituais do indivíduo causando um reajustamento emocional, psicológico e comportamental. Outros autores, Brown e Harris (1978), definem acontecimentos de vida como sendo os problemas de vida dos indivíduos que desencadeiam emoções intensas, independentemente da sua natureza. Dohnrenwend e Dohnrenwend (1984) definiram os acontecimentos de vida como ocorrências objetivas de magnitude suficiente para mudar as atividades usuais da maioria das pessoas. Mais recentemente Marshall (2003) definiu acontecimentos de vida como sendo mudanças que ocorrem repentinamente na vida de uma pessoa. Acrescente-se ainda que estas mudanças não são necessariamente negativas, apenas são percecionadas pelo indivíduo como sendo desejáveis ou indesejáveis (Allam, 2011). Ramos (2004) definiu os acontecimentos de vida como um fenómeno discreto, transversal à vida do indivíduo, descontínuo e que simboliza uma mudança, isto é, uma alteração do percurso da vida do sujeito, afetando o equilíbrio global do próprio.

Diversos estudos sobre o impacto dos acontecimentos de vida têm sido publicados ao longo dos anos (e.g., Anderson & Stanich, 1996; Paykel, 1978, 2003; Rabkin & Struening, 1976; Smith, 1979). No geral, e numa perspetiva clínica, a investigação sobre acontecimentos de vida tem como objetivo a demonstração de uma associação temporal entre a ocorrência de experiência dos acontecimentos de vida pelos indivíduos, acontecimentos estes que requerem respostas sociais e adaptativas por parte do indivíduo, e o início da disfuncionalidade (Rabkin & Struening, 1976). A maioria dos estudos sobre os acontecimentos de vida e psicopatologia, na realidade, tem por base duas grandes premissas: a primeira de que os acontecimentos de vida requerem uma adaptação, e a segunda de que os indivíduos, ao vivenciarem acontecimentos de vida stressantes estão sujeitos a problemas psicológicas e problemas físicos (Sarason, Johnson & Siegel, 1978).

De acordo com a literatura, existem várias dimensões dos acontecimentos de vida que são indutores de *stress*: a dimensão temporal (que se refere à dimensão aguda ou crónica do acontecimento de vida), a dimensão relativa à severidade dos

acontecimentos de vida (podendo os acontecimentos de vida serem considerados *major* ou *minor*), a dimensão normativa (que se refere ao facto dos acontecimentos de vida serem normativos e não-normativos) e, por fim, a dimensão qualitativa (que considera a desejabilidade vs. indesejabilidade dos acontecimentos de vida) (Elliot & Eisdorfer, 1982; Sarason, Sarason & Johnson, 1985).

Os acontecimentos de vida podem ser classificados como normativos ou não-normativos (Furstenberg, 2005; Wrzus et al., 2013). Os primeiros referem-se a acontecimentos que são esperados ocorrer em determinadas fases do ciclo de vida do Homem, como por exemplo entrar na escola primária, puberdade, entrada no mercado de trabalho, casamento, reforma, ficar viúvo (Brim & Ryff, 1980; Furstenberg, 2005; Wrzus et al., 2013). Os segundos referem-se aos acontecimentos de vida que são experienciados por poucos indivíduos, como por exemplo ter um acidente de carro, divórcio ou ganhar a lotaria (Wrzus et al., 2013). Note-se que o morte de um cônjuge é considerado um acontecimento de vida normativo, isto é, é esperado que ocorra em qualquer período da vida do Homem, enquanto a morte de um filho já é considerado um acontecimento de vida não-normativo, uma vez que é expectável, pela ordem da vida, que os pais faleçam primeiro que os filhos (Wrzus et al., 2013). Glass e Singer (1972 cit in Thoits 1983) verificaram que os acontecimentos não-normativos provocaram mais perturbação que os acontecimentos normativos (Sarason, Johnson & Siegel, 1978; Thoits, 1983). Peralin e Lieberman (1979 cit in Thoits 1983) verificaram que acontecimentos não-normativos e imprevisíveis tendiam a aumentar o mal - estar psicológico, enquanto os acontecimentos de vida normativos e esperados não (Thoits, 1983; Wrzus et al., 2013). Acresce ainda que não há uma relação direta entre a intensidade e a ocorrência dos acontecimentos de vida. Muitos são os acontecimentos que são percecionados com grande impacto apesar da sua pouca ocorrência, como é o caso da morte de um familiar (Besser & Priel, 2011; Furstenberg, 2005).

Por último, no presente trabalho consideraremos os acontecimentos de vida, tendo em conta a dimensão referente a acontecimentos de vida normativos e não-normativos (dimensão normativa), tomando em consideração a dimensão aguda ou crónica dos acontecimentos de vida (dimensão temporal). Note-se que o estudo dos acontecimentos de vida, com base na percepção dos indivíduos, deverá ser realizada com precaução já que essa percepção é subjetiva, ou seja, depende de vários fatores, como sendo as características pessoais dos indivíduos que determinam o significado da vivência dos acontecimentos de vida, considerando-os como potencialmente dolorosos, desafiantes ou ainda ameaçadores (Rabkin & Struening, 1976; Sarason,

Sarason & Johnson, 1978). São exemplos dessas características os estilos de personalidade, as experiências previamente vividas (Dohrenwend & Dohrenwend, 1984), a presença de psicopatologia (Paykel, 2001) e por fim, as características demográficas, como por exemplo a idade e a educação (Rabkin & Struening, 1976).

2.2 Acontecimentos de vida e a sua relação com os estilos de personalidade segundo o modelo de *Sidney Blatt*

Os estilos de personalidade sugeridos por *Sidney Blatt* (1974; 1990; 2004; 2008) sofrem influências externas determinando a forma como se manifesta o comportamento de cada indivíduo. Como exemplo dessas influências temos os acontecimentos de vida stressantes que têm um impacto diferente em indivíduos com um estilo introjetivo e um estilo anaclítico da personalidade (Blatt, 2004; Blatt & Zuroff, 1992). Diversos estudos (Besser & Priel, 2010, 2011; Campos, 2009; Sahar et al., 2004; Vliegen et al., 2010; Zuroff, Mongrain & Santor, 2004) têm mostrado que níveis elevados dos traços de personalidade mencionados no modelo de Blatt, anaclíticos e introjetivos, se constituem com formas de vulnerabilidade ao *distress* como resposta a acontecimentos de vida stressantes. Zuroff e colegas (2004) de facto demonstraram no seu estudo que tanto a dependência como o auto-criticismo estão relacionados com acontecimentos de vida stressantes.

A investigação que se foca nas reações dos indivíduos a experiências stressantes em função do estilo de personalidade é extensa (Paykel et al., 1975; Rabkin & Struening, 1976). É sabido que os indivíduos com características da personalidade referidas por Blatt são vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologia na sequência de acontecimentos de vida negativos (Fazaa & Page, 2003). Tanto Blatt (2004) como Beck (1983) hipotetizaram que a interação entre estilos de personalidade e acontecimentos de vida, pode resultar numa predisposição ao estado depressivo (Bartelstone & Trull, 1995; Besser & Priel, 2011).

O estilo anaclítico da personalidade descrito por Blatt (1979, 1990, 2004), apresenta-se sensível a influências ambientais como são os acontecimentos de vida negativos na esfera interpessoal (Blatt, 2004; Bornstein, 1995; Campos, 2009; Fazaa & Page, 2003; Paykel et al., 1975; Priel & Shahar, 2000; Sahar et al., 2004; Tennant, 2002; Zuroff & Mongrain, 1987) como por exemplo a rejeição (Besser & Priel, 2011; Blatt, 2004; Blatt & Zuroff, 1992) originando depressão que, conseqüentemente, poderá contribuir para o risco suicidário (Fazaa & Page, 2003). Sabe-se ainda que

este estilo de personalidade ao interagir com acontecimentos de vida stressantes relacionados com as relações interpessoais (família e amigos), quando ocorrem em indivíduos diagnosticados com perturbação depressiva, intensificam-se os sintomas desse quadro clínico (Priel & Shahar, 2000).

Por outro lado, o estilo de personalidade introjetivo sugerido no modelo de Sidney Blatt (1974; 1990; 2004) também tem vindo a ser associado a uma vulnerabilidade a fatores de *distress* emocional (Paykel et al., 1975; Priel & Shahar, 2000), mas em consequência de acontecimentos de vida relacionados, por exemplo, com a atividade profissional, como por exemplo despromoção no local de emprego, fracasso nas tarefas laborais e ser despedido.

Pessoas com um estilo autocrítico tendem a adotar padrões elevados e exigência extrema, sendo frequentemente rígidos e punitivos com eles próprios (Flett, Hewitt, Endler & Bagby, 1995). Na sua tentativa de atingir os seus objetivos, podem tornar-se sobrecarregados, e, conseqüentemente, têm tendência a aumentar as suas hipóteses de fracasso (Hewitt & Flett, 1991). Ao vivenciarem experiências stressantes relacionadas com o insucesso e a perda de controlo, tornam-se vulneráveis a desenvolverem um quadro psicopatológico (Besser & Priel, 2011; Blatt & Zuroff, 1992; Flett, Hewitt, Blankstein & Mosher, 1995; Sahar et al., 2004; Tennant, 2001) nomeadamente o desenvolvimento de perturbações depressivas (Besser & Priel, 2011; Blatt & Zuroff, 1992; Fazaá & Page, 2003; Tennant, 2002; Zuroff & Mongrain, 1987). Acresce ainda que diversos estudos (Flett, Hewitt, Endler & Bagby, 1995; Priel & Shahar, 2000) mostram que o estilo introjetivo modera a associação entre *stress* e depressão, que por sua vez aumenta o risco de suicídio (Fazza & Page, 2003).

No estudo de Cox, Clara e Enns (2009), é referido a existência de uma relação significativa entre perfeccionismo e estados afetivos negativos, tendo os acontecimentos de vida stressantes um efeito mediador nessa mesma relação. O perfeccionismo, característica associada ao estilo introjetivo de personalidade, caracteriza-se pelo controlo e negligência das relações interpessoais. Desta forma, os sujeitos com o estilo de personalidade introjetivo, ao vivenciarem qualquer ameaça à perda de controlo e à sua autoestima, tal como experienciar acontecimentos de vida stressantes, terão dificuldade de adaptação à situação/acontecimento de vida, uma vez que, não se podem socorrer do apoio social, já que o descuram.

Por fim, a existência de acontecimentos de vida traumáticos ou a sua frequente ocorrência, desenvolverá atribuições negativas e internas nos indivíduos com um estilo introjetivo e uma interpretação e compreensão do mundo como sendo um local

perigoso no qual estes indivíduos se sentem desprotegidos (Ingram, 2003; Thompson, Zurrof & Hindi, 2012).

2.3 Acontecimentos de vida e a sua relação com a suicidalidade

A ocorrência de determinados acontecimentos de vida stressantes tem-se mostrado muito prevalente entre indivíduos suicidas (Baca-Garcia et al., 2007; Heikkinen et al., 1997; Joiner & Rudd, 2000; Liu & Miller, 2014; Paykel, Prusoff & Myers, 1975; Pompilli et al., 2011). São exemplos, a presença de doença prolongada, problemas do foro económico, luto, término de uma relação amorosa, conflitos interpessoais, dificuldades profissionais, problemas com a justiça, entre outros (Baca-Garcia et al., 2007; Cavanagh et al., 1999; Cheng et al., 2000; Fergunsson et al, 2000; Have et al., 2009; Kolves et al., 2006; Liu & Tein, 2005; Overholser, Branden & Dieter, 2012; Phillips et al., 2002; Sunnqvist, Westrin & Traskman-Bendz, 2008). Tais acontecimentos de vida stressantes são considerados, mais do que causas, como um “gatilho” para o suicídio (Baca-Garcia et al., 2007; Bagge, Glenn & Lee, 2013; Cooper, Appleby & Amos, 2002; Have et al., 2009; Liu & Miller, 2014; Mann et al., 1999; O’Connor et al., 2012; Overholser, Braden & Dieter, 2011). Estes acontecimentos de vida são transversais ao ciclo desenvolvimental do Homem, tendo em conta a infância, adolescência, adultez e abrangendo a velhice (Foster, 2011).

