



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Traços disfuncionais da personalidade, *distress* e
ideação suicida em indivíduos adultos da
comunidade e estudantes universitários**

Cristina Alexandra Bencatel Baleizão

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Traços disfuncionais da personalidade, *distress* e
ideação suicida em indivíduos adultos da
comunidade e estudantes universitários**

Cristina Alexandra Bencatel Baleizão

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2017

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

A felicidade só é plena quando é partilhada e a realização desta jornada não faria sentido sem o olhar atento e sem a motivação daqueles que me são mais próximos. Como tal, aqui fica para vós esta breve homenagem, pois sem a vossa contribuição, a realização desta dissertação não teria sido possível.

Em primeiro lugar começo por agradecer ao Professor Doutor Rui Campos, por toda a disponibilidade, pela compreensão, pela dedicação e pela exigência demonstrada durante todo este processo. Bem sei que houve momentos em que a paciência já quase esgotava, mas todos os ensinamentos ficaram retidos e toda a experiência e os conhecimentos demonstrados foram, sem margem para comparações, bastante enriquecedores, quer a nível académico quer a nível pessoal. O meu mais sincero agradecimento por todas as análises críticas, por todas as correções minuciosas, por me ter feito pensar, aprender e crescer.

De seguida agradeço àqueles que, para sempre, serão o meu Mundo: os meus Pais. Esta dissertação é inteiramente dedicada a vós, pois sempre sonharam e lutaram, tanto ou mais que eu, para que este momento fosse possível. O vosso apoio incondicional e a vossa estimulação constante fizeram-me chegar ao sítio onde me encontro hoje. Um obrigado nunca chegará para vos agradecer a possibilidade de concretizar este sonho.

Agradeço igualmente à minha restante família por direta e indiretamente, me ampararem dia após dia, por me orientarem e por serem a minha luz.

Desta forma quero também deixar um agradecimento especial aos meus amigos, aos de coração, àqueles que mesmo do outro lado do Planeta vão estar sempre a meu lado. Não vos menciono individualmente, mas vocês sabem inteiramente quem são.

Quero também deixar um sincero agradecimento ao meu namorado, pelo incentivo, pelas palavras, pelo alento, pelo companheirismo, pela entreatajuda e por toda a força transmitida ao longo deste último ano. Entre toda a minha rigidez e falta de paciência, se houve pessoa que nunca duvidou e sempre me auxiliou foi Ele.

A ti, Ana Sofia Fragata, obrigada por seres muito mais que uma companheira nesta jornada, obrigada por seres uma irmã para o resto da vida.

Por fim, e não menos importante, agradeço àqueles que mesmo longe da vista, estarão sempre perto do coração, pois onde quer que estejam, certamente estarão orgulhosos de todo o percurso. Aos meus Avós e à minha Madrinha, por mesmo lá do alto nunca me deixarem cair e por me transportarem sempre nos seus braços.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra estiveram presentes neste percurso, obrigado por me ajudarem a evoluir e a atingir sempre mais e mais objetivos.

RESUMO

“Traços disfuncionais da personalidade, *distress* e ideação suicida em indivíduos adultos da comunidade e estudantes universitários”

O objetivo desta investigação foi testar um modelo de previsão da suicidalidade, no qual os traços disfuncionais da personalidade definidos por Sidney Blatt – necessidade e auto-criticismo – predizem a ideação suicida quando se controla o *distress*. Foram realizados dois estudos com amostras não clínicas. O primeiro foi transversal e envolveu uma amostra de 202 indivíduos adultos da comunidade, enquanto o segundo foi longitudinal e compreendeu uma amostra de 207 estudantes universitários. Os resultados do estudo 1 demonstraram que o auto-criticismo, mas não a necessidade, se associou à ideação suicida e, interagiu com o *distress*. Os resultados do estudo 2 foram semelhantes, confirmando os resultados do estudo 1. Alterações no auto-criticismo previam alterações na ideação suicida após se controlar estatisticamente alterações no *distress*. A interação entre alterações no auto-criticismo e no *distress* previram alterações na ideação suicida e alterações na interação entre auto-criticismo e necessidade tenderam a prever alterações na ideação suicida.

Palavras-chave: Traços disfuncionais da personalidade; Distress; Ideação suicida; Moderação; Estudo transversal; Estudo longitudinal

ABSTRACT

“Dysfunctional personality traits, *distress* and suicidal ideation in community individuals adults and university students”

The aim of this research was to test a suicide prediction model in which the dysfunctional personality traits defined by Sidney Blatt - neediness and self-criticism - predict suicidal ideation when controlling distress. Two studies with non-clinical samples were performed. The first was transversal and involved a sample of 202 adult individuals from the community, while the second study was cross-sectional and comprised a sample of 207 university students. The results of study 1 demonstrated that self-criticism, but not need, was associated with suicidal ideation and interacted with distress. The results of study 2 were similar, confirming the results of study 1. Changes in self-criticism predicted changes in suicidal ideation after statistically controlling for distress. The interaction between changes in self-criticism and distress predicted changes in suicidal ideation and changes in the interaction between self-criticism and neediness tended to predict changes in suicidal ideation.

Key-words: Dysfunctional personality traits; *Distress*; Suicidal ideation; Moderation; Cross-sectional study; Longitudinal study

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Capítulo 1 – O risco suicidário	3
1.1. Epidemiologia do suicídio	3
1.2. O espectro da suicidalidade e a ideação suicida	4
1.3. O risco de suicídio: variáveis internas e externas	7
Capítulo 2 – <i>Distress</i> e risco de suicídio	10
2.1. A noção de <i>distress</i>	10
2.2. <i>Distress</i> e ideação suicida	12
Capítulo 3 – A conceptualização de Sidney Blatt sobre o funcionamento da personalidade	14
3.1. As duas dimensões de personalidade	14
3.2. Traços disfuncionais da personalidade, depressão e <i>distress</i>	16
3.3. Traços disfuncionais da personalidade e suicidalidade	18
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	22
Capítulo 4 – Objetivos e Hipóteses de investigação	22
Capítulo 5 – Metodologia	25
5.1. Participantes e procedimentos	25
5.2. Instrumentos de medida	27
5.3. Metodologia de análise de dados	31
Capítulo 6 – Resultados	34
6.1. Estudo 1	34
6.1.1. Análise preliminar	34
6.1.2. Análise de regressão múltipla hierárquica.....	34
6.2. Estudo 2	35
6.2.1. Análise preliminar	35
6.2.2. Análise de regressão múltipla hierárquica.....	38
Capítulo 7 – Discussão	41
7.1. Limitações e estudos futuros	45
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

ANEXOS	68
Anexo A – Questionário de Experiências Depressivas (QED)	69
Anexo B – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	74
Anexo C – Questionário de Ideação Suicida (QIS)	76

INTRODUÇÃO

Os comportamentos autolesivos e os atos suicidas constituem-se como um grave problema de saúde pública. De acordo com a World Health Organization (WHO) (2017), cerca de 800.000 pessoas suicidam-se a cada ano, sendo que a cada suicídio consumado podem associar-se até 20 tentativas que não foram consumadas (Eurostat, 2013). Aquilo que se estima segundo a OMS é que em 2020, possa haver cerca de um milhão e meio de suicídios por ano.

O conceito de suicidalidade (e.g., Anestis, Tull, Bagge & Gratz, 2012; Cordovil, Crujo, & Guerreiro, 2009; Corona et al., 2013; Gassmann-Mayer et al., 2011; Moreira, 2009; Saraiva, 2010), foi definido como um espectro ou um *continuum* que envolve desde a ideação suicida – ativa ou passiva – passando pelo(s) plano(s) suicida(s), tentativa(s) concretizada(s) e/ou interrompida(s), até ao suicídio efetivo. A ideação suicida é por si só um importante preditor das tentativas e do suicídio (Brown et al., 2000; Moscicki, 1997; Prieto & Tavares, 2005; Wetzel et al., 2011).