Na realidade, os acontecimentos de vida são considerados como um dos fatores sociais frequentemente relacionado com perturbações psiquiátricas (Esposito & Clum, 2003; Jahn et al., 2012; Liu & Miler, 2014; Paykel, 1978; Scocco et al., 2001) tendo como maior consequência um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos, nomeadamente predispondo-os ao *distress* psicológico (Jahn et al., 2012; Scocco et al., 2001). Este facto poderá ele mesmo contribuir, consequentemente para comportamentos suicidas no momento ou no futuro (Lewinsohn et al., 1996; Sandin et al., 1998).

Heikkinen e colegas (1997) compararam 2 grupos – um grupo de 56 indivíduos suicidas e um grupo de controlo com 56 indivíduos não suicidas – no que respeita à presença de acontecimentos de vida negativos significativos, como por exemplo problemas no local de trabalho, problemas financeiros, perdas interpessoais e desemprego. Estes acontecimentos foram experienciados (em cerca de 70% dos indivíduos suicidas), nomeadamente na semana precedente ao suicídio, em comparação com 23% do grupo controlo. Outro estudo realizado por Borges et al.,

(2008), com uma amostra de adolescentes, verificaram que acontecimentos de vida com impacto traumático aumentam o risco de ideação suicida e o seu planeamento. O mesmo concluiu Stein et al., (2010) no seu estudo com adultos da comunidade. Tomando como exemplo o suicídio pode-se afirmar que qualquer evento que o indivíduo experiencie considerado stressante nos 12 meses antecedentes pode ser um preditor crucial do mesmo (Harder et al., 1980; Liu & Miler, 2014; Ozer et al., 2012; Paykel et al., 1975; Schotte & Clum, 1987). Tom Foster (2011) no seu trabalho de revisão de literatura verificou também que a maioria de adultos que realizaram tentativas de suicídio experienciou, de facto, pelo menos um acontecimento de vida stressante no ano antecedente à concretização de suicídio. Liu e Tein (2005) num estudo longitudinal realizado com cerca de 1300 adolescentes, concluíram que os acontecimentos de vida geradores de *stress* estão associados com o aumento do risco de comportamentos suicidários, nomeadamente com a ideação e tentativa de suicídio.

Sabe-se que as tentativas e a concretização de suicídio estão relacionadas não só com o impacto dos acontecimentos de vida stressantes (Janh et al., 2012; Liu & Miller, 2014) mas também com outras variáveis como são as características demográficas, estado psicológico e a presença de diagnóstico psiquiátrico (como é o caso da depressão) (Overholser, Braden & Dieter, 2011). Poderá ser ainda questionado o porquê de apesar de todos os indivíduos experienciarem acontecimentos de vida stressantes no seu percurso desenvolvimental, apenas alguns desses apresentarem ideação, tentativa ou suicídio efetivo. De facto, os acontecimentos de vida e as variáveis supra referidas, são fatores que interagem entre si e que podem ser consideradas como razões para originar comportamentos suicidas (Sandin, 1998).

Na literatura têm sido descritas as relações existentes entre os acontecimentos de vida e o suicídio. Sandin et al., (1998), na sua revisão de literatura verificaram a existência de uma relação de moderação entre os acontecimentos de vida e os comportamentos suicidários. Os acontecimentos de vida em estudo teriam em consideração a interpretação dos participantes sobre esses mesmos acontecimentos de vida como sendo negativos. Hardt e Johnson (2010) no seu estudo com uma amostra de 96 adolescentes verificaram 3 grandes conclusões na sua investigação sobre os acontecimentos de vida e a psicopatologia. Primeiro, averiguaram que os acontecimentos de vida negativos estão associados com a depressão sintomática e com a suicidalidade. Posteriormente concluíram que a depressão sintomática e a suicidalidade também estão associadas. Por último, e não menos importante,

verificaram que a depressão sintomática medeia a relação entre acontecimentos de vida negativos e suicidalidade. Um exemplo recente de um outro estudo empírico sobre a relação entre acontecimentos de vida e suicidalidade em jovens adultos, Sobrinho, Campos e Mesquita (2013) pretendiam verificar se um conjunto de 16 categorias de acontecimentos de vida (alterações nos hábitos do sono, morte de um familiar, morte de um amigo próximo, alterações na situação profissional/académica, doença de familiares, dificuldades sexuais, problemas com a família do(a) namorado(a) /companheiro(a), alterações no nível económico, problemas familiares, mudança de casa, alterações nas práticas religiosas, alterações na ocupação dos tempos livres, ser vítima de doença/acidente grave, alterações nas atividades sociais, terminar uma relação amorosa, sair de casa pela 1ª vez), mencionados na literatura (e.g. Fergusson et al., 2000; Garroue et al., 2003) se relacionavam com a suicidalidade. Os autores testaram um modelo de mediação da depressão na relação entre acontecimentos de vida e suicidalidade. Verificaram uma relação significativa entre acontecimentos de vida e depressão, acontecimentos de vida e suicidalidade e uma relação de mediação entre as variáveis.

Pode concluir-se que, os acontecimentos de vida geradores de *stress* experienciados recentemente, constituem-se como fatores de risco para ideação e tentativa de suicídio (Adams et al., 1994; Borges et al., 2008; Chan, Miranda & Surrence, 2009; Cooper, Appleby & Amos, 2002; Dubow et al., 1989; Dupéré et al., 2009; Garrison, Jackson et al., 1991; Kaslow et al., 2002, 2005; King, Raskin, Gdowski & Butkus, 1990; King et al., 2001; Liu & Miller, 2014; Nruham, Holen & Sund, 2010; Stein et al., 2010; Vázquez, Panedoro & Rincón, 2010; Wan & Leung, 2010; Yen, Pagano, Shea et al., 2005). É ainda possível afirmar que o suicídio poderá ser entendido como uma opção de fuga ao *stress* e ao sofrimento psicológico, para os quais os acontecimentos de vida contribuem em interação com outros fatores internos e externos aos indivíduos (Gassman-Mayer et al., 2011; Sobrinho, Campos & Mesquita, 2013).

Parte empírica

3. Objetivos e hipóteses de investigação

Nesta investigação estudar-se-á o fator preditivo dos estilos de personalidade anaclítico e introjetivo de acordo com o modelo de *Sidney Blatt* (Blatt, 1974, 1991, 1995, 2004, 2008) na previsão da suicidalidade e o efeito moderador dos acontecimentos de vida nessa relação.

Alguns estudos mostram que o estilo anaclítico da personalidade tem relação com a suicidalidade, embora esta conclusão tenha suscitado algumas dúvidas. De facto, Campos, Besser e Blatt (2012) discutem o quanto esta relação pode suscitar dúvidas. Por outro lado, noutro estudo (Bornstein & O'Neill, 2000) esta relação é considerada modesta. No entanto, noutros trabalhos, verifica-se que elevados níveis de dependência constituem um fator de risco para a suicidalidade. Loas e Defélíce (2012) acrescentam ainda que a dependência é um traço de personalidade estável em sujeitos que tentaram suicídio.

No que diz respeito ao estilo introjetivo da personalidade, verifica-se que existe uma relação com a suicidalidade podendo tanto o *distress* (Campos, Besser & Blatt, 2012) como a depressão (Campos, Besser & Blatt, 2013) mediar essa mesma relação. Em alguns outros trabalhos, ambos os estilos se apresentam relacionados com a suicidalidade. Klomeck, Orbach, Sher, et al. (2008), no seu estudo com uma amostra de adolescentes que realizaram tentativas de suicídio, concluíram que quer elevados níveis de dependência como também elevados níveis de auto-criticismo estão relacionados com a suicidalidade. Mais recentemente, Campos e Holden (*submetido*) verificaram que ambos os estilos estariam relacionados com a suicidalidade, nomeadamente quando a relação é mediada pelos efeitos da dor mental, pela perceção de ser um fardo para os outros e sentimentos de não pertença.

Diversos estudos mostraram que stressores psicossociais, como é o caso dos acontecimentos de vida negativos, estão fortemente associados com a suicidalidade (Baca- Garcia et al., 2006; Overholser, Braden & Dieter, 2011; Yen et al., 2005), e que se relacionam igualmente com os estilos de personalidade anaclítico e introjetivo (Cox, Clara & Enns, 2009; Sahar & Priel, 2003; Sahar, Joiner, Zuroff & Blatt, 2004). Para além disso, determinados acontecimentos de vida constituíam-se como mediadores e/ou moderadores da relação entre estilos de personalidade, o *distress* e a depressão (Cox, Clara & Enns, 2009; Sahar & Priel, 2002; Sobrinho, Campos & Mesquita, 2013).

No presente trabalho considerámos um conjunto de acontecimentos de vida relevantes para a suicidalidade, tendo em conta os resultados dos vários trabalhos publicados. A *morte de familiar* está representada em 29% da amostra de adultos diagnosticados com sintomatologia depressiva e com ideação suicida (Korte, et. al., 2011); os *problemas com a justiça* estão presentes em cerca de 63,2% da amostra de adultos que concretizaram suicídio (Overholser, Braden & Dieter, 2012); os *conflitos com companheiros* são apresentados por 35,8% e 52% da amostra com indivíduos que se suicidaram e que realizaram tentativas de suicídio (Baca-Garcia et al., 2007; Overholser, Braden & Dieter, 2012); a *doença de familiar* é revelada em cerca de 21,6% da amostra de adultos diagnosticados com sintomatologia depressiva e com ideação suicida (Korte, et. al., 2011); os *problemas de índole profissional* exibidos entre 18% a 32% da amostra de indivíduos que realizaram tentativas de suicídio (Baca-Garcia et al., 2007); as *mudanças a nível económico* que se apresenta entre 15,5% a 24% da amostra de indivíduos que se suicidaram, que realizaram tentativas de suicídio e que apresentavam ideação suicida (Baca-Garcia et al., 2007; Fergusson et al., 2000; Korte, et. al., 2011; Overholser, Braden & Dieter, 2012); as *alterações nas atividades sociais* está presente em 20,9% dos sujeitos de uma amostra com jovens adultos com ideação e tentativa de suicídio (Fergusson et al., 2000); as *alterações nos hábitos de sono* presente em cerca de 16% dos indivíduos da amostra de adultos com ideação e concretização do suicídio (Heikkinen et. al, 1997; Holmes & Masuda, 1974); as *dificuldades sexuais* representadas em 12% das situações reveladas numa amostra com adultos com ideação suicida (Holmes & Masuda, 1974), e, por último, o *término de uma relação amorosa* que está presente em cerca de 10,5% da amostra de jovens adultos com ideação e tentativa de suicídio (Fergusson et al., 2000).

Na presente investigação estes acontecimentos de vida serão estudados de forma conjunta / compósita calculando-se 3 medidas compósitas; a primeira é a soma dos seus valores enquanto itens de numa média de avaliação de acontecimentos de vida, o segundo é o número total dos acontecimentos de vida ocorridos e o último respeita à intensidade dos acontecimentos de vida experienciados, que se obtém através da divisão entre o índice respeitante à soma e o índice referente à frequência.

Esta investigação será conduzida com sujeitos adultos da comunidade com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade. Tentar-se-á obter um número de participantes do sexo masculino e do sexo feminino equivalente. O *design* desta investigação será longitudinal, com um intervalo temporal de cerca de 3 meses. As variáveis avaliadas no primeiro momento de recolha de dados, serão os estilos

anaclítico e introjetivo da personalidade de acordo com o modelo de *Sidney Blatt* (Blatt, 1974, 1990, 1995, 2004, 2008) avaliados pela escala de necessidade e auto-criticismo do Questionário de Experiências Depressivas, a depressão e os acontecimentos de vida. A suicidalidade será avaliada no segundo momento.

Para avaliar os constructos em estudo serão utilizados um conjunto de instrumentos de medida. A avaliação dos estilos de personalidade introjetivo e anaclítico será realizada através do *Questionário Experiências Depressivas* (QED) (Blatt, D’Affliti & Quinlan, 1979) – versão portuguesa de Campos (2000; 2009b). A *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos* (CES-D) (Radloff, 1977) – versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2004) - será utilizada com o intuito de avaliar sintomas depressivos, dado que neste estudo será controlado o efeito da depressão estado. O *Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto* (QCS-R) (Osman et al., 2001) – versão portuguesa adaptada por Campos, Besser e Blatt (2013) será utilizado para avaliar a suicidalidade. Por último, com o objetivo de avaliar os acontecimentos de vida será utilizada a *Life Experiences Survey* (LES) (Sarason, Johnson & Siegel, 1978) – versão portuguesa de Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos (2003).