Não obstante, o fenómeno da suicidalidade é complexo e universal, não atingindo uma faixa etária, cultura ou classe social específicas, e, tendo uma etiologia multifatorial (e.g., Borges & Werlang, 2006; Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarrodo, & Marín-León, 2005; Werlang, Borges, & Fensterseifer 2005). Depende, pois, de uma variedade de fatores, quer internos, como é o caso da personalidade e do *distress*, quer externos, como é o caso dos acontecimentos de vida negativos (e.g., Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013), pelo que a sua prevenção deve basear-se na investigação acerca dos fatores predisponentes.

Neste trabalho será estudado o *distress* considerado um “equivalente” da psicopatologia em grupos não clínicos, e como uma variável que pode contribuir para o risco suicidário e, para a ideação suicida (e.g., Lund, Nadorff, Winer, & Seader, 2016; Kim et al., 2015).

Por outro lado, os traços disfuncionais da personalidade, necessidade e auto-criticismo, propostos por Blatt (1990, 2008), associados aos estilos de personalidade anaclítico e introjetivo, respetivamente, têm sido considerados fatores de vulnerabilidade para o risco de suicídio (Blatt, 2008; Campos, Besser & Blatt, 2013; Campos, Besser, Abreu, Parreira & Blatt, 2014; Faaza & Page, 2003; Klomek et al., 2008). O modelo de Blatt servirá de enquadramento teórico a este trabalho.

A presença de traços marcados quer do tipo introjetivo, quer do tipo anaclítico, pode implicar formas disfuncionais de adaptação (Besser & Priel, 2003, 2005, 2010, 2011; Blatt, 2008; Blatt & Zuroff, 1992), pelo que se pode pensar que os traços

disfuncionais da personalidade poderão moderar a relação entre *distress* e ideação suicida, dado que se pode pensar que implicarão formas menos adaptadas de lidar com o *distress*.

A presente investigação visa estudar o poder preditivo do *distress* e dos traços disfuncionais da personalidade no risco de suicídio, avaliado através da ideação suicida, bem como o efeito moderador dos traços disfuncionais da personalidade – necessidade e auto-criticismo – na relação entre *distress* e ideação suicida. Serão apresentados dois estudos, um de cariz transversal (N = 202) e outro longitudinal (N = 207). No primeiro participou uma amostra de indivíduos da comunidade e, no segundo, uma amostra de estudantes da Universidade de Évora. Neste último estudo os dados foram recolhidos em dois momentos, com um intervalo de aproximadamente cinco meses.

Esta dissertação é constituída por duas partes. A primeira descreve o enquadramento teórico e será composta por três capítulos, começando com uma perspetiva acerca do suicídio e mais especificamente acerca da ideação suicida, posteriormente será discutido o conceito de *distress* e a sua relação com o risco suicidário e, por fim, apresentar-se-á a concetualização de Sydney Blatt sobre o funcionamento da personalidade, discutindo-se igualmente a relação entre os traços disfuncionais da personalidade propostos por este autor com o *distress* e com a suicidalidade. Na segunda parte da dissertação será apresentado o estudo empírico, descrevendo-se em primeiro lugar os objetivos e as hipóteses de investigação, de seguida a metodologia (onde se apresentam os instrumentos de medida, os participantes e os procedimentos adotados), posteriormente apresentar-se-ão os resultados e, por fim, a discussão dos resultados obtidos. O estudo termina com uma conclusão geral e com as referências bibliográficas citadas na dissertação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 – O risco suicidário

1.1. Epidemiologia do suicídio

O conceito de suicídio alude a um ato intencional de atentar contra a própria vida, com o desejo final de morrer (Nock, Borges, Bromet, Alonso, Angermeyer, Beautrais, & Williams, 2008). Resulta de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo, em que o indivíduo causador desta destruição tem plena consciência, conhecimento e expectativa de um determinado resultado fatal (WHO, 2016).

Todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pelo próprio indivíduo (Durkheim, 1897; citado por Saraiva, 2010), conhecendo este o seu efeito letal, é considerado como sendo suicídio (Roths, 2006).

No entanto, os comportamentos suicidários não se limitam à morte por suicídio, englobando um espectro alargado e heterogêneo de pensamentos e comportamentos que apontam potencialmente para a morte, mas que se aproximam dela em diferentes graus. Assim, conceitos como ideação suicida, ameaças e gestos suicidas, autolesões, tentativas de suicídio de baixa letalidade, tentativas de suicídio interrompidas ou quase fatais e suicídio consumado são alguns dos conceitos utilizados vulgarmente para descrever diferentes manifestações do comportamento suicidário (Bursztein & Apter, 2009).

O suicídio figura entre as três principais causas de morte em todo o mundo, considerando-se como o segundo maior problema de saúde pública a nível global (WHO, 2016), com tendência exacerbada na entrada da vida adulta (Botega et al., 2005; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler, & Lee, 2008). Atualmente, 800 mil pessoas suicidam-se a cada ano, daí ser considerada a principal causa de disfunção na faixa etária compreendida entre os 15 e os 29 anos (WHO, 2016).

De momento, o suicídio representa 1,4% do total de mortes em todo o mundo e estima-se que em 2020 essa taxa seja de aproximadamente 2,4%. Do total de suicídios registados, 75% ocorre nos países de baixo e médio rendimento *per capita*. A ingestão de pesticidas, o enforcamento e o uso de armas de fogo, encontram-se entre os métodos mais frequentes, correspondendo a 30% dos suicídios, sendo que o suicídio tende a perpetuar-se no seio familiar. Homens com idades superiores a 85 anos são os que têm maior risco suicidário, ainda que existam outros grupos estimados na categoria de risco, que incluem indivíduos com idades acima dos 65 anos com presença de alguma limitação física ou psiquiátrica (WHO, 2016).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2011), a taxa de suicídio por 100 mil habitantes tem variado entre 5,3 em 1999, 11,7 em 2002, 11,5 em 2004, 9,8 em 2008 e 9,6 em 2011. De ressaltar ainda que no ano de 2003, em Portugal, a taxa de suicídio teve valores elevados para ambos os géneros, masculino (61.0 por 100 mil habitantes) e feminino (11.1 por 100 mil habitantes), na faixa etária de 75 ou mais anos de idade. Dados revelados pelo Eurostat (2016), relativos ao ano de 2013, referem que a taxa média de suicídios foi de 11,7 por 100 mil habitantes nos países integrantes da União Europeia. No seguimento, no ano de 2014, a taxa de suicídio foi de 8,9 por 100 mil habitantes. Em Portugal esbatem-se ainda as diferenças entre Norte e Sul, mas continua a ser a região Norte a que possui menor taxa padronizada, sobretudo nos homens. A taxa padronizada mais elevada para os homens regista-se na região do Algarve (20,7), enquanto para as mulheres a taxa mais elevada é de 6,8 no Alentejo. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2015), a taxa de suicídio por 100 mil habitantes em 2015 foi de 13,6 para o género masculino e de 3,6 para o género feminino.

Podem entender-se os comportamentos autolesivos e os atos suicidas como um fenómeno humano complexo (Overholser, Braden, & Dieter, 2012), responsável por uma morte a cada 40 segundos em todo o mundo (Vidal et al., 2013). O risco de suicídio aumenta com o número de tentativas, o que também se pode associar a intervalos de tempo menores entre essas mesmas tentativas. De acordo com a OMS (2016), *“para cada suicídio, há muito mais pessoas que tentam a cada ano. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral”*.

Saraiva (2010), fazendo alusão à comunidade portuguesa, delimitou o seguinte perfil relativo a um homem suicida: idade superior a 50 anos, desempregado ou reformado, com poucos recursos económicos e nível de instrução baixo. No que concerne a habilidades sociais, é uma pessoa isolada, que vive na sua grande maioria, na região sul, compreendendo a zona de Lisboa, Alentejo ou Algarve. As suas crenças religiosas mostram-se inexistentes, há uma possibilidade de antecedentes psiquiátricos ou uma doença crónica incapacitante. Existe também um elevado nível de comorbilidade com uma perturbação da personalidade ou ingestão de bebidas alcoólicas, estando igualmente presentes indicadores de ideação suicida, tentativas de suicídio ou em casos mais extremos, de terminar com a própria vida através de métodos mais puxantes.

1.2. O espectro da suicidalidade e a ideação suicida

A suicidalidade pode definir-se como um espectro que engloba o ato de colocar fim à própria vida, a tentativa e pensamentos acerca do suicídio (Gvion & Apter, 2012;

Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007). Não havendo um termo que seja globalmente aceite, entende-se por suicidalidade, um contínuo entre a ideação suicida – pensamentos ou ideias acerca do suicídio – e o suicídio consumado, sendo que este último abrange também o plano, as tentativas interrompidas e as tentativas consumadas (Barrios, Everett, Simon, & Brener, 2000; Gassman-Mayer et al., 2011).

O suicídio é normalmente encarado pelo suicida como uma solução viável para os seus problemas ou como a única forma de pôr fim ao sofrimento. No entender de Shneidman (1984) o que um indivíduo suicida procura verdadeiramente não é a sua morte ou autodestruição, mas sim uma cessação completa da sua consciência. Isto é, o suicídio será melhor compreendido como um movimento de fuga a um estado de sofrimento insuportável, do que como um movimento em direção à morte. O autor salienta ainda que não é necessariamente anormal pensar no suicídio a menos que este seja encarado como a única solução possível. É importante ter a noção de que todos os pensamentos ou comportamentos suicidários, quer sejam gestos ou tentativas, devem ser levados a sério, pois traduzem sempre sofrimento e necessidade de ajuda. O suicídio é assim o resultado final da confluência de um máximo de dor (frustração pela não satisfação das necessidades básicas psicológicas), um máximo de perturbação e um máximo de pressão (fatores internos e externos), levando o sujeito a autodesvalorizar-se, sentindo-se isolado e desesperado (Saraiva, 2006).

Um componente essencial para a distinção entre os vários tipos de comportamentos suicidários é o conceito de intenção suicida, que se relaciona com o propósito do comportamento e implica um desejo consciente de morrer por parte do indivíduo, ou de pôr fim à vida. É necessário fazer a distinção entre ideação suicida e intenção suicida. Embora ambos os conceitos possam remeter para cognições, as ideias possuem uma natureza puramente cognitiva, enquanto a intenção possui também uma componente emocional bem como um maior grau de envolvimento mental. De notar que o nível de intenção suicida de um indivíduo pode mudar rapidamente e sem grandes sinais de aviso (Silverman et al., 2007a).

A ideação suicida é uma representação mental e constitui um indicador de risco para a realização de uma tentativa de suicídio (Botega et al., 2005; Prieto & Tavares, 2005; Reynolds, 1991). A ideação, abarca atitudes ou planos do indivíduo com o intuito de se matar (Borges & Werlang, 2006), podendo ou não estar associada a intenção suicida. A razão pela qual se pode afirmar que o suicídio começa com a ideação suicida, progride para as tentativas de suicídio e, termina no suicídio consumado, é o facto da ideação suicida e da comunicação aos outros da intenção de suicídio, aparecer frequentemente, antes dos atos dirigidos para acabar com a própria vida (Cole, Protinsky, & Cross, 1992).

Neste seguimento vem o plano suicida - quanto mais detalhado, maior o risco - que possui um risco imediato associado, pois integra, de antemão, o método escolhido, a especificação da ocasião, o local e a preparação individual para o término. Entenda-se por preparação individual, por exemplo, as cartas ou bilhetes endereçados aos familiares ou amigos ou a distribuição dos bens em testamentos (Fremouw, Perczel, & Ellis, 1990; citado por Rodrigues, 2009).

Por sua vez, a tentativa de suicídio associa-se a um mecanismo autodestrutivo não fatal, isto é, em que o indivíduo não consegue alcançar o seu objetivo: a morte. É um tipo de comportamento em que a intenção de morrer está patente, o quanto baste (Matias & Santos, 2014), devendo o mesmo constituir um importante sinal de alerta para o suicídio (Rapeli & Botega, 2005).

Por fim, o suicídio consumado integra inúmeros fatores precipitantes que predis põem os indivíduos a terminar com a vida (Macleod et al., 1998), como por exemplo, fatores genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Estes fatores serão abordados nas secções seguintes.

Como se disse, a ideação suicida é considerada um bom indicador de risco, daí merecer destaque neste estudo. Existem variáveis que isoladamente ou em conjunto potenciam estes pensamentos mais ou menos invasivos em relação ao suicídio. Vários estudos empíricos têm associado a intensidade dos pensamentos suicidas com o risco de suicídio (Brown et al., 2000; Garlow et al., 2008; Moscicki, 1997), evidenciando-se um risco acrescido em indivíduos que experimentam ideação suicida (Brezo, Paris, Tremblay, Vitaro, Hérbet, & Turecki, 2007).

A ideação suicida, é interpretada como o primeiro marcador de risco para futuros comportamentos suicidas, variando a sua gravidade com a especificidade de um eventual plano suicida e o grau de intencionalidade (APA, 2012; Jacobs et al., 2010). Entenda-se então a ideação suicida como os desejos, as atitudes e os planos de ação (ativos ou passivos) de um indivíduo com a finalidade de colocar termo à vida. Varia num contínuo que compreende desde a ideação passiva, caracterizada pela presença de pensamentos ligeiros sobre a morte, pensamentos que ocorrem esporadicamente e sem risco considerável, e vão até à ideação ativa que é determinada por pensamentos persistentes e recorrentes acerca da morte e em que a pessoa deseja totalmente atingir a mesma (Wilburn & Smith, 2005).

Todavia, a ideação suicida pode ser comum na adolescência e na entrada da vida adulta, pois essa fase é pautada por vivências intensas ao nível dos relacionamentos e da auto-definição, não tendo um cariz patológico, mas sendo uma característica desta fase de desenvolvimento. Começa a desenvolver-se um

pensamento mais elaborado, questionando-se sobre si próprio e sobre o que o rodeia (Borges, 2006). Carlson e Cantwell (1982) comentaram que a frequência e a intensidade da ideação suicida aumentam com a idade cronológica, principalmente depois da puberdade.

No entanto, os pedidos de ajuda, bem como os sentimentos de angústia, disfarçam-se algumas vezes de comportamentos de enfrentamento e atitudes mais bruscas (e.g., ideação suicida e tentativas de suicídio), passando a noção de uma força interior que, na verdade não existe (Werlang & Oliveira, 2006).

Tem sido demonstrado que quanto mais severa e persistente for a ideação suicida, maior é a probabilidade de existir uma evolução para o suicídio ou tentativa de suicídio. De igual modo, a presença de ideação suicida intensa aumenta o risco de recidiva do comportamento suicidário após uma tentativa de suicídio (Lewinsohn et al., 1996).

No que concerne às diferenças de gênero, as mulheres apresentam mais ideação suicida (Mann et al., 1999) e elevados indicadores de depressão, o que leva a maiores níveis de ideação e, conseqüentemente, de tentativas de suicídio (Allison, Roeger, Martin, & Keeves, 2001). Tal como será abordado mais à frente, a depressão é um importante fator de manutenção de ideação suicida (Kumar & Steer, 1995; Stewart et al., 1999), na medida em que as pessoas com esta sintomatologia expressam frequentemente o seu desejo de morrer por possuírem expectativas negativas em relação ao seu futuro, tornando o suicídio como a única solução para o término do sofrimento (Borges, 2006).