Este estudo testará um modelo de moderação. Estes modelos têm como objetivo avaliar “quando” é que se verifica uma relação entre uma variável independente e uma variável dependente em função de uma terceira variável (Evans, 1991). O investigador tem como principal preocupação o estudo da relação entre as variáveis independentes (Evans, 1991). Pretende-se verificar se ocorrem mudanças de direção e (ou) força na relação entre uma variável independente (variável preditora) e uma variável dependente ou critério, aquando a presença de uma variável moderadora (Frazier, Tix, & Barron, 2004). No presente estudo, pretende-se avaliar o efeito dos acontecimentos de vida na relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade.

Esperamos encontrar uma relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade, bem como entre acontecimentos de vida negativos e suicidalidade. Espera-se, ainda, que os acontecimentos de vida interajam com os estilos de personalidade na previsão da suicidalidade. Mais concretamente, espera-se que níveis baixos de acontecimentos de vida negativos moderem a relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade. Espera-se que estas relações persistam, mesmo quando se controla o efeito da depressão estado.

4. Metodologia

4.1 Participantes e procedimento

A amostra final que participou nesta investigação, é de conveniência, e é composta por 195 adultos da comunidade, 91 sujeitos do sexo masculino (46,7 %) e 104 sujeitos (53,3%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade ($M= 34.88$, $DP= 12.49$), residentes em vários distritos de Portugal. O nível de escolaridade da amostra está compreendido entre os 4 e os 19 anos de escolaridade ($M= 11.55$, $DP= 3.24$). Quanto à empregabilidade, 145 sujeitos estão empregados e 48 desempregados. Relativamente ao estado civil, a amostra é constituída por 97 sujeitos solteiros/viúvos/ divorciados, e por 98 sujeitos casados/união de facto (veja-se tabela 1).

A recolha dos dados foi efetuada em dois momentos (estudo longitudinal) com cerca de três meses de intervalo, por diversas mestrandas e os dados obtidos foram utilizados em várias dissertações de mestrado. Os participantes responderam de forma voluntária aos instrumentos aplicados. Dos 225 indivíduos inicialmente contactados, 18 protocolos foram eliminados devido à falta de informação sociodemográfica, número excessivo de itens omissos ou devido a *response sets*. A amostra final no primeiro momento era constituída por 207 sujeitos, 97 sujeitos do sexo masculino e 110 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade ($M=35.01$, $DP= 12.49$) e com um nível de escolaridade médio de 11.52 ($M=11.52$; $SD= 3.24$). No segundo momento a amostra é composta por 195 sujeitos (veja-se tabela 1), uma vez que, dos 207 sujeitos que participaram no primeiro momento, 12 desses sujeitos mostraram-se indisponíveis para participar no segundo momento de recolha de dados.

Em ambos os momentos de recolha de dados os participantes abordados foram informados genericamente dos objetivos da investigação e os que aceitaram colaborar assinaram um termo de consentimento informado de participação voluntária e anónima na investigação. A aplicação dos questionários foi individual, sendo os sujeitos contactados em locais públicos. A ordem de apresentação dos questionários foi aleatória. O protocolo de investigação continha um conjunto de questionários para diversas dissertações de mestrado e era constituído por um questionário sociodemográfico e variados instrumentos de medida: *Questionário Experiências Depressivas* (QED, Blatt, D’Affliti & Quinlan, 1979; versão portuguesa de Campos,

2000, 2009b), *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D*, Radloff, 1977; versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha, 2004); *Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R*, Osman et al., 2001; versão portuguesa de Campos, Blesser & Blatt, 2013); *Life Experiences Survey (LES*, Sarason, Johnson & Siegel, 1978; versão portuguesa de Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos, 2003); *Escala Toulousiana de Coping (ETC*, Esparbès, Sordes-Ader, & Tap, 1993; versão portuguesa de Tap, Costa & Alves, 2005); *Test of Self Conscious Affect para adultos (TOSCA*, Tangney, Wagner & Gramzow, 1989) e *Inventário de Necessidades dos Objetos do Self (SONI*, Banai, Mikulincer & Shaver, 2005; versão portuguesa de Mesquita, 2013). Para o presente trabalho foram utilizados os dados obtidos pelos questionários que permitem avaliar os estilos de personalidade (Questionário Experiências Depressivas – QED), a sintomatologia depressiva (Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos - CES-D), a suicidalidade (Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R) e aos acontecimentos de vida (*Life Experiences Survey* - LES)

Os questionários foram apresentados aos sujeitos dentro de um envelope aberto, e após o preenchimento do protocolo o sujeito retornou a colocar os questionários dentro do envelope, selando-o e escrevendo nele as iniciais do seu nome. Informou-se sobre o momento 2 da presente investigação e foi pedido o contacto telefónico para que fosse possível contactar os sujeitos para a segunda parte do estudo. As iniciais do nome no envelope permitiram, após a segunda aplicação, realizar o emparelhamento dos protocolos aplicados nos dois momentos. É de notar que o consentimento informado foi o único documento que não se colocou dentro do envelope. Os sujeitos foram contactados três meses depois para o segundo momento de recolha de dados. A realização do segundo momento decorreu de forma similar à do primeiro momento.

TABELA 1 - Variáveis Sociodemográficas da amostra em estudo

Variáveis	N	%	M	(DP)
Idade			34.88	(12.49)
Escolaridade			11.55	(3.24)
Género				
<i>Masculino</i>	91	46.7%		
<i>Feminino</i>	104	53.3%		
Estado Civil				
<i>Solteiro/Viúvo/Divorciado</i>	97	49.9%		
<i>Casado/União de Facto</i>	98	50.1%		
Distrito				
<i>Aveiro</i>	1	.5%		
<i>Beja</i>	3	1.5%		
<i>Coimbra</i>	1	.5%		
<i>Évora</i>	56	28.7%		
<i>Leiria</i>	7	3.5%		
<i>Lisboa</i>	2	1%		
<i>Portalegre</i>	35	17.9%		
<i>Porto</i>	1	.5%		
<i>Santarém</i>	87	44.6%		
<i>Setúbal</i>	1	.5%		
<i>Viseu</i>	1	.5%		
Empregabilidade				
<i>Desempregado</i>	48	24.6%		
<i>Empregado</i>	145	74.4%		
Doença Crónica				
<i>Não</i>	150	76.9%		
<i>Sim</i>	45	23.1%		
Ida ao Psicólogo				
<i>Não</i>	137	70.33%		
<i>Sim</i>	58	19.3%		
Doença Psiquiátrica				
<i>Não</i>	186	95.4%		
<i>Sim</i>	7	5.6%		
Consumo de Drogas				
<i>Não</i>	158	81%		
<i>Sim</i>	35	17.9%		

4.2 Instrumentos:

Questionário Sociodemográfico: Foi aplicado um questionário sociodemográfico que pretendeu recolher informação relativa às variáveis idade, nível de escolaridade, género, estado civil, distrito de residência, empregabilidade, presença de doença crónica, se já foi ao psicólogo, doença psiquiátrica e sobre consumo de drogas.

Questionário Experiências Depressivas (QED; Blatt, D’Affliti & Quinlan, 1979) – versão portuguesa de Campos (2000; 2009b) (veja-se Anexo A). O Questionário de Experiências Depressivas tem como base a conceptualização teórica de *Sidney Blatt* sobre a depressão. Os estudos sobre a depressão realizados por Blatt e colaboradores datam dos anos 70 (Blatt, 1974; Blatt, D’Affliti & Quinlan, 1976; Blatt, Wein, Chevron & Quinlan, 1979; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982; Chevron, Quinlan & Blatt, 1978), tendo como ponto de partida a premissa de que a depressão pode ser melhor compreendida se considerada como desvio em relação ao desenvolvimento normal (Blatt, 1990).

Blatt teorizou a cerca de dois tipos de depressão ou duas dimensões da personalidade: o auto-criticismo e a dependência. O auto-criticismo e a dependência podem ser também considerados dois estilos de personalidade que se podem constituir como fatores de vulnerabilidade à depressão. Os sujeitos com um estilo de personalidade autocrítico / introjetivo ou com estilo de personalidade dependente / anaclítico estariam vulneráveis a acontecimentos de vida stressantes. Os primeiros apresentariam, quando deprimidos, depressões introjetivas ou de auto-criticismo, enquanto os segundos apresentariam depressões anaclíticas ou de dependência. O QED permite avaliar os dois tipos de experiências depressivas ou mais genericamente as duas dimensões / estilos de personalidade.

O QED é constituído por 66 itens que permitem medir um conjunto de experiências relacionadas com a depressão, embora não possam ser considerados em si mesmo sintomas depressivos. Os sujeitos respondem numa escala de *Likert* de sete pontos, correspondendo 1 a “discordo totalmente” e 7 a “concordo totalmente”. O 4 é o ponto médio, quando o sujeito está claramente indeciso.

O QED permite obter resultados para três fatores que resultaram da análise em componentes principais realizadas com a amostra de estudantes universitários americanos (Blatt et al., 1976, 1979). O fator I, designado por «dependência», apresenta itens que dizem respeito às relações interpessoais, que abordam temas

como a preocupação com poder ser abandonado ou rejeitado, ou com o sentir-se só e desamparado, depender dos outros ou ainda com a possibilidade de perder o outro. Envolvem preocupações com a possibilidade de magoar e/ou ofender alguém, o que leva o indivíduo a ter dificuldades em expressar a raiva por medo de vir a perder a gratificação que o outro pode proporcionar (“*Sem o apoio dos que me são próximos, sentir-me-ia desamparado*” – item 2) (Blatt & Homann, 1992). O fator II, designado de «auto-criticismo», engloba itens que expressam preocupações com sentir um vazio interno, desesperança, culpa, insegurança, insatisfação e o sentimento de não corresponder às expectativas e objetivos estipulados. Referem-se ainda a dificuldades em assumir responsabilidades, sentimentos de ameaça face à mudança, sentimentos ambivalentes face a si próprio e aos outros, desvalorização, tendência a assumir a culpa e a ser crítico em relação a si próprio (“*Há alturas que me sinto “vazio (a)” por dentro*” – item 16) (Blatt & Homann, 1992).

Além destes dois principais fatores consistentes com as duas dimensões da depressão e personalidade apresentadas por Blatt (1974, 1990), a análise fatorial revelou ainda a existência de um terceiro fator, designado por «eficácia» (Blatt et al., 1976). Os itens que mais saturam neste fator referem-se à confiança sobre as capacidades e recursos do próprio, capacidade de assumir responsabilidades, sentimentos de independência, orgulho, satisfação e de possuir uma força interior. Os indivíduos que apresentam pontuação elevada neste fator caracterizam-se por possuir uma orientação para objetivos e sentimentos de realização pessoal, embora não apresentam excessiva competitividade (“*Tenho muitos recursos interiores (capacidades, forças)*” – item 33) (Blatt & Homann, 1992).

O cálculo dos resultados difere do cálculo tradicional de outros questionários de personalidade, na medida em que, cada um dos itens é utilizado para calcular os resultados nas três escalas, consoante o peso de cada item em cada um dos fatores referidos. Deste modo, o resultado para cada indivíduo num dado fator é o somatório do resultado de cada item. Este resultado, por sua vez, é obtido da seguinte forma: multiplicando o coeficiente no fator desse item por um quociente que constitui uma centragem e redução da variável – o valor obtido pelo indivíduo no item (de um a sete) menos a média do item na amostra de aferição, sobre o desvio-padrão dessa mesma amostra. Existe um programa informático criado para simplificar a morosidade e complexidade da cotação. Atualmente pode utilizar-se um sistema de tratamento estatístico, como o *IBM SPSS Statistics for Windows*, para calcular os resultados.

Investigações realizadas subsequentemente (Blatt, Zohar, Quinlan, Luthae & Hart, 1995; Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff & Mongrain, 1995; Rude & Burnham, 1995), identificaram dois subfatores do fator dependência: a necessidade e o contacto. O primeiro, considerado como desadaptativo, refere-se a preocupações excessivas e medos face às relações interpessoais, bem como sentimentos devastadores de desamparo, medo de separação e rejeição, preocupações intensas sobre a perda de apoio embora sem especificação de um objeto e/ou indivíduo particular. Por outro lado, o segundo subfactor considerado adaptativo, revela preocupações com a perda e solidão face à rutura de relações interpessoais significativas com um indivíduo em particular, embora sem apresentar sentimentos devastadores face a essa perda.

No que diz respeito à consistência interna das três escalas, os valores de alfa de *Cronbach* revelam-se adequados tanto no estudo original (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1979), como no estudo de replicação realizado posteriormente (Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990). No primeiro estudo, e relativamente ao grupo dos homens, os valores de alfa de *Cronbach* obtidos foram, para a escala de dependência, .77, para a escala de auto-criticismo .83, e, por último, .75 para a escala de eficácia. No que diz respeito ao grupo das mulheres, os valores de consistência interna foram, para a escala de dependência, .81, de .80 para a escala de auto-criticismo e de .72 para a escala de eficácia. No estudo de replicação (Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990), no grupo dos indivíduos do sexo masculino o valor de alfa de *Cronbach*, para a escala de dependência, foi de .80, .77 para a escala de auto-criticismo e, por fim, para a escala de eficácia, o valor de consistência interna foi de .69. No grupo dos indivíduos do sexo feminino, foram obtidos valores de alfa de *Cronbach* de .81, .75 e .73, para as escalas de dependência, auto-criticismo e eficácia, respetivamente.

Relativamente à adaptação da escala para a versão portuguesa (Campos, 2000), após a sua tradução e demonstração da equivalência linguística cruzada, obtiveram-se dados normativos. A escala foi aplicada a uma amostra de 494 estudantes do ensino superior e a uma amostra da comunidade (Campos, Besser & Blatt, 2013) constituída por 405 indivíduos, dos quais 202 eram do sexo masculino e 203 eram do sexo feminino. No que concerne à consistência interna da amostra de estudantes universitários, os valores de alfa de *Cronbach* para as três subescalas do QED, foram calculados em separado, tanto para o grupo de sujeitos do sexo masculino como do grupo de sujeitos do feminino de ambas as amostras. Na amostra de universitários, o grupo de sujeitos do sexo masculino, na escala de dependência o valor de alfa de *Cronbach* foi de .82, na escala de auto-criticismo o valor obtido foi de

.78 e, por último, para a escala de eficácia o valor de alfa de *Cronbach* foi de .71. O grupo de sujeitos do sexo feminino, na escala de dependência obteve o valor de .77, na escala de auto-criticismo o valor obtido foi de .79 e, por fim, a escala de eficácia obteve um valor de .70. Na amostra da comunidade, a consistência interna em ambos os grupos revelou-se aceitável, revelando, para o sexo masculino valores de .70, .78 e .72 para as escalas de dependência, auto-criticismo e eficácia, e para o sexo feminino valores de .73, .80 e .71 para as mesmas escalas, respetivamente. Pode-se concluir que os resultados obtidos revelam um bom nível de consistência interna, mostrando-se semelhantes aos obtidos por Blatt tanto no estudo original como na sua replicação.

No presente estudo, o valor de alfa de *Cronbach*, para a escala de necessidade foi de .72 e para a escala de auto-criticismo foi de .76, revelando-se ambos os valores aceitáveis. Note-se que a escala de eficácia não foi avaliada.

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977) – versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2004) (veja –se Anexo B). A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos tem como objetivo avaliar a ocorrência de sintomatologia depressiva, tendo em conta a noção de um *continuum* entre o funcionamento normal e as formas graves de depressão. Difere de outras escalas de avaliação de depressão por ter sido construída especificamente para avaliar sintomas depressivos na comunidade.

É um instrumento de auto-relato composto por 20 itens selecionados a partir de escalas de depressão previamente validadas (Radloff, 1977). Avalia os principais aspetos da sintomatologia depressiva (Radloff, 1977). A escala de resposta é uma escala tipo *Likert* de quatro pontos (de 0 “Nunca” a 3 “Com muita frequência ou Sempre”), respondendo o indivíduo de acordo com a sua autoavaliação sobre a frequência dos sintomas durante a semana antecedente à aplicação da escala. Dos 20 itens que compõem a escala, 4 são itens estão escritos “na positiva” para evitar tendências de resposta e para avaliar estados positivos de humor. Como exemplo de itens que revelam estado de humor depressivo temos “*Senti-me triste*” – item 18, ou “*Senti falta de energia*” – item 20. Como exemplo de itens que traduzem estados positivos de humor temos “*Senti-me feliz*” – item 12, ou ainda, “*Senti prazer ou gosto na vida*” – item 16. A cotação total pode variar entre 0 e 60, sendo que valores elevados correspondem à presença de um número, também elevado, de sintomas.

Os estudos iniciais da escala decorreram entre os anos de 1973 e 1977, com a obtenção de bons resultados, nomeadamente no que toca à consistência interna.

Numa amostra da comunidade com cerca de 3800 sujeitos, obteve-se um alfa de *Cronbach* de .85, e numa amostra de pacientes psiquiátricos, obteve-se um alfa de *Cronbach* de .90 (Radloff, 1977).

A tradução e validação da CES-D para a população portuguesa, realizada por Gonçalves e Fagulha (2004), englobou a realização de 3 estudos: No estudo A participaram alunos universitários pertencentes ao 1º ano de Psicologia, os quais também reponderam ao BDI (*Beck Depression Inventory*) (Serra & Abreu, 1973). No estudo B, a amostra era constituída por pacientes de um centro de saúde, com idades compreendidas entre os 35 anos de idade e os 65 anos de idade, que também foram avaliados através de uma entrevista clínica estruturada. Por último, no estudo C participou uma amostra de comunidade com sujeitos com idades compreendidas entre os 35 anos de idade e os 65 anos de idade, tal como no estudo B.

Após a tradução da escala e aplicação às amostras descritas, calcularam-se as análises estatísticas que permitiram corroborar a consistência interna da versão portuguesa da escala, a estrutura fatorial da escala e a sua correlação com outros instrumentos (BDI, avaliado no estudo A; Entrevista clínica, avaliada no estudo B). Foi também proposto um ponto de corte. Quanto à sua consistência interna verificou-se que, no estudo A, o valor de alfa de *Cronbach* foi de .92; na amostra do estudo B foi de .89, e, por fim, no último estudo (C), revelou um valor de alfa de *Cronbach* de .85, o que nos indica que a adaptação da escala para a língua portuguesa, apresenta boas qualidades psicométricas. De acordo com o ponto de corte da escala depende dos objetivos da sua aplicação. De qualquer forma, o ponto de corte desejável será 25, embora nos casos em que o objetivo seja detetar casos de Perturbação Depressiva Major, o ponto de corte a ser considerado deva ser de 26.

No que diz respeito à presente investigação, o valor de consistência interna obtido foi de .88 no primeiro momento, e .85 no segundo momento, revelando valores elevados em ambos os momentos.

Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R) (Osman et al., 2001) – versão portuguesa de Campos, Blesser e Blatt (2013) (veja –se Anexo C). Este instrumento pretende avaliar a frequência e a severidade dos comportamentos suicidários e a história passada de tentativas e ideação suicida. É constituída por 4 itens: (item 1 - “*Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?*”), ideação recente (item 2 - “*Com que frequência pensou matar-se no último ano?*”), intenção suicida (item 3 - “*Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir*

a suicidar-se?) e, por último, probabilidade futura de vir a cometer suicídio (item 4 – “Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?”).

Ao longo dos anos várias foram as versões reduzidas desenvolvidas a partir da versão original de 34 itens (Lineham, 1981). Osman et al., (2001), com o intuito de utilizar a escala tanto em amostras clínicas como em amostras não-clínicas, validaram o presente instrumento de quatro itens. Para tal, recolheram dados com quatro amostras diferentes. A primeira era constituída por adultos internados diagnosticados com perturbações psiquiátricas; a segunda amostra era composta por adolescentes com perturbações psiquiátricas também internados; a terceira amostra era constituída por adolescentes, estudantes do ensino secundário, e a última amostra por adultos licenciados da comunidade. Verificaram que nas amostras de adolescentes com perturbações psiquiátricas internados, adolescentes estudantes do ensino secundário e adultos com perturbações psiquiátricas em regime de internamento, a consistência interna avaliada através do alfa de *Cronbach*, era elevada (.88; .87; .87, respetivamente). Na amostra de adultos licenciados da comunidade, o valor de consistência interna foi adequado (.76). Quanto ao ponto de corte da escala, o mesmo difere em amostras clínicas e não-clínicas. Para os autores, nas primeiras, parece adequado um ponto de corte de 8 ou mais, enquanto que nas segundas um ponto de corte de 7 mostra-se mais adequado, atendo em conta a sensibilidade e especificidade da escala.

A versão portuguesa de Campos, Besser e Blatt (2013) foi utilizada neste estudo, para avaliar a suicidalidade. Estes autores recorreram a uma amostra de conveniência de 200 adultos da comunidade. O valor de alfa de *Cronbach* foi aceitável, (.62) tendo em conta que a escala apresenta apenas 4 itens, à semelhança do que acontece na presente investigação (.71).

Life Experiences Survey (LES, Sarason, Johnson & Siegel, 1978) – versão portuguesa de Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos (2003) (veja-se Anexo D). A escala *Life Experiences Survey* permite avaliar o *stress* experimentado num intervalo de tempo decorrido ao longo do último ano relativo a um conjunto amplo de acontecimentos de vida, ocorridos nesse período de tempo, bem como o impacto dos acontecimentos de vida vivenciados.

Esta escala, desenvolvida por Sarason, Johnson e Siegel (1978), é um instrumento de autorrelato constituído por 57 itens que permitem aos indivíduos indicar os acontecimentos de vida que tenham experienciado no último ano, avaliando-os

separadamente em relação à sua desejabilidade e ao impacto que tiveram na sua vida. A escala encontra-se dividida em duas partes. A primeira, contém uma lista de 47 acontecimentos de vida comuns a indivíduos numa grande variedade de situações, e dispõe ainda de três espaços em branco nos quais o indivíduo pode indicar outros acontecimentos de vida que possa ter vivenciado no último ano e que não esteja na escala. A segunda parte, destina-se apenas a estudantes universitários, uma vez que, apresenta uma lista de 10 acontecimentos de vida relacionados com a vida académica.

Os valores que o indivíduo atribui a cada acontecimento de vida que experimentou num passado recente, nomeadamente no que diz respeito ao seu carácter positivo versus negativo e intensidade do impacto percebido, variam numa escala de 7 pontos, que vai do extremamente negativo (-3) ao extremamente positivo (+3). O valor de mudança positiva é calculado somando os valores dos acontecimentos de vida designados como positivos pelo indivíduo e o valor de mudança negativo é calculado somando os valores dos acontecimentos considerados como negativos pelo próprio. O valor total é calculado a partir do somatório dos valores de mudança positiva e negativa.

Os estudos da versão original desta escala foram realizados com estudantes universitários em dois momentos com um intervalo temporal de sensivelmente 5 a 6 semanas. No primeiro momento participaram 34 sujeitos e no segundo momento participaram 58 sujeitos. No que diz respeito à consistência interna da escala não são apresentados valores. No entanto, foram calculadas correlações de *Pearson* nos itens entre si em ambos os momentos. Nos dois momentos os valores obtidos referem-se a valores de mudança positivos, negativos e à escala total. No primeiro momento, obteve-se valores de correlação .19, .56 e .63 para valores de mudança positivos, negativos e escala total, respetivamente. No segundo momento os valores de correlação obtidos foram de .53, .88 e .64 para as respetivas escalas. Desta forma, pode-se concluir que a escala possui correlações moderadas, embora apenas quando são considerados os índices totais positivos e negativos.

A adaptação desta escala para a população portuguesa foi realizada com sujeitos diabéticos em dois momentos. No primeiro momento, a amostra era constituída por 316 doentes diabéticos, enquanto no segundo momento participaram 34 indivíduos diabéticos. Na versão portuguesa é pedido ao sujeito que avalie acontecimentos de vida que tenham ocorrido apenas no último ano. Optou-se somente por utilizar o grupo de 47 questões e os espaços em branco para acrescentar

acontecimentos de vida ocorridos e não indicados na lista da escala, deixando-se de fora os itens específicos para universitários. A versão portuguesa tem como objetivo avaliar a frequência, a desejabilidade (positivo quando é desejável, negativo quando é indesejável) e a intensidade do impacto dos acontecimentos de vida experienciados no último ano. Ao contrário da forma original, na versão portuguesa existe uma opção de resposta “não se aplica” que permite distinguir as respostas omissas do facto do acontecimento de vida não ter ocorrido no período de tempo a que se refere a escala (último ano). Em relação à cotação da escala, na versão portuguesa, ela é realizada da mesma forma que na versão original.