1.3. O risco de suicídio: variáveis internas e externas

O suicídio é variável em função de cada indivíduo que o experiencia, sendo que os fatores distais e proximais, biológicos e psicossociais, internos e contextuais, se combinam e interagem como preditores (Orbach, 1997).

Pode procurar compreender-se e identificar as características comuns de quem morre por suicídio (Shneidman, 1994). No entanto, a previsão de morte por suicídio permanece intrincada, uma vez que os comportamentos suicidários são multifatoriais (Hawton & van Heeringen, 2009), não se podendo atribuir o suicídio a uma única variável, nem mesmo a um conjunto limitado de variáveis. Não é um ato que possa ser avaliado isoladamente, mas sim a consequência limite de um processo. Depende, pois, de uma variedade de fatores, quer a nível interno (e.g., personalidade), quer externo (e.g., acontecimentos de vida negativos) (Campos, Sobrinho, & Mesquita, 2013).

Os comportamentos suicidários são desta forma multideterminados, ou seja, relacionam-se com uma variedade de fatores que os potenciam, mas também de outros fatores que se revelam protetores, pois podem minimizá-los. Este balanceamento é complexo e variável ao longo do tempo (Farberow, 1997; Woodhead, Cronkite, Moos, & Timko, 2014).

As variáveis psicológicas são aquelas que têm sido mais exploradas enquanto fatores de risco, permitindo que a cada estudo se aumente o leque de compreensão acerca da forma e da intensidade da influência que elas possuem no risco de suicídio. Daí que de entre os modelos psicológicos mais conhecidos se possa destacar o modelo cognitivo de Beck (1967) onde se postula que as principais causas para o suicídio são as crenças irracionais que os sujeitos adquirem sobre si, sobre os outros e sobre o mundo em geral, ou seja, a rigidez cognitiva leva o indivíduo a não ser capaz de utilizar mecanismos de *coping* adaptativos. A perspectiva psicodinâmica de Blatt (2004) diz-nos, por outro lado, que indivíduos autocríticos e/ou dependentes são vulneráveis ao *distress* e à depressão sob influência de acontecimentos disruptivos do meio, aumentando por sua vez a exposição ao risco de suicídio.

No entanto, mais recentemente o modelo motivacional e volitivo integrado de Nock e O'Connor (2014) veio acrescentar que os fatores psicológicos não atuam isoladamente, pelo que se torna fundamental identificar as suas relações com os fatores contextuais, bem como entender a forma como se passa da ideação suicida ao comportamento suicida consumado.

Existem ainda outros modelos que consideram o *stress* (*diathesis models*) ou a vulnerabilidade ao mesmo como um fator importante para o suicídio. Os modelos que fazem referência ao *stress* tanto podem sustentar-se de uma perspectiva cognitiva (Williams & Pollock, 2001), clínica (Mann, Watermanx, Haas, & Malone, 1999), ou neurobiológica (Jollant, Lawrence, Giampetro, Brammer, Fullana, Drapier, & Courtet, 2008), sendo que todas consideram que o risco suicidário envolve uma interação entre uma vulnerabilidade individual com outro tipo de variáveis, como é o caso de variáveis psicológicas, psicopatológicas, ou até neurobiológicas. Em determinados indivíduos vulneráveis os acontecimentos de vida são demasiadamente intensos e desorganizadores para o sujeito que os experiencia, não tendo esta capacidade para lidar com eles, precipitando desta feita os comportamentos suicidas (Cavanagh, Owens, & Johnstone 1999).

Desde há várias décadas a esta parte, que alguns estudos têm relacionado significativamente o risco suicidário com variáveis sociodemográficas (e.g., Hawton & van Heeringen, 2009). Dentro destas últimas, podemos encontrar a variável idade, em que os indivíduos de idade mais avançada se encontram com maior risco (e.g., Borges,

Angst, Nock, Ruscio, & Kessler, 2006; Lau, Morse, & Macfarlane, 2010); a variável gênero, apresentando os homens maior risco de suicídio (e.g., Merz et al., 2015) e sendo as mulheres mais propensas a tentativas de suicídio (e.g., Farberow, 1997; Moscicki, 2001; Nock et al., 2008); no que concerne à variável estado civil, os indivíduos que vivem sozinhos são também apontados por apresentarem maior risco (e.g., Kposowa, 2002; Luoma, Martin, & Pearson, 2002); e, por fim, o desemprego e, conseqüentemente, o baixo nível socioeconômico (e.g., Beautrais, Joyce, & Mulder, 1998; Koskinen et al., 2002).

Também se deve considerar ainda o consumo de álcool ou drogas, pois é um fator de risco que deve ser considerado pelos prejuízos que acarreta (e.g. Miller, Mahler, & Gold, 1991; Pompili et al., 2010). Igualmente, as variáveis genéticas podem ser um agente potenciador de alguma predisposição para a ocorrência de suicídio (Ernst, Mechawar, & Turecki 2009; Mann, Brent, & Arango, 2001).

Contudo, não nos podemos restringir às variáveis sociodemográficas e biológicas, pois embora sejam bons indicadores de risco, também as variáveis psicológicas se revelam essenciais aquando da compreensão do fenómeno suicidário (Brown et al., 2000). São exemplos deste último tipo de variável, a desesperança (Brown et al., 2000), a dor psicológica ou *psychache* que se caracteriza por ser uma dor psíquica mais profunda e primordial (Shneidman, 1996) e o *distress* (Joiner et al., 2005; Lester, 2000; Rihmer, 2007; Thomson, 2012).

De entre os fatores de risco mais comuns, que se catalogam por serem potenciais preditores de risco para o suicídio, destacam-se ainda, os relacionamentos disfuncionais precoces caracterizados pela rejeição parental (e.g., Campos, Besser, & Blatt, 2013), a falta de suporte social, que em grande parte estão ligados a disfuncionalidades familiares (Smith, Mercy, & Conn, 1988; Garber, Little, Hilsman, & Weaver, 1998; Beautrais, Collings, Ehrhardt, & Henare, 2005), os traços de personalidade, como por exemplo, a dependência e o auto-criticismo (e.g., Blatt, 2008; Campos et al., 2012; Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014; Fazaá & Page, 2003), e ainda a psicopatologia, em especial, a depressão (e.g., Campos et al., 2012, 2013; Lamis et al., 2010).

Pode ainda destacar-se o historial psiquiátrico do indivíduo, as tentativas de suicídio anteriores (e.g., Anupama, & Babool 2014) e a incapacidade para lidar com experiências adversas (e.g., Alexander, Haugland, & Ashenden, 2009).

Capítulo 2 – *Distress* e risco de suicídio

2.1. A noção de *distress*

O *Self* é entendido como um conjunto de representações que um indivíduo possui sobre si mesmo, sendo uma estrutura cognitiva possibilitadora de uma autorreflexão ao longo dos processos maturativos. Um *Self* coerente é importante para um sentimento de bem-estar por parte do indivíduo (Deci & Ryan, 2000; Kohut, 1977; Rogers, 1957). Este *Self* pode ser entendido como agente de regulação de necessidades psicológicas do indivíduo (Epstein, 1993; Greenberg, 2004, citado por Vasco, 2009a). Estas necessidades são essenciais e universais, na medida em que constituem os nutrientes sem os quais a vida psicológica deixa de ser possível (Conceição & Vasco, 2005). Não é possível dissociar as necessidades psicológicas do conceito de *Self*, uma vez que aquelas fazem parte integrante desta instância que é o *Self* (Conceição & Vasco, 2005).