No que diz respeito às propriedades psicométricas, a análise da consistência interna da escala revelou um valor de alfa de *Cronbach* de .70 para a escala total, o que pode ser considerado como aceitável.

Para o presente estudo, foram selecionados um conjunto de 10 acontecimentos de vida, dos 47 itens da escala, que se mostraram como sendo frequentes, de acordo com a literatura, em indivíduos que tentaram ou cometeram suicídio. São eles os *problemas com a justiça (item 2)*, as *alterações dos hábitos do sono (item 4)*, a *morte de um familiar (item 5)*, a *doença de um familiar (item 15)*, as *dificuldades sexuais (item 16)*, os *problemas de índole profissional (item 17)*, as *mudanças de foro económico (item 19)*, os *conflitos com companheiros (item 26)*, as *alterações de atividades sociais (item 36)*, e o *término de uma relação amorosa (item 45)*. Calcularam-se 3 índices / compósitos. O primeiro respeita à soma dos valores obtidos nos 10 acontecimentos de vida, o segundo, relativo à frequência dos acontecimentos de vida consistente com o número de acontecimentos de vida assinalados pelos indivíduos como negativos, e o último referente à intensidade dos acontecimentos de vida experienciados, que se calcula através da divisão dos valores obtidos no índice da soma e no índice da frequência. Para o cálculo dos índices supra referidos apenas se considerou os acontecimentos de vida avaliados pelo indivíduo como negativos.

Quanto à consistência interna da escala na presente investigação, através do coeficiente de alfa de *Cronbach*, obteve-se um valor de .71, que se pode considerar aceitável.

4.3 Estratégia de análise de dados

Inicialmente foram testadas possíveis associações entre diversas variáveis sociodemográficas e a suicidalidade. As variáveis sociodemográficas consideradas foram: sexo, idade, situação profissional (empregado/desempregado), escolaridade, estado civil, se tem alguma doença crônica, se já foi ao psicólogo ou ao psiquiatra, se tem alguma doença psiquiátrica e se já consumiu algum tipo de droga. (veja-se tabela 1). Os valores das correlações entre as variáveis em estudo e a suicidalidade foram também obtidos com o intuito de identificar possíveis associações significativas.

No sentido de testar o contributo das variáveis estilos de personalidade e acontecimentos de vida na previsão da suicidalidade, foi utilizada a técnica estatística multivariada de Análise de Regressão Linear Múltipla Hierárquica. Num primeiro passo, foram introduzidas as variáveis sociodemográficas significativas (que se correlacionam com a suicidalidade), num segundo passo foi introduzida a sintomatologia depressiva (no sentido de controlar o seu efeito), no terceiro os estilos de personalidade anaclítico e introjetivos, no quarto passo foram introduzidas as variáveis relativas aos acontecimentos de vida: soma (soma das pontuações obtidas nos 10 acontecimentos de vida) e frequência (número de acontecimentos de vida avaliados como negativos) e intensidade, num quinto passo foram introduzidos os termos de interação (veja-se Aiken & West, 1991), de cada uma das variáveis relativas aos acontecimentos de vida com cada um dos estilos de personalidade. As variáveis foram estandardizadas antes do cálculo dos termos de interação.

Examinou-se a multicolinearidade entre as variáveis. Os valores próprios (*eigenvalues*), os *condition index* juntamente com os *variance inflation factors* (VIF) e os valores de tolerância indicaram a ausência de multicolinearidade. Também se examinou a normalidade das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov Z. Os resultados indicam que algumas das distribuições se afastam da normalidade. Consequentemente, o método *bootstrapping* (com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) foi usado para testar os níveis de significância dos parâmetros estimados (e. g., Yung & Bentler, 1996).

5. Resultados

5.1 Análise preliminar

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

5.2- Análise da Regressão múltipla hierárquica

Os resultados da análise de regressão linear múltipla hierárquica encontram-se resumidos na Tabela 3. No passo 1, verificou-se que ter uma doença crónica ($\beta = .18$, $p < .01$) e ter uma doença psiquiátrica ($\beta = .23$, $p < .001$) se relacionam com a suicidalidade. No passo 2, a variável adicionada, sintomatologia depressiva, proporciona um incremento na variância significativo de 8% e relaciona-se com a suicidalidade de forma significativa ($\beta = .30$, $p < .001$). No passo 3, a variável auto-criticismo relacionou-se significativamente com a suicidalidade ($\beta = .26$, $p < .01$). O incremento na variância foi de 4%, e é estatisticamente significativo. No passo 4, a variável soma teve uma relação com a suicidalidade, ainda que apenas tendencialmente significativo ($\beta = .12$, $p < .10$) e a variável frequência relacionou-se de forma significativa com a suicidalidade ($\beta = .14$, $p < .05$). Não foi introduzida a variável intensidade porque não apresentava uma correlação significativa com a suicidalidade.

Finalmente no passo 5, verificou-se que nenhum dos termos de interação foi significativo na previsão da suicidalidade.

TABELA 2 – Correlações entre as variáveis em estudo

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	M	SD
1. Auto-criticismo	—							-.43	1.00
2. Necessidade	.44 **	—						.12	.83
3. Sintomatologia depressiva	.61 **	.30**	—					18.46	10.43
4. Soma	.16*	.05	.14	—				11.27	11.26
5. Intensidade	.14*	-.02	.03	.57**	—			4.67	3.33
6. Frequência	.15*	.04	.18*	.96**	.46**	—		1.80	1.77
7. Suicidalidade	.37**	.14	.35**	.18*	.10	.20**	—	4.68	2.26

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

TABELA 3 - Regressão múltipla hierárquica multivariada da suicidalidade

Preditores	R^2	ΔR^2	B	SE B	β	t/F	95% CI of B		p	d	Overall F	df
							LL	UL				
Passo 1	.12					6.54 ****					8.49 ****	3,192
Doença crónica			.97	.37	.183	2.63 *	.28	1.70	*	0.38		
Ter ido ao psicólogo			.41	.34	.084	1.19	-.28	1.18				
Doença psiquiátrica			2.74	.85	.230	3.24 *	.06	5.28	*	0.47		
Passo 2	.20	+8%				19.51 ****					11.87 ****	4,191
Sintomatologia depressiva			.06	.01	.30	4.42 ****	.04	.09	***	0.64		
Passo 3	.24	+4%				4.72 **					9.80 ****	6,189
Necessidade			-.11	.16	-.05	0.69	-.42	.19				
Auto-criticismo			.59	.20	.26	3.05 ***	.21	.97	**	0.44		
Passo 4	.25	+1.5%				3.33 +					9.98 ****	7,188
Soma			.27	.15	.12	1.83 +	.02	.55	+	0.27		
Passo 5	.25	+0.5%				.41					7.3 ****	9,186
Auto-criticismo X Soma			-.08	.19	-.04	-.44	-.41	.39				
Necessidade X Soma			.16	.18	.07	.89	-.20	.54				
Passo 4 alternativo	.26	+2%				4.98 *					9.29 ****	7,188
Frequência			.33	.15	.14	2.23 *	.07	.60	*	0.33		
Passo 5 alternativo	.26	+0.5%				.48					7.29 ****	9,186
Necessidade X Frequência			-.02	.17	-.01	-.14	-.29	.39				
Auto-criticismo X Frequência			.15	.17	.07	.88	-.18	.52				

Nota: $N = 195$; $\Delta R^2 =$ incremento em R^2 ; $t =$ valor de t associado a β ; $F =$ valor de F associado ao incremento em R^2 .

+ $p < .10$ * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .005$. **** $p < .001$. (two-tailed).

6. Discussão dos resultados

Neste trabalho estudou-se a relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade, a relação entre acontecimentos de vida e suicidalidade e se os acontecimentos de vida interagem com os estilos de personalidade na previsão da suicidalidade.

De acordo com os resultados, contrariamente ao auto-criticismo, a necessidade não apresentou relação com a suicidalidade, quando controlada a variância comum com o auto-criticismo. Alguns estudos têm focado a sua atenção no papel dos estilos da personalidade na previsão da suicidalidade e verifica-se que, no que diz respeito à necessidade, as investigações são escassas e geram alguma controvérsia. Ainda assim, algumas investigações mostram que o estilo de personalidade anaclítico tem relação com a suicidalidade. Esta relação será uma relação indireta e de certo modo será uma relação modesta quando comparada com a relação entre estilo auto-crítico e suicidalidade (Bornstein & O'Neill, 2000; Campos et al., 2012). Por outro lado, outros trabalhos mostraram que elevados níveis de dependência constituem um fator de risco para a suicidalidade (Berman, 1992; Birtchnell, 1981; Loas & Defélice, 2012), e que a dependência é um traço de personalidade estável nos sujeitos que realizaram tentativas de suicídio (Loas & Defélice, 2012). Campos, Besser, Abreu, Parreira e Blatt (2014), tal como Blatt (2008) afirma no seu modelo, concluem ainda que ambos os estilos de personalidade estariam relacionados com o risco de suicídio através da mediação de outras variáveis, nomeadamente o *distress* e depressão.

Por outro lado, o auto-criticismo em particular revela uma forte relação com a suicidalidade (Blatt, 2008). Na realidade, alguns autores (Clara, Cox & Enns, 2004) verificaram que o auto-criticismo está fortemente relacionado com comportamentos suicidários, mesmo quando outras variáveis, como o diagnóstico psiquiátrico, estão controladas. O'Connor (2007) refere que a relação entre o estilo autocrítico e a suicidalidade é, de facto, robusta. Noutra estudo, O'Connor e Noyce (2008) afirmam que a ruminação é uma variável mediadora da relação entre o estilo introjetivo a suicidalidade. Hewitt e Flett (1991) verificaram que o perfeccionismo estava relacionado com a depressão e com a ideação suicida. Baumeister (1990) sugere que elevados níveis de perfeccionismo estão relacionados com comportamentos suicidários. Outro trabalho (Shaffer, 1977) reforça a ideia de que, tanto a ideação suicida como a tentativa de suicídio estão relacionadas com o perfeccionismo. A relação entre perfeccionismo, depressão e suicídio tem sido verificada tanto em adultos como em

adolescentes, e em amostras clínicas e não-clínicas (Hewitt & Flett, 1991; Maltzberger, 1986; Shaffer, 1977). Por último, quer investigações empíricas quer investigações clínicas, têm demonstrado que o indivíduo ao experienciar insucesso pessoal e crer que não corresponde às expectativas e exigências de outros mais significativos, poderá tornar-se vulnerável a sentimentos de não pertença, desproteção e solidão o que poderá desencadear sintomas depressivos e, conseqüentemente atos suicidas (Hewitt & Flett., 1991). Por outro lado, ainda a preocupação essencial do indivíduo com um estilo introjetivo são aspetos relacionados com a autodefinição, com o autocontrolo e a identidade (Blatt, 1995a, 2008). O foco neste estilo de personalidade é atingir uma definição do *self* como uma entidade separada dos outros, com sentido de autonomia, independência e controlo, acompanhado por sentimentos de autoestima elevada, e integridade (Blatt, 1995a, 2008). Estes indivíduos pretendem ser reconhecidos pelo sucesso do seu trabalho, respeitados e admirados. No que diz respeito à psicopatologia em indivíduos com este estilo de personalidade, ela expressa-se por preocupações exageradas sobre a autodefinição bem como conflitos sobre a sua autonomia, controlo (nomeadamente a sua perda) e ameaças à autoestima (Blatt, 1995a, 2008). O indivíduo mantém internamente uma luta exagerada e distorcida para estabelecer e manter a imagem de *self* independente, autónomo e credível (Blatt, 1995a, 2008). Os traços de indivíduos com este estilo de personalidade podem contribuir para a vivência de sofrimento emocional, tendo como consequência desajustamento emocional e social, bem como aumento do risco para a psicopatologia. Embora sejam preserverantes em serem reconhecidos e admirados por outros, os indivíduos introjetivos sentem frequentemente um desagrado em relação a si mesmos (Blatt, 1974, 1995a, Blatt & Maroudas, 1992; Blatt & Shichman, 1983). Desta forma, os sentimentos de autocrítica, de fracasso e culpa poderão conduzir à psicopatologia e, numa situação mais extrema, poderão tornar o indivíduo vulnerável a tentativas de suicídio (Blatt, 1974, 1995a; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Campos, Besser & Blatt, 2012; Fazaá & Page, 2003).