Diversos estudos ao longo dos anos têm vindo a frisar o caráter dialético das necessidades psicológicas (e.g., Blatt, 2008; Deci & Ryan, 2000). O que foi durante muitos anos observado como necessidades opostas ou inconciliáveis são agora observadas como complementares entre si. Deci e Ryan (2000) referem que as necessidades de relacionamento e autonomia apenas se estabelecem como incompatíveis quando o contexto social assim o determina, sublinhando que o desenvolvimento saudável envolve os dois tipos de necessidades em conjunto.

Segundo Blatt (2008), um *Self* mais diferenciado, consistente e integrado resulta de um “balanceamento” dialético, com níveis mais elevados de definição do *Self* a possibilitarem níveis mais elevados de relacionamento interpessoal e vice-versa, isto é, em que níveis mais consistentes de relacionamento facilitam também o desenvolvimento de um sentido do *Self* como coeso e organizado.

Ainda que nem sempre seja o mais adequado, o termo “qualidade de vida” é apontado inúmeras vezes como sinónimo de um estado de saúde (Schuttinga, 1995). Porém, este último encontra-se mais relacionado com o funcionamento físico do indivíduo, ao passo que a noção de qualidade de vida está mais relacionada com a saúde mental. A qualidade de vida é um conceito subjetivo e particular a cada indivíduo, referindo-se a percepções que envolvem aspetos culturais, valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações do contexto atual e individual (Seidl & Zannon, 2004). O vocábulo “qualidade de vida” engloba o bem-estar psicológico, ainda que este último, embora exerça forte influência sobre as condições de saúde, não se revela como condição suficiente para garantir a ausência de sintomas como a ansiedade e

depressão, que são componentes do *distress* (Salama-Younes et al., 2009; Winefield et al., 2012).

Ao conceber o bem-estar numa perspetiva mais abrangente, como o resultado de um conjunto de processos cognitivos, afetivos e emocionais, o modelo proposto por Ryff (1989) permite descrever amplas dimensões da vivência psicológica subjetiva, nomeadamente no que diz respeito à relação da pessoa consigo própria e com a vida no presente e no passado, a capacidade para definir e orientar a vida em função de objetivos significativos para si e, a natureza e qualidade da relação com o meio intersubjetivo e social (Novo, 2003).

Inversamente, pode conceber-se o *distress* como um mal-estar psicológico que pode ser explicado à luz de diversos modelos quanto à sua etiologia (e.g., Nelson & Simmons, 2003). A incapacidade de superar experiências stressantes que desgastam o indivíduo, levando a uma rutura do bem-estar individual, constitui o *distress*. O *distress* pode considerar-se como multidimensional, pela multiplicidade de acontecimentos que o podem desencadear. Estes acontecimentos são percebidos pelo indivíduo como uma ameaça, visando uma resposta adaptativa (Sparrenberger, Santos, & Lima, 2003).

O *distress* refere-se ao resultado de situações e experiências pessoais consideradas como sendo desagradáveis e com prováveis consequências desgastantes para o indivíduo (Custódio, 2010). Considera-se, pois, como associado a uma não regulação da satisfação das necessidades que se expressa em dificuldades de adaptação que acarretam prejuízos para o bem-estar do indivíduo. Ao falar de necessidades psicológicas, fala-se dos agentes que participam no funcionamento adaptativo dos seres humanos, responsáveis pela construção do bem-estar psicológico aquando da regulação da satisfação (Connor & Rueter, 2006).

Deste ponto de vista, a regulação da satisfação das necessidades identifica-se como um preditor no desenvolvimento e caracterização do *distress* (Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, & Battaglini, 1998). A saúde mental não se define apenas pela ausência de sintomatologia ou perturbação psicológica (conjunto organizado de sintomas que preenchem critérios clínicos), mas sim pelo grau com que as dimensões de bem-estar e *distress* se manifestam (Drapeau, Marchand, & Beaulieu-Prévost, 2011).

Note-se ainda que a experiência de *distress* psicológico não exclui a experiência de bem-estar psicológico (Ryff & Keyes, 1995). Verifica-se que níveis elevados e prolongados de *distress* contribuem para vulnerabilizar os sujeitos à perturbação, sobretudo se a experiência de bem-estar for reduzida; quando não há um equilíbrio de ambas as dimensões. O grau e o modo como o *distress* é experienciado, pode ser evidente pelo grau de disfuncionalidade apresentado (Westerhof & Keyes, 2010).

Contudo, parece haver consenso no que se refere ao facto do *distress* ser um estado emocional de desconforto único, temporário ou permanente (Drapeau et al., 2011). O *distress* tem sido considerado como um sinal de perturbação emocional que pode ter impacto no funcionamento social do indivíduo, bem como no seu quotidiano.

2.2. *Distress* e ideação suicida

O *distress* encontra-se relacionado com a ideação suicida e com o suicídio (Lund, Nadorff, Winer, & Seader, 2015; Overholser et al., 2012). A maioria das pessoas que morrem por suicídio, anteriormente apresentavam algum tipo de sofrimento significativo (Overholser, Braden, & Dieter, 2012). É importante notar que fatores como o *distress* podem prever a ideação suicida em alguns indivíduos, mas não noutros, e que tais fatores podem ser relevantes apenas quando ocorrem em combinação com *stressores* particulares (Jacobs et al., 2010).

De considerar que alguns autores se têm focado na psicopatologia geral ou, no *distress* em particular, por ser um fator explicativo do risco de suicídio (e.g., Bertolote, & Fleischmann, 2002; Brown et al., 2000; Campos et al., 2012; Lester, 2000).

A grande maioria dos sujeitos com ideação suicida, apresentam sintomatologia psicopatológica, e a maioria dos que tentam suicídio apresentam perturbações psiquiátricas graves (Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz, & Caine, 2001; Overholser et al., 2012). Alguns autores têm até afirmado que mais de 90% dos suicidas tinham sido diagnosticados anteriormente com uma perturbação psiquiátrica (e.g. Bertolote, & Fleischmann, 2002; Hawton, & van Heeringen, 2009; Jacobs et al., 2010), sendo o suicídio uma complicação dessa mesma perturbação (Mann, 2002).

Ainda que haja uma relação entre psicopatologia, *distress* e risco de suicídio, existem outros fatores que, necessariamente, se associam ao risco, uma vez que a maioria dos indivíduos com perturbação nunca cometerá suicídio e outros, cometerão suicídio sem nunca terem referenciado nenhum tipo de perturbação (Overholser et al., 2012). Como tal, torna-se importante investigar outras variáveis que potencializam a relação entre *distress* e ideação suicida (Overholser et al, 2012; Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli, & Girardi, 2008). Embora o *distress* possa por si mesmo ser importante (Bertolote, e Fleischmann, 2002; Jacobs et al, 2010), é insuficiente para compreender e explicar a elevada percentagem da variação na ideação suicida.

Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli e Girardi (2008), referem que a grande maioria dos doentes com perturbações psiquiátricas, mesmo quando sujeitos a situações extremas de *stress* não comete suicídio, pelo que, embora o suicídio seja

muito prevalente nesta população, não pode ser considerado como um sintoma de perturbação psiquiátrica, mas sim como um comportamento anómalo.

A depressão, por exemplo, largamente associada ao risco de suicídio, diretamente ou mediada por outras variáveis como a dor psicológica ou outras variáveis psicossociais, quando é avaliada em populações não clínicas, não prevê diretamente a suicidalidade (Campos et al., 2016). O que levou Campos e colaboradores (2016) a considerarem que embora a ocorrência de perturbação seja comum entre os suicidas, sendo aliás uma evidência empírica largamente documentada, não permite concluir que na base dos comportamentos suicidas esteja necessariamente uma psicopatologia ou perturbação psiquiátrica.