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que a depressão dá um forte contributo na previsão da suicidalidade. Este quadro psicopatológico tem vindo a ser referido como um conhecido fator preditor do risco de suicídio (Blum, Kapusta, Doering, Brahler, Wagner & Kersting, 2013), estando prevalente em 2/3 dos casos de suicídio (Conwell et al., 1996; Harwood et al., 2001; Heriksson et al., 1993; Rich et al., 1986).

Segundo a perspectiva psicanalítica, a depressão pode ser considerada como a condição mais relevante que conduz ao suicídio (Fornari, 1964). De acordo com Coimbra de Matos (2001, p.135), “a motivação para desejar a morte deduz-se da vivência depressiva”. Este autor acrescenta ainda várias razões para o facto da depressão se relacionar com a suicidalidade: de tipo masoquista e do tipo narcísico. O primeiro teria um desejo de um amor total e permanente do objeto sem rejeição, recriminação e indiferença suicida. Por outro lado, afirma como outra razão do desejo de morrer a vulnerabilidade narcísica de alguns indivíduos que são muito sensíveis às depreciações ou críticas de outrem. Acrescenta ainda a intolerância à dor da perda do abandono do objeto. Este dado é justificado através do aumento da resistência à dor e sofrimento e do tormento para obter amor e perdão. Por último, e não menos importante, Coimbra de Matos (2001) ainda refere a impossibilidade de o indivíduo suportar o orgulho ferido e a derrocada da onnipotência, sendo esta provavelmente a razão mais frequente nos adultos que estão na fase do ciclo vital que integra a “crise de idade média”. É neste período que o indivíduo faz um balanço da sua vida, das suas conquistas e derrotas, vitórias e fracassos, podendo surgir, no caso da avaliação da sua vida ser francamente negativa, um desejo inconsciente de morrer.

Greenberg (2000) afirma que o suicídio é o sintoma mais grave da depressão. Considera-a como um estado no qual a pessoa não consegue controlar a pressão e os sentimentos de tensão que advém das situações adversas da vida do indivíduo.

Ainda numa visão psicanalítica, os fatores que contribuem para o suicídio, de acordo com Freud, remetem em última instância para a melancolia, que se caracteriza por uma depressão profundamente dolorosa, pelo desinteresse no mundo exterior, inibição da atividade e diminuição do sentimento de autoestima e perda da capacidade para amar (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002). Freud considera que o suicídio é consequência de um sentimento doloroso, resultante de ideias autodestrutivas que podem encontrar-se em cada indivíduo. Como grande contributo para o suicídio, Freud apresenta a noção de pulsão de morte, na qual a agressividade seria investida contra o próprio eu, identificado com o objeto perdido (Greenberg, 2000; Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002).

Outros autores, que não os da escola psicanalítica, consideram também que fatores internos, como a depressão, podem agir com fator predisponente do suicídio. O humor depressivo pode, eventualmente, despoletar o suicídio, dependendo tanto de fatores internos, como de fatores externos, como os acontecimentos de vida, razão pela qual nem todos os indivíduos deprimidos apresentam ideação suicida e

comportamentos suicidários (Campos & Holden, *submetido*; Clark & Fawcett, 1992; Moscicki, 1999).

Pode ainda afirmar-se que a depressão se relaciona com o suicídio através de outras variáveis, embora estas não tenham sido testadas na presente investigação. Como exemplo dessas variáveis temos o caso da *dor mental* que tem vindo a ganhar relevância na investigação. Esta variável medeia, por exemplo, a relação entre perfeccionismo e suicidalidade (Flamenbaum & Holden, 2007). Como dor mental pretende-se caracterizar o estado afetivo de angústia, desespero que difere cognitivamente da depressão e do sentimento de desesperança (DeLisle & Holden, 2009; Troister & Holden, 2013). Variados estudos (Holden et al., 2001; Troister & Holden, 2013; Troister et al., 2013) têm mostrado o papel desta variável na previsão da suicidalidade. De acordo com Shneidman (1993) seria, de facto, através da dor mental que todas as outras variáveis se relacionariam com a suicidalidade, como é o caso da depressão. Por outro lado, Joiner e colaboradores (2009) no seu modelo referem três fatores relevantes e necessários para a consumação do suicídio, são eles: perceção de ser um fardo para os outros; sentimento de não pertença; capacidade para concretização do suicídio. Para que a ideação suicida e o desejo de morrer exista, não se mostra necessária a presença do terceiro fator uma vez que este se comporta como agente catalisador na efetivação do suicídio. No estudo levado a cabo por Campos e Holden (*submetido*), concluiu-se que a depressão se relaciona com a suicidalidade através dos efeitos da dor mental, perceção de ser um fardo para os outros e sentimento de não pertença, resultados que vão ao encontro do que Schneidman (1993) e Joiner e colaboradores (2009) mencionam nos seus modelos.

No que diz respeito aos acontecimentos de vida, os nossos resultados mostram que se relacionaram com a suicidalidade, especialmente a frequência de acontecimentos percecionados como negativos. Investigações anteriores revelam que estes estão fortemente associados com a suicidalidade (Baca-Garcia et al., 2006; Overholser, Braden & Dieter, 2011; Yen et al., 2005) e que também se relacionam com os estilos de personalidade definidos por *Sidney Blatt* (Cox, Clara & Enns, 2009; Sahar & Priel, 2002; Sahar, Joiner, Zuroff & Blatt, 2004). De fato, diversos estudos corroboraram o papel dos acontecimentos de vida, enquanto mediadores e/ou moderadores da relação entre os estilos de personalidade anaclítico e introjetivo, a suicidalidade e o *distress* / psicopatologia, nomeadamente a perturbação depressiva (Cox, Clara & Enns, 2009; Sahar & Priel, 2002; Sobrinho, 2014).

No presente trabalho, estudámos o contributo de um conjunto de 10 acontecimentos de vida, quer normativos quer não-normativos, que se mostram relevantes na previsão da suicidalidade de acordo com a literatura, são eles: a *morte de familiar* (Korte, et. al., 2011), os *problemas com a justiça* (Overholser, Braden & Dieter, 2012), os *conflitos com companheiros* (Baca-Garcia et al., 2007; Overholser, Braden & Dieter, 2012), a *doença de um familiar*, (Korte, et. al., 2011; Overholser, Braden & Dieter, 2012), os *problemas de índole profissional* (Baca-Garcia et al., 2007), a *mudanças do foro económico* (Baca-Garcia et al., 2007; Fergusson et al., 2000; Korte, et. al., 2011; Overholser, Braden & Dieter, 2012), as *alterações nas atividades sociais*, (Fergusson et al., 2000; Overholser, Braden & Dieter, 2012), as *alterações nos hábitos de sono* (Heikkinen et. al, 2007; Holmes & Masuda, 1974), as *dificuldades sexuais* (Holmes & Masuda, 1974), e, por último, o *término de uma relação amorosa* (Fergusson et al., 2000). O índice que deu um contributo mais importante na previsão da suicidalidade foi a frequência de acontecimentos, isto é, quanto maior o número de acontecimentos de vida experienciados e percecionados como negativos pelo indivíduo, neste caso, durante o último ano, maior o risco de suicídio. Contrariamente ao esperado, verifica-se que a intensidade não contribuiu para a previsão da suicidalidade, isto é, o que contribui para a suicidalidade é o número de acontecimentos de vida ocorridos ao invés da perceção da sua intensidade.

Os resultados da presente investigação vão de encontro ao que Beck e Rosenberg (1986) verificaram no seu estudo sobre a frequência e o impacto de acontecimentos de vida em indivíduos diagnosticados com depressão e sem depressão. Os autores referem que, de fato, há um efeito cumulativo dos acontecimentos de vida, isto é, que o impacto da frequência de acontecimentos de vida, é bastante forte. Já Sinha e Sanyal (2012), num trabalho sobre o impacto e a frequência dos acontecimentos de vida na depressão, concluíram que apenas um acontecimento de vida poderá produzir baixos níveis de *stress* mas que, de facto, a sua duração, cerca de um ano, poderá ter um efeito cumulativo e conduzir à psicopatologia, nomeadamente à depressão. Verificaram que os sujeitos deprimidos experienciam um maior número de acontecimentos de vida comparando com indivíduos não deprimidos. Já no que se refere ao impacto dos acontecimentos de vida, verificaram que não se correlaciona com a depressão. Enquanto Sinha e Sanyal (2012) verificaram que um efeito cumulativo dos acontecimentos de vida na depressão, a presente investigação mostra um efeito cumulativo na suicidalidade.

Por outro lado, é conhecido que acontecimentos de vida não-normativos são muito relevantes para o desenvolvimento de psicopatologia, uma vez que, quanto mais inesperados e significativos forem os acontecimentos de vida, mais elevados serão os níveis de *stress* experienciados (Marshall, 2003).

Ainda de acordo com os resultados obtidos, é possível verificar que níveis baixos de acontecimentos de vida não moderam a relação entre os estilos de personalidade e a suicidalidade. Acresce ainda que os acontecimentos de vida negativos são importantes por si só, mas não potenciam o efeito da personalidade. De facto, os acontecimentos de vida potenciam o risco de suicídio apenas através da frequência de acontecimentos de vida, nomeadamente por meio do seu efeito cumulativo.

Limitações do estudo e estudos futuros

A presente investigação apresenta algumas limitações. A primeira prende-se com o facto da amostra recolhida ser de conveniência, não-clínica, e de não ser representativa da população em estudo. Ainda no que respeita a aspetos metodológicos, pode-se apresentar como limitação o facto do intervalo de tempo da recolha de dados nos dois momentos ser relativamente curto (cerca de 3 meses). Por outro lado, a utilização exclusiva de medidas de autorrelato pode ser considerada só por si uma desvantagem, já que, a validade das respostas obtidas poderá ser posta em causa por tendências de resposta. Por último, como limitação, acresce a não utilização do resultado total que se pode obter no instrumento que avalia os acontecimentos de vida (*Life Experience Survey*). Tal deve-se ao facto de, na presente investigação, se estudar a relação entre acontecimentos de vida e suicídio, razão pela qual, com base na literatura, se seleccionar um conjunto de 10 acontecimentos de vida significativos na previsão da suicidalidade. Nesta investigação criaram-se 3 medidas compósitas referentes à intensidade, frequência e à soma dos valores. Estes 3 índices criados contemplam os acontecimentos de vida relevantes para a suicidalidade de acordo com a literatura, mas do ponto de vista psicométrico necessitem naturalmente de validação adicional.

Apesar das suas limitações a presente investigação apresenta alguns aspetos positivos. Tais prendem-se, essencialmente, com a amostra utilizada, que, embora seja de conveniência, apresenta um número de participantes de ambos os géneros equivalente e pouca mortalidade experimental.

Relativamente a investigações futuras, poderemos referir a necessidade de utilizar vários métodos de recolha de dados ao invés de utilização exclusiva de medidas de autorrelato, nomeadamente, conjugar estes mesmos com entrevistas. Por outro lado, importa ainda referir a necessidade de espaçar mais, em termos temporais, os dois momentos de recolha de dados, recomendando um intervalo de tempo de 6 a 9 meses. Por último, é relevante ainda mencionar a necessidade de utilizar amostras clínicas, por exemplo, com indivíduos que apresentem historial de tentativas de suicídio com o intuito de verificar qual a diferença entre os estilos de personalidade anaclítico e introjetivo da personalidade na previsão da suicidalidade ou ainda para verificar qual a relação entre os diferentes estilos de personalidade do modelo de *Sidney Blatt* com a intencionalidade das tentativas e os métodos utilizados.

Conclusão

A presente investigação visou estudar a relação entre os estilos anaclítico e introjetivo da personalidade e suicidalidade. Pretendeu-se igualmente estudar o efeito moderador dos acontecimentos de vida na relação entre os estilos de personalidade anaclítico e introjetivo e suicidalidade. Controlou-se ainda o efeito da depressão sintomática nas relações estudadas.

No que diz respeito aos estilos de personalidade estudados, pode-se concluir que apenas o estilo introjetivo contribuiu para a previsão da suicidalidade mesmo quando o efeito da depressão é controlado. O estilo anaclítico não se mostrou significativo na previsão da suicidalidade. Estes resultados são congruentes com a literatura que descreve uma relação mais robusta entre o estilo introjetivo e suicidalidade do que entre o estilo anaclítico e suicidalidade (Campos e colegas, 2012).