A comorbidade entre a depressão e a ideação suicida pode também potenciar o risco de suicídio, daí que vários autores refiram que alguns sintomas da depressão como a insónia, problemas de memória, anedonia e desesperança, quando associados com a dependência ou abuso de álcool, por exemplo, potenciam o risco de suicídio (e.g. Darvishi, Farhadi, Haghtalab, & Poorolajal, 2015; DeLeo, Bertolote, & Lester, 2003; Pompili et al, 2010).

O *distress*, incluindo a depressão, relaciona-se com o comportamento suicida (Kim et al., 2003), através de experiências perturbadas de retirada e isolamento social (e.g., Stravynski & Boyer, 2001). Aliás, sentimentos profundos de isolamento interpessoal e de perceção de que o próprio indivíduo é um fardo para os outros, podem culminar em comportamentos suicidas, havendo uma desconexão e isolamento, como formas de alienação social (Joiner, 2005).

Capítulo 3 – A conceptualização de Sidney Blatt sobre o funcionamento da personalidade

3.1. As duas dimensões de personalidade

Freud (1930, 1961; citado em Blatt, 2008) elaborou a distinção entre “o homem que é predominantemente erótico e dá a primeira preferência aos seus relacionamentos emocionais com outras pessoas” e “o homem narcisista que se inclina a ser autossuficiente e que procura as suas principais satisfações nos seus processos mentais internos”. Posteriormente, Sidney Blatt (2004) postulou que o desenvolvimento da personalidade implica uma integração e uma interação complexa entre duas dimensões psicológicas básicas: o estabelecimento de relacionamentos interpessoais mutuamente satisfatórios, maduros, estáveis e duradouros; e a construção de uma identidade, autodefinição ou sentido de *Self* consolidado, diferenciado, integrado e estável (Blatt, 1990, 1991, 2008; Blatt & Blass, 1996; Blatt & Shichman, 1983).

A evolução da personalidade implica uma integração sinérgica dos dois processos primários definidos anteriormente, essenciais ao bem-estar e funcionamento psicológico saudável (Besser, 2005; Besser & Priel, 2003, 2005, 2011; Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2013; Blatt, Shahar, & Zuroff, 2001; Campos, Besser, & Blatt, 2012, 2013). A individuação ou autodefinição e o relacionamento, evoluem de uma forma interativa, dialética, recíproca, balanceada e mutuamente facilitadora ao longo de todo o desenvolvimento (Guisinger & Blatt, 1994).

Shor e Sanville (1978, citado por Blatt, 2008) referem que o desenvolvimento da personalidade oscila entre a necessidade de relacionamento e uma incontornável separação, sendo o ritmo, o cume de oscilação e as transições entre estes dois eixos específicos para cada indivíduo, definindo o seu padrão pessoal de desenvolvimento e a sua história de vida.

Ainda que, hipoteticamente, se possa definir a “normalidade” como a integração das duas dimensões, os indivíduos podem colocar uma ênfase maior num dos processos de desenvolvimento, definindo-se dois estilos básicos de personalidade, anaclítico e introjetivo, consoante o relevo seja dado ao relacionamento ou à individualidade/autodefinição. No entanto, quando este processo é perturbado e é colocada uma ênfase excessiva numa das duas dimensões, resulta numa expressão de níveis elevados de dependência/necessidade ou de auto-criticismo, traços de personalidade marcados e disfuncionais (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992; Coyne & Whiffen, 1995; Quimette & Klein, 1993), que constituem vulnerabilidade à patologia,

nomeadamente depressiva, e um aumento do mal-estar psicológico (Blatt & Zuroff, 1992).

As características de personalidade dos indivíduos, determinam, ainda que parcialmente, a natureza do seu ambiente e, esse ambiente, por sua vez, afeta ou reforça as características do próprio (Blatt & Zuroff, 1992; Blatt, Cornell, & Eshkol, 1993). As dimensões do relacionamento e da autodefinição permitem delinear duas configurações básicas de personalidade, que têm subjacente diferentes estilos cognitivos, mecanismos de defesa e adaptação, características relacionais e representações objetais e do *Self* (Blatt, 2008; Blatt, Shahar, & Zuroff, 2001).

Esquemáticamente pode dizer-se que indivíduos anaclíticos são muito conscientes e influenciados pelo ambiente, centram-se nos sentimentos e nos afetos e sobre as implicações emocionais das situações. O seu interesse primordial é uma integração nas relações (Szumotalska, 1992). Porém, tem-se evidenciado que as qualidades deste tipo de personalidade estão relacionadas com uma capacidade de adaptação (Dunkley et al., 1997; Priel & Besser, 1999). São sensíveis a questões interpessoais, são passivos, dependentes, emocionalmente ingênuos e focados em sentimentos e nas experiências pessoais. Estes sujeitos buscam o apoio social, tendo medo do desamparo, da separação, da falta de controlo e da falta de suporte. Tendem a utilizar mecanismos de defesa evitantes como a negação ou a repressão. Caracterizam-se por serem mais inseguros (Blatt, 2008) e por possuírem um pensamento figurativo (Spiegel & Spiegel, 1978), focados no afeto e na imagem visual, não pensam de forma sequencial e dão grande ênfase às reconciliações e há integração de vários elementos numa unidade conjunta, ou seja, não têm uma análise crítica de cada elemento em separado (Szumotalska, 1992).

Indivíduos com traços muito marcados de dependência tiveram provavelmente figuras parentais com uma atitude inconsciente, de negligência, de abandono ou hiper-protetora, que pode gerar uma personalidade marcada por traços como a labilidade afetiva e preocupação com as relações e um vulnerabilidade à patologia, nomeadamente a vivenciar formas anaclíticas de depressão. Apresentam muitas vezes uma busca desesperada por um objeto substituto que possa proporcionar amor e colmatar sentimentos de frustração (Blatt, 2008).

Por outro lado, os indivíduos introjetivos tendem a determinar as suas experiências e decisões pela avaliação interna que realizam e não pelos eventos ambientais que observam. Perante situações de insucesso, os indivíduos culpabilizam-se e desvalorizam-se, podendo desenvolver uma depressão de tipo introjetivo, verificando-se a presença de comportamentos auto e hétero-agressivos (Blatt, 2008).

Estes indivíduos são descritos como literais (Blatt & Shichman, 1983; Spiegel & Spiegel, 1978), tendo um estilo cognitivo metucioso (Gardner, Jackson & Messick, 1960), uma vez que enfatizam as diferenças e os aspetos contraditórios das situações. As suas experiências e decisões são determinadas por uma avaliação interna, ao invés de um foco nos fatores externos (Witkin, 1965). Estes indivíduos caracterizam-se ainda por serem ruminativos, sendo que o seu “foco instintivo” é na a agressividade e a autoafirmação com o objetivo de alcançar autonomia, controlo, poder, prestígio.

Uma organização introjetiva da personalidade pode, quando rígida ser marcada por um perfeccionismo autocrítico. Estes indivíduos, para além de serem muito críticos de si próprios, colocam-se metas irrealistas e padrões rigorosos. Indivíduos com traços auto-críticos muito marcados são reservados, distantes, evitam relacionamentos íntimos devido a uma certa desconfiança dos outros, como consequência de relações de cuidado com progenitores críticos, exigentes, reprovadores e punitivos, que contribuíram para a construção de representações negativas do eu e dos outros. Utilizam mecanismos de defesa de tipo neutralizante (Blatt, 2008).

Os indivíduos com traços introjetivos valorizam as suas próprias ideias ou convicções e influenciam os demais a pensar da mesma forma que eles. No entanto, a podem ser críticos relativamente às ideias que os outros expressam (Blatt, 2008). Assim, a tendência é que estes sujeitos dominem as relações interpessoais devido à sua vontade exacerbada de ter o controlo das situações (Blatt, 2008). As relações que mantêm podem ser marcadas pela hostilidade, ao invés de prazerosas e por norma tendem a ser rejeitados, o que os torna hesitantes e receosos no estabelecimento das relações interpessoais (Blatt & Homann, 1992; Levy & Blatt, 1999).

3.2. Traços disfuncionais da personalidade, depressão e *distress*

Até meados do século passado, o vocábulo depressão era associado a uma entidade psiquiátrica ou psicopatológica concreta (Campos, 2016). Só posteriormente deixou de ser vista como uma entidade nosológica, para passar a ser olhada como um estado afetivo disfórico, variável não só em intensidade, como também em duração e adaptabilidade (Blatt & Levy, 1998). O estado depressivo pode tomar formas mais moderadas e circunstanciais no tempo, como resposta a acontecimentos de vida percebidos como negativos, ou expressar-se de formas mais graves, persistentes e fortemente desadaptativas (Campos, 2009).

O termo depressão, na escola psicanalítica tem sido utilizado para descrever um estágio de desenvolvimento (e.g., Winnicott, 1954) e para descrever reações a experiências de privação na infância e sentimentos de abandono e desamparo, bem

como uma vivência interna de culpa e desvalorização em resposta a um supereu severo e punitivo (Blatt, 2004; Blatt et al., 1976; Campos, 2009; Coelho, 2004; Coimbra de Matos, 2001).

Os dois tipos de experiências depressivas anaclíticas e introjetivas, no sentido descrito por Blatt (1976, 2004), não sendo mutuamente exclusivas, podem coexistir, constituindo aquilo que se designa de depressão mista, ainda que por norma tenda a prevalecer uma das dimensões em detrimento da outra (Campos, 2009).

Os indivíduos dependentes têm uma necessidade constante de verificar a disponibilidade dos outros gostarem e cuidarem de si, procurando atenção e tendendo a deprimir-se em situações de separação ou abandono (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992; Campos, 2000, 2009). A privação e negligência por parte de cuidadores é uma condição prévia para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva na adultez, pois o objeto é gratificado consoante a gratificação que dá ao sujeito (Blatt, 1974, 1995). Por outro lado, a vulnerabilidade à depressão relaciona-se também com a preocupação pela perda do afeto dos pais, devido à não aprovação, como resultado de não atingir as expectativas concebidas pelos pais (e.g. Blatt, 1995).

Por sua vez, a depressão introjetiva é caracterizada por auto-criticismo e por sentimentos de desvalorização, inferioridade, fracasso e culpa (Blatt, 1974, 2008; Klein, Harding, Taylor & Dickstein, 1988). Estes indivíduos criticam-se constantemente, receando a crítica por parte do objeto e a sua conseqüente desaprovação. Lutam excessivamente pelos seus objetivos e pela perfeição, regularmente conseguem alcançar aquilo a que se propõem, no entanto sem grande satisfação pessoal (Franche & Dobson, 1992). O envolvimento excessivo em múltiplas atividades pode ver-se como um mecanismo compensatório para combater os sentimentos de inferioridade e desvalorização. Todo este padrão se pode tornar traiçoeiro devido à culpabilização, o que os torna também vulneráveis ao suicídio (Blatt, 2008; Blatt, Shahar, Zuroff, 2001). Os indivíduos introjetivos são vulneráveis ao desenvolvimento de um autoconceito negativo que pode levar a depressão (Cox et al., 2009).

Diversas investigações têm mostrado a relevância que níveis elevados de dependência ou de auto-criticismo têm enquanto formas de vulnerabilidade para a depressão (Besser, Flett, & Davis, 2003; Besser & Priel, 2003; Campos, Besser, & Blatt, 2010).

Complementarmente, indivíduos dependentes ou autocríticos não só são vulneráveis à depressão, como também são vulneráveis ao *distress*, quando influenciados por acontecimentos disruptivos existentes no meio que os rodeia (e.g., Besser & Priel, 2003; Blatt, 2004; Campos, Besser, & Blatt, 2010, 2012, 2013).

Não só os traços disfuncionais podem conferir vulnerabilidade ao *distress* como eles mesmo podem dificultar a forma como os indivíduos lidam com esse mesmo *distress* quando ele ocorre, porque os indivíduos anaclíticos e introjetivos utilizam estratégias de *coping* pouco eficazes (e.g., Costa & McCrae, 1990). As estratégias de *coping* representam esforços comportamentais para lidar com eventos stressantes (Lazarus & Folkman, 1984). Entre outras coisas, pensa-se que o *coping* tenha efeitos de gestão de stress através de uma associação recíproca com uma regulação emocional aperfeiçoada.

O *distress*, tem por si só uma relação significativa com a ideação suicida (Lund, Nadorff, Winer, & Seader, 2015; Overholser et al., 2012), sendo que os traços disfuncionais da personalidade, poderão potencializar essa relação por se associarem a formas disfuncionais de adaptação (Besser & Priel, 2003, 2005, 2010, 2011; Blatt, 2008; Blatt & Zuroff, 1992). A forma como cada indivíduo experiencia e lida com o *distress* varia em função das suas características de personalidade. Se por um lado, os sujeitos que possuem traços introjetivos, expressam uma preocupação excessiva por não possuírem um ideal perfeito (Flett, Hewitt, Blankstein, & Gray, 1998), explicando o porquê do perfeccionismo gerar maior vulnerabilidade ao *distress* (Dunkley & Blankstein, 2000). Por outro lado, os indivíduos anaclíticos apresentam-se vulneráveis a experiências suicidas quando se deparam com experiências negativas (e.g., Akse et al., 2004; Blatt, 1990, 1991, 2008; Besser & Priel, 2003), devendo-se esta vulnerabilidade à suicidalidade a questão relacionadas com o exterior e não tanto com a sua definição enquanto sujeitos.

3.3. Traços disfuncionais da personalidade e suicidalidade

Quando se realiza uma revisão da literatura é possível constatar que a vinculação insegura, as representações objetais negativas, os traços de personalidade, a psicopatologia, os acontecimentos de vida, as estratégias de *coping* ou até mesmo os fatores contextuais e sociais, são fatores que representam uma vulnerabilidade acrescida e que predispõem os indivíduos a comportamentos suicidas (Campos, Besser & Blatt, 2012; 2013).

O perfeccionismo, associado ao auto-criticismo, tem sido associado à previsão de risco suicida (e.g., Morrison & O'Connor, 2008; O'Connor, 2007). Uma vinculação insegura pode desempenhar um papel de tipo autopunitivo, uma vez que está frequentemente ligada a uma avaliação do indivíduo de si mesmo através de padrões irrealistas. Associa-se um sentido negativo do Eu em relação aos outros, incluindo o sentimento de não ser amado (Blatt, 2004). Este sentido negativo de si depende em

muito da interrupção precoce dos relacionamentos com os cuidadores. Os indivíduos com níveis mais elevados de auto-criticismo tendem a lembrar-se dos seus pais como pessoas frias, o que aumenta a vulnerabilidade à depressão (Besser & Priel, 2005) e, conseqüentemente, ao risco suicidário, uma vez que experienciar depressão tem vindo a ser frequentemente considerado um fator de risco para o comportamento suicida (Fazza & Page, 2003), concluindo-se que indivíduos suicidas apresentam em muitos casos, sintomatologia depressiva (Davis, 1995; Hammen, 1992).

Geralmente, as tentativas de suicídio dos indivíduos introjetivos ocorrem após um *stressor* intrapsíquico, ao passo que as tentativas de suicídio dos indivíduos anaclíticos têm mais um propósito de comunicar o mal-estar (Blatt, Quinlan, Chevron et al., 1982; Fazaa & Page, 2003). Os indivíduos anaclíticos, tendem, na sua grande maioria, a certificar-se da possibilidade da tentativa não se tornar fatal, realizando tentativas de menor gravidade e com menor tempo de exposição (Fazaa & Page, 2003). Poderá existir pois, uma menor letalidade de suicídio associada a indivíduos com vulnerabilidade dependente (e.g., Klomek et al., 2008).

Os indivíduos autocríticos apresentam geralmente maior intenção de morrer, associando-se esta intenção a profundos sentimentos de culpa e profundos sentimentos de desvalorização, pela preocupação excessiva em não viverem e agirem de acordo com os seus ideais (Flett, Hewitt, Blankstein, & Gray, 1998). Considerados como excessivamente críticos em relação ao seu próprio comportamento, possuem também uma incapacidade de obter satisfação com os seus desempenhos, bem como uma preocupação crónica sobre a crítica dos outros. Este é um fator de risco para a suicidalidade, uma vez que se traduzem em preocupações avaliativas perfeccionistas. É importante considerar o conceito de ruminação (Dunn, et al., 2006; Morrison & O'Connor, 2008), que pode explicar a relação entre perfeccionismo e comportamentos suicidários, pois refere-se à medida em que os indivíduos se focam repetidamente nas causas, significados e conseqüências do seu humor negativo (O'Connor, 2007).

A autocrítica diz respeito ao modo como o *Self* se relaciona consigo mesmo, podendo ser descrita como um comportamento psicológico reflexivo, ocasionalmente adotado por diversas pessoas, sendo secundário à incapacidade do *Self* para fazer frente às críticas autodirigidas (Blatt & Zuroff, 1992; citado por Whelton & Greenberg, 2005; Gilbert & Irons, 2005). Assim, em traços gerais, a autocrítica refere-se aos sinais internos negativos que surgem em cada um nas situações de fracasso e perda. As pessoas em diversas situações podem, por isso, sentir-se envergonhadas, derrotadas e submeterem-se aos seus próprios ataques internos. De acordo com Blatt e Zuroff (1992, citado por Zuroff & Duncan, 1999), os indivíduos mais autocríticos envolvem-se num atroz e constante auto-escrutínio, experimentando o sentimento de medo face à

desaprovação e crítica de outros significativos. Contudo, é importante salientar que existem diferentes módulos que controlam os comportamentos de ataque, bem como as respostas defensivas do indivíduo que é atacado.

Segundo Kohut (1971, 1977, citado por Gilbert et al., 2004) nos momentos de insucesso e fracasso, as pessoas podem lidar com a frustração de duas formas distintas, as quais resultam das experiências precoces internalizadas: por um lado, podem atacar-se com raiva narcísica contra o *Self*, ou, por outro, podem tranquilizar-se e promover o autocrescimento. Os resultados do estudo de Zuroff, Koestner e Powers (1994, citado por Gilbert et al., 2004), mostram que o grau de auto-criticismo manifestado na infância constitui-se como um imponente preditor do posterior ajustamento no adulto.

O auto-criticismo, em alguns casos, pode provocar sofrimento, estando na origem de problemas psicológicos mais austeros, uma vez que as pessoas autocríticas tendem a ser altamente competitivas e muito exigentes consigo mesmas (Blatt & Zuroff, 1992; citado por Sturman & Mongrain, 2005). Para além disso, nestes casos, as pessoas por vezes sentem-se, de tal forma oprimidas pelos seus próprios ataques que não os conseguem corrigir (Gilbert, 2000). De facto, de acordo com Gilbert et al. (2004) as pessoas mais autocríticas incorrem num risco mais elevado de desenvolverem psicopatologia.

Muitas tentativas de suicídio associam-se a um perfeccionismo desadaptativo, que é acompanhado por níveis elevados de desesperança, de *psychache* (ou dor psicológica) e de isolamento social (Flett, Heisel, & Hewitt, 2014). Os perfeccionistas tendem a ser caracterizados por comportamentos de ocultação que lhes permite esconder a vergonha, autoaversão e desesperança por detrás de uma máscara de invulnerabilidade. Os padrões dos indivíduos perfeccionistas são altos e para garantir que nenhuma falha ocorrerá e que terão sucesso, usam critérios rigorosos de autoavaliação que interferem diretamente com a capacidade de experimentar satisfação pessoal (Pacht, 1984). Os pais incutem e exigem aos filhos a perfeição, instalando neles ideais elevados, criando *insights* desapropriados, através do baixo cuidado parental e da sobre proteção (Flett, Heisel, & Hewitt, 2014). Apresentam uma incapacidade para obter satisfação, aumentando as preocupações sobre as críticas de outros e sobre o seu desempenho (O'Connor & Noyce, 2008; Shafran, Cooper & Fairburn, 2003). O auto-criticismo torna os indivíduos altamente vulneráveis à ruminação (O'Connor & Noyce, 2008), ruminação esta que se apresenta como uma variável mediadora da relação entre auto-criticismo e risco de suicídio (O'Connor & Noyce, 2008).

De acordo com os resultados do estudo de Campos, Besser e Blatt (2012), a relação entre os traços anaclíticos da personalidade e a suicidalidade é apenas indireta

e mediada pela psicopatologia ou pelo *distress* apresentados pelo indivíduo e Bornstein e O'Neill (2000) vieram acrescentar que a relação existente entre a dependência e o risco de suicídio seria modesta. Por sua vez, outros estudos vieram confirmar que elevados níveis de dependência se constituem como fator de risco para a suicidalidade (e.g., Berman, 1992; Birtchnell, 1981; Campos, Besser, Abreu, Parreira e Blatt, 2014; Loas & Defélice, 2012). Loas e Defélice (2012), verificaram ainda que este traço de personalidade era um traço estável em indivíduos que já tinham tentado suicídio anteriormente.

Num estudo mais recente, com uma amostra de adolescentes (Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014), verificou-se que ambos os estilos de personalidade se relacionavam com o fenómeno da suicidalidade, sendo esta relação mediada pelo *distress*, tal como também já tinha sido referenciado anteriormente. Este estudo veio corroborar um outro estudo de Henrich, Blatt, Kuperminc et al. (2001), em que os adolescentes com ideação suicida mostraram preocupações acrescidas em relação à dependência ou à autodefinição. Portanto, os resultados mostraram que adolescentes com ideação suicida podem apresentar características de ambos os estilos de personalidade (Shahar, Blatt, & Ford, 2003; Klomek, et al., 2008), dando relevância à postulação de Blatt, anteriormente relatada, em que um Self sólido e diferenciado se torna essencial no estabelecimento e manutenção de relações afetivas significativas e saudáveis.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 4 - Objetivos do estudo

Identificar variáveis associadas ao risco suicidário e compreender a forma como interagem entre si e como se expressam enquanto fatores de risco, permite aumentar o entendimento sobre um problema visto como complexo e multifatorial (Hawton & van Heeringen, 2009; Pompili et al., 2010). A ideação suicida é um importantíssimo indicador de risco suicidário. De facto, a ideação suicida relaciona-se fortemente com as tentativas e com o suicídio consumado (Brown et al., 2000; Moscicki, 1997; Prieto & Tavares, 2005; Wetzel et al., 2011).

A psicopatologia geral ou, mais especificamente, o *distress*, é uma variável que contribui para o risco suicidário e para a ideação suicida (e.g., Lund, Nadorff, Winer, & Seader, 2016; Kim et al., 2003). No entanto, nem todos os sujeitos que vivenciam *distress*, mal-estar ou, mesmo que têm uma perturbação mental diagnosticada, se encontram em risco e(ou) apresentam ideação suicida, pelo que, poderá ser importante estudar outras variáveis que potenciam a relação entre o *distress* e a ideação (Overholser et al., 2012; Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli, & Girardi, 2008). Portanto, dito de uma outra forma ainda, o *distress* por si só pode ser importante (Bertolote, & Fleischmann, 2002; Jacobs et al., 2010), mas revela-se insuficiente para compreender e explicar uma percentagem elevada de variância da ideação suicida.

Os traços