De acordo com os resultados, a depressão constituiu-se com um forte preditor da suicidalidade. Tal como a literatura tem mostrado, a depressão é um dos aspetos mais associado à suicidalidade, quer seja à ideação suicida, à tentativa ou mesmo ao suicídio consumado (Blum, Kapusta, Doering, Brahler, Wagner & Kersting, 2013; Conwell et al., 1996; Harwood et al., 2001; Heriksson et al., 1993; Rich et al., 1986).

No que concerne ao papel dos acontecimentos de vida negativos, estes não têm um papel moderador na relação entre os estilos de personalidade estudados e a suicidalidade. Embora não exista uma relação de moderação, os acontecimentos de vida constituem-se como preditores da suicidalidade através da frequência de tais acontecimentos de vida percecionados como negativos. Ao contrário do que se esperava, a intensidade dos acontecimentos de vida não se comporta como variável preditora da suicidalidade. Este resultado revela-se concordante com alguns estudos presentes na literatura. De facto, verifica-se a importância do efeito cumulativo dos acontecimentos de vida na previsão da suicidalidade e de psicopatologia, como por exemplo a depressão.

Por último, a presente investigação apresenta algumas implicações clínicas. O estudo dos estilos de personalidade, nomeadamente no que diz respeito a elevados níveis de auto-criticismo, revela-se benéfico uma vez que, de acordo com estes resultados, os traços introjetivos mostram-se preditores do risco de suicídio. Desta forma, a prática clínica deve abordar os estilos de personalidade além dos quadros patológicos, como é o caso da depressão. Assim sendo, verifica-se que não só os

indivíduos deprimidos se encontram em risco mas, de acordo com a presente investigação, também os indivíduos com o estilo introjetivo. Outra implicação clínica prende-se com a utilidade do estudo dos acontecimentos de vida pelo contributo que apresentam na prevenção da ideação, tentativa e concretização do suicídio. Através desta investigação pode-se ter em conta que, num período de tempo próximo, sensivelmente 3 meses, a frequência dos acontecimentos de vida interpretados como negativos pelo indivíduo revela-se um fator predisponente do suicídio e é, sem dúvida, um dado a atender pelos profissionais de saúde. Ainda assim, parece importante dar atenção tanto a diagnósticos de doenças clínicas como a diagnóstico de doenças psiquiátricas devido à correlação que estabelecem com a suicidalidade. É importante ainda referir que diagnósticos realizados o mais precoce possível podem evitar comportamentos de suicidalidade. Desta forma, e em jeito de conclusão, parece importante ter em conta não só a personalidade, mas também às doenças crónicas e psiquiátricas bem como os acontecimentos de vida na avaliação de potencial comportamento suicidário.

Referências Bibliográficas

- Adams, D. M., Overholser, J. C., & Spirito, A. (1994). Stressful life events associated with adolescent suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry, 39*, 43-48.
- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple Regression: Testing and interpreting results*. Sage Publications: California.
- Allam, Z. (2011). Stressful life events, vulnerable to stress and depression among Eritran high school students. *Ife Psychologia, 19*, 380-393.
- Anderson, L., & Stanich, J. (1996). Life events and their impact on health attitudes and health behavior. *Achives of Gerontol Geriachtry 23*, 163-177.
- Baca-Garcia, E., Parra, C., Perez-Rodrigues, M., Sastre, C., Torres, R., Saiz-Ruiz, J., & Leon, J. (2007). Psychosocial stressors may be strongly associated with suicide attempts. *Stress and Health, 23*, 191-198.
- Bagby, A., & Rector, N. (1998). Self-Definition, dependency and the five factor model of personality in depression: assessing construct overlap. *Personality Individual Differences, 24*, 895-897.
- Bagge, C. L., Glenn, C. R., & Lee, H. (2013). Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 359-368.
- Banai, E. , Mikulincer, M., & Shaver, P. (2005). "Self-Object" needs in Kohut's Self Psychology: Links with attachment, self-cohesion, affect regulation, and adjustment. *Psychoanalitic Psychology, 22*, 224-260.
- Bartelstone, J. H., & Trull, T. J. (1995). Personality, life events and depression. *Journal of Personality Assessment, 64*, 279-294.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as scape from self. *Psychological Review, 99*, 90-103.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton, & J. E. Barret (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven.
- Beck, S., & Rosenberg, R. (1986). Frequency, quality, and impact of life events in self-rated depressed, behavioral-problem, and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 863-864.

- Berman, A. L. (1992). Suicidal behavior and marital interaction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 268 – 277.
- Besser, A. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary lines of personality development and experiences of depression – Book Review. *Personality and Individual Differences*, 35, 1487-1490.
- Besser, A., & Priel, B. (2003). A multisource approach to self-critical vulnerability to depression: The moderating role of attachment. *Journal of Personality*, 71, 515-549.
- Besser, A., & Priel, B. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: Personality predispositions and protective factors. *Social Behavior and Personality*, 33, 351-382.
- Besser, A., & Priel, B. (2010). Personality vulnerability, low social support, and maladaptive cognitive emotion regulation under ongoing exposure to terrorist attacks. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 166-201.
- 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, 31-39.
- Birtchnell, J. (1981). Some familial and clinical characteristics of female suicidal psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 138, 381-390.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2002). Perfectionism in the therapeutic process. In G. L. Flett & P.L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 393-406). Washington, DC: American Psychology Association.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J.L. Singer (Ed.), *Regression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299-335). Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (8), 449-458.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti, & S. L. Toth (Eds.), *Emotion, cognition, and representation* (pp. 1-33). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology.
- Blatt, S. J. (1995a). The destructiveness of perfectionism – implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (1998). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 73-109). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: retrospect and prospect. *The American Psychologist*. 68, 172-183.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.
- Blatt, S. J., Shahar, G., & Zuroff, D.C. (2001). Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions. *Psychotherapy*, 38, 449-454

- Blatt, S. J., Wein, S. J., Chevron, E., & Quinlan, D. M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 388-397.
- 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, Luthae, S., & Hart, B. (1995). Levels of relatedness within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire for adolescents. *Journal of Personality Assessment, 67*, 52-71.
- Blatt, S., D’Afflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 383-389.
- Blatt, S., D’Afflitti, J., & Quinlan, D. (1979). *Depressive Experiences Questionnaire*. Unpublished Manual, Yale University, New Haven, CT.
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., & Kersting, A. (2013). Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. Retrieved from: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0076646>
- Borges, G., Benjent, C. Medina-Mora, M. E, Orozco, R., Molnar, B. E., & Nock, M. K. (2008). Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 654-666.
- Bornstein, R., & O’Neill, R. (2000). Dependency and suicidality in psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 463-473.
- Brim, O. G., Jr., & Ryff, C. D. (1980). On the properties of life events. In P. B. Baltes & O. G. Brim Jr. (Eds.) *Life-span development and behavior* (Vol. 3, pp. 367–388). New York, NY: Academic Press.
- Brown, G.W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Campos, R. C. (2000). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica, 3*, 285-309.

- Campos, R. C. (2009a). *Depressivos somos nós – Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, R. C. (2009b). *Questionário de Experiências Depressivas: Manual*. Évora: Edição do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.
- Campos, R. C., & Holden, R. (submetido). Testing a theory-based model of suicidality in a low risk community sample. *Omega: Journal of death and dying*
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of self-criticism 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.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). The portuguese version of the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ): Results from a validation program in clinical and non-clinical samples. *Spanish Journal of Psychology, 16*, 1-13.
- Campos, R. C., Sobrinho, A. T., & Mesquita, C. (2013). Relacionamento, auto-definição e suicídio: Uma breve discussão teórica. In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. A. Gomes (Orgs.), *Livro de Atas - VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 185-189). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Campos, R. C., Besser, A., Abreu, H., Parreira, T., & Blatt, S. (2014). Personality vulnerabilities in adolescent suicidality: The mediating role of psychological distress. *Bulletin of the Menninger Clinic, 78*, 115-139.
- Cavanagh, J. T., Owens, D. G., & Johnstone, E. C. (1999). Life events and suicide and undetermined death in southeast Scotland: A case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry Epidemiology, 34*, 645-650.

- Chan, S., Miranda, R., & Surrence, K. (2009). Subtypes of rumination in the relationship between negative life events and suicidal ideation. *Archives of Suicide Research, 13*, 123-135.
- Chen H., Katz P. P., Shiboski S. et al. (2006). Evaluating change in health-related quality of life in adult rhinitis: responsiveness of the Rhinosinusitis Disability Index. *Health Quality Life Outcome, 3*, 6-8
- Cheng, A. T, Chen, T. H. H., Chen, C. C. et al. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case Control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry, 177*, 360-365.
- Chevron, E. S., Quinlan, D. M., & Blatt, S. (1978). Sex role and gender differences in the experiences of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 680-683.
- Clark, D. C., & Fawcett, J. (1992). Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In B. Bongar (Ed.), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment* (pp. 16-48). New York: Oxford University Press.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., Herrmann, J.H., Forbes, N.T., & Caine, E.D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1001–1008
- Cooper, J., Appleby, L., & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 271-275.
- Cox, B., Clara, I., & Enns, M. (2009). Self-criticism, maladaptive perfectionism, and depression symptoms in a community sample: A longitudinal test of mediating effects of person-dependent stressful life events. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*, 336-349.
- DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 42*, 46-63.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B.P. (1984). *Stressful life events & their contexts*. Rutgers University Press: California.

- Dubow, E. F., Kausch, D. F., Blum, M. C., & Reed, J. (1989). Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*, 158-166.
- Dupéré, V., Leventhal, T., & Lacourse, É. (2009). Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence. *Psychological Medicine, 39*, 1295-1306.
- Elliott, G. R., & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and human health*. New York: Springer Publishing Company.
- Esparbès, S., Sordes-Ader, F., & Tap, P. (1993). Présentation de l'échelle de *coping*. In *Actes de las Journées du Laboratoire Personnalisation et Changements Sociaux, Les stratégies de coping*, 89-107. Saint Cricq: Université de Toulouse –Le Mirail.
- Esposito, C. L., & Clum, G., A. (2003). The relative contribution of diagnostic and psychosocial factors in the prediction of adolescent suicidal ideation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 32*, 386-395.
- EUROSTAT (2013). Statistics, suicide rates. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/pgp_ess/partners/european_union/pt/tab_statistics?c=PT&|=PT
- Evans, M. G. (1991). On the use of moderated regression. *Canadian Psychology, 32*, 116 – 119.
- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*, 172-185.
- Ferguson, D. M., Woodward, L.J., & Horwood, L.J (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine, 30*, 23-39.
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 51-61.
- Flett, G. L., Hewitt, P.L., Endler, N. S., & Bagby, M. (1995). Conceptualization and assessment of personality factors in depression. *European Journal of Personality, 9*, 309-350.

- Fornari, F. (1964). *La Psychanalyse de la Guerre*. Paris : Presses universitaires de France.
- Foster, T. (2011). Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Archives of Suicide Research, 15*, 1-15.
- Franche, R., & Dobson, K. (1992). Self-criticism and interpersonal dependency as vulnerability factors to depression. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 419-435.
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 115-134.
- Furstenberg, F. (2005). Non-normative life course transitions: Reflections on the significance of demographic events on lives. *Towards an Interdisciplinary Perspective on the Life Course Advances in Life Course Research, 10*, 155-172.
- Garroue, E., Goldberg, J., Beals, J., Herrell, R., Manson, S. et al. (2003) Spirituality and attempted suicide among American Indians. *Social Science & Medicine, 56*, 1571–1579.
- Gassmann - Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, P. et al. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical Pharmacology & Therapeutics, 90*, 483-485.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D.). In M. M. Goncalves, M. R. Simões, L.S. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I) (pp. 33-43). Coimbra: Quarteto Editora.
- Greenberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guisinger, S., & Blatt, S. J. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist, 49*, 104-111.
- Harder, D. W., Strauuss, J. S., Kokes, R. R., Ritzler, B. A., & Gift, T. E. (1980). Life events and psychopathology severity among first psychiatric admissions. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 165-180.
- Hardt, J., & Johnson, J. (2010). Suicidality, depression, major and minor negative life events: a mediator model. *Psycho-Social-Medicine, 7*, 1-8.

- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16, 155–165.
- Have, M., Graaf, R., Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Land, H., Vollebergh, W., & Beekman, A. (2009). Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 824-833.
- Heikkinen, M. E., Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., & Marttunen, M. J. (1997). Recent life events and suicide in personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 325-331.
- Henriksson, M., Aro, H., Marttunen, M., Heikkinen, M., Isometsa, E., Kuoppasalmi, L., & L'onnqvist, J., (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150, 935–940.
- Hewitt, P., & Flett, G. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P., Flett, G., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276-280.
- Hewitt, P., Flett, G., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 439-460.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 33, 224-232.
- Holmes, T. H., & Masuda, M.,(1974) Life change and illness susceptibility. In B. S. Ddohrenwend & B. P. Ddohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (n/d). New York: John Wiley & Sons.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Ingram, R. E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 77-88.
- Jahn, D., Poindexter, E., Graham, R. & Cukrowicz, K. (2012). The moderating effect of the negative impact of recent life events on the relation between intrinsic religiosity

and death ideation in older adults. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 42, 589-601.

Joiner, T. E., & Rudd, M. D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 909-916.

Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kaslow, N. J., Sherry, A., Bethea, K., Wyckoff, S., Compton, M. T., Grall, M.B, et al. (2005). Social risk and protective factors for suicide attempts in low income African American men and women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 400-412.

Kaslow, N. J., Thompson, M. P, Okum, A., Price, A., Young, S., Bender, M., et al. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 311-3119.

King, C. A., Raskin, A., Gdowski, C. L., & Butkus, M. (1990). Psychosocial factors associated with urban adolescent female suicide attempts. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 289-294.

King, R. A., Schawad-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., et al. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 837-846.

Klein, D., Harding, K., Taylor, E., & Dickstein, S. (1988). Dependency and self-criticism in depression: Evaluation in a clinical population. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 399-404.

Klomeck, A., Orbach, I., Sher, L. et al. (2008). Quality of depression among suicidal inpatient youth. *Archives of Suicide Research*, 12, 130-140.

Kolves, K., Varnik, A., Schneider, B., Fritze, J., & Allik, J. (2006). Recent life events and suicide: A case control study in Tallin and Frankfurt. *Social Science & Medicine*, 62, 2887-2896.

Korte, J., Bohlmeijer, E., Westerhof, G., & Pot, A. (2011). Reminiscence and adaptation to critical life events in older adults with mild to moderate depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 15, 638-646.

- Lewinsohn, P. M., Duncan, E. M., Stanton, A. K., & Hautzinger, M. (1986). Age at first onset for nonbipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 378-383.
- Linehan, M. M. (1981). *The Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ)*. Unpublished instrument, University of Washington, Seattle.
- Liu, R., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 34*, 181-192.
- Liu, X., & Tein, J. (2005). Life events, psychopathology and suicidal behavior in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders, 86*, 195-203.
- Loas, G., & Defélice, E. (2012). Absolute and relative short-term stability of interpersonal dependency in suicide attempters. *Journal of Nervous & Mental Disease, 200*, 904-907.
- Loas, G., Verrier, A., Gayant, C., & Guelfi, J. (1998). Depression and dependency: distinct or overlapping constructs? *Journal of Affective Disorders, 47*, 81-85.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. et al. (2007). Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety, 24*, 586-596.
- Maltsberger, J. T. (1986). *Suicide Risk*. New York: New York University Press.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry, 156*, 181-189.
- Marshall, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review, 23*, 959-997.
- McKendree-Smith, N. L.; Floyd, M., & Scogin, F. (2003). Self-administrated treatments for depression: a review. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 275- 288.
- Mesquita, I. (2013). *Disfarces de amor*. Lisboa: Climepsi .
- Meyer, Pamela A., Garrison, Carol Z., Jackson, Kirby L., Addy, Cheryl L., McKeown, Robert E., & Waller, Jennifer L. (1993). Undesirable life events and depression in young adults. *Journal of Child and Family Studies, 2*, 47-60.
- Mijolla, A., & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Moscicki, E. K. (1999). Epidemiology of suicide. In D. G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 40-51). San Francisco: Jossey-Bass.
- Nietzel, M. T., & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review, 20*, 279-297.
- Nrugham, L., Holen, A., & Sund, A.M. (2010). Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptomssymptoms, and resilience in adolescents and young adults. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 131-136.
- O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 698-714.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton K. (2012). Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *British Journal of Psychiatry, 200*, 330-335.
- O'Connor, R., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-Criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behavior Research Therapy, 46*, 392-401.
- 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.; Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 334-348.
- Ozer, S., Ulusahin, A., Batur, S., Kabakçi, E., & Can Saka, M. (2012). Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 31-37.
- Paykel, E. S. (1978). Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychological Medicine, 8*, 245-253.
- Paykel, E. S. (2001). The evolution of live events research in psychiatry: Millennial review. *Journal of Affective Disorders, 62*, 141-149.
- Paykel, E. S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 61-66.

- Paykel, E. S.; Prusoff B. A, Myers J.K. (1975). Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-337.
- Phillips, M., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., et al. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, 360, 1728-1736.
- Pompili, M., Innamorati, M., Szanto, K., Vittorio, C. et al. (2011). Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. *Psychiatric Research*, 186, 300-305.
- Priel, B., & Shahar, G. (2000). Dependency, self-criticism, social context and distress: comparing moderating and mediating models. *Personality and Individual Differences*, 28, 515–525.
- Rabkin, J., & Struening, E. (1976). Life events, stress and illness. *Science*, 94, 1013-1020.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
- Ramos, R. C. (2004). Acontecimentos de vida na infância e a percepção de *stress* na adultez. *Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde*. Universidade do Minho: Braga.
- Rich, C. L., Young, D., Fowler, R. C. (1986). San Diego suicide study: Young vs old subjects. *Archives of General Psychiatry* 45, 37–45.
- Rude, S. S., & Burnham, B. L. (1995). Connectedness and Neediness: factores of the QED and SAS dependency scales. *Cognitive Therapy Research*, 19, 323-340.
- Sahar, G, Joiner, T., Zurrof, D., & Blatt, S. (2004). Personality, interpersonal behavior, and depression: co-existence of stress-specific moderating and mediating effects. *Personality and Individual Differences*, 36, 1583-1596.
- Sahar, G., & Priel, B. (2002). Active vulnerability, adolescent distress, and the mediating/suppressing role of life events. *Personality and Individual Differences*, 35, 199-218.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M., Valiente, R. & Joiner, T. (1998). Negative life events and adolescent suicidal behavior: a critical analysis from the stress process perspective. *Journal of Adolescence*, 21, 415-426.

- Santos, J. (2007). *A morte anunciada - suicídio e parasuicídio*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 932-946.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Johnson, J. H. (1985). Stressful life events: Measurement, moderators and adaptation. In S. R. Burchfield (Eds.) *Psychological and Physiological Interactions in the Response to Stress* (pp 241-261). Washington, DC: Hemisphere Publishing Co.
- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 49-54.
- Scocco, P., Meneghel, G., Caon, F. et al. (2001). Death ideation and its correlates: Survey of an over-65-years-old population. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 210-218.
- Serra, A., & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I. Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica, 20*, 623-644.
- Shaffer, D. (1977). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 406-451.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 145-147.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da Life Experiences Survey (LES) a população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21*, 49-60.
- Sinha, M. & Sanyal, D. (2012). Impact of stressful life events in depressed women: A case-control study. *International Medical Journal, 19*, 211-214.
- 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.
- Sobrinho, A. T. (2014). A relação entre estilos de personalidade, acontecimentos de vida, representações parentais e suicidalidade em jovens adultos. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde*. Universidade de Évora: Évora

- Sobrinho, A. T., Campos, R. C., & Mesquita, C. (2013). Acontecimentos de vida negativos e suicidalidade em jovens adultos. In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. A. Gomes (Orgs.), *Livro de Atas - VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 176-184). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonson, J., et al. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys, *PLoS One*, 5.
- Sturman, E., & Mongrain, M. (2005). Self-criticism and major depression: An evolutionary perspective. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 505-519.
- Sunnqvist, C., Westring, A., & Traskman-Bendz, L. (2008). Suicide attempters: biological stressmarkers and adverse life events. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 456-462.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1989). *The Test of Self-Conscious Affect*. Fairfax: George Mason University.
- Tap, P., Costa, E., & Alves, M. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC) Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 47-56.
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 173-182.
- Thoits, P. A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. In B. Kaplan (Ed.), *Psychological Stress: trends in theory and research* (pp. 33-103). New York: Academic Press.
- Thompson, R., Zuroff, D. & Hindi, E. (2012). Relationships and traumatic events as predictors of depressive styles in high-risk youth. *Personality and Individual Differences*, 53, 474-479.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2013). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46, 50-63

- Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: Replication in general and high-risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *43*, 611-620.
- Vázquez, J. J., Panadero, S., & Rincón, P. P. (2010). Stressful life events and suicidal behavior in countries with different development levels: Nicaragua, El Salvador, Chile and Spain. *Journal of Community & Applied Social Psychological*, *20*, 288-298.
- Vliegen, M. E., Van Lier, M. G. F., Van Leerdam, M. E., Looman, C. W. N, et al. (2010). Quality of life and psychological distress in patients with Peutz-Jehers syndrome. *Clinical Genetics*, *78*, 219-226.
- Wan, G, W, Y., & Leung, P, W, L. (2010). Factors accounting for youth suicide attempt in Hong Kong: A model building. *Journal of Adolescence*, *33*, 575-582.
- WHO (2013). World suicide prevention day. Acedido a 24 de Janeiro de 2014.
Disponível em:
http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html
- Wrzus, C., Martha, H., Jenny, W., & Neyer, F.J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *139*, 53-80.
- Yamaguchi, N., Koboayashiu, J., Tachikawa, H., Sato, S. et al (2000). Parental representation in eating disorder patients with suicide. *Journal of Psychossomatic Research*, *49*, 131-136.
- Yen, S., Pagano, M. E., Shea, M. T., et al. (2005). Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 99-105.
- Yung, Y., & Bentler, P. (1996). Bootstrapping techniques in Analysis of Mean and Covariance Structures. In G. A. Marcoulides & R.E. Schumacker (Eds.), *Advanced Structural Equation Modeling: Issues and Techniques*. Psychology Press: New York.
- Zuroff, D., & Mongrain, M. (1987). Dependency and self-criticism: vulnerability factors for depressive affective states. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*, 14-22.

- Zuroff, D., Mongrain, M., & Santor, D. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin, 130*, 489-511.
- Zuroff, D., Quinlan, D., & Blatt, S. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 55*, 65-72.
- Zuroff, D., Igeja, I., & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 315-326.

Anexos

Anexo A – Questionário de Experiências Depressivas

QED[©]

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

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

NOME _____

SEXO _____ IDADE _____ ESCOLARIDADE _____

DATA ____ / ____ / ____ PROFISSÃO _____

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

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

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

Anexo B – Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos

Nº.....				
CES-D				
Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira durante a semana passada fazendo uma cruz no quadrado correspondente.				
Use a seguinte chave:				
<input type="checkbox"/>	Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)			
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente (1 ou 2 dias)			
<input type="checkbox"/>	Com alguma frequência (3 ou 4 dias)			
<input type="checkbox"/>	Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)			
Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasional- mente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Senti que valia tanto como os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Senti-me deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Senti-me confiante no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Senti-me com medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dormi mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Senti-me feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Falei menos do que o costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Senti-me sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Senti prazer ou gosto na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tive ataques de choro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Senti-me triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti falta de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Anexo C – Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto

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 D – Life Experiences Survey

AVALIAÇÃO DE ACONTECIMENTOS DE VIDA

A seguir vai encontrar uma lista de acontecimentos que, por vezes, trazem algumas mudanças à vida de quem passa por eles.

Se esses acontecimentos ocorrerem consigo durante o último ano, por favor, responda se tiveram consequências positivas (boas) ou negativas (más) na sua vida.

(Faça uma cruz (X) na resposta que parece ser mais próxima daquilo que pensa)

Acontecimento de vida	Muito negativo	Mais ou menos negativo	Um pouco negativo	Não teve consequências nenhuma	Um pouco positivo	Mais ou menos positivo	Muito positivo	Não se aplica
1.casamento								
2.problemas com a justiça								
3.morte do marido/companheiro ou esposa/companheira								
4.alteração dos hábitos de sono (dormir muito mais ou muito menos)								
5.morte de uma pessoa da família								
a) mãe								
b) pai								
c) irmão								
d) irmã								
e) avô								
f) avó								
g) outro (qual?-----)								
6.grande mudança nos hábitos alimentares (comer muito mais ou muito menos)								
7.recusa de empréstimo ou hipoteca								
8.morte de um amigo/amiga próximo/a								
9.grande sucesso na vida pessoal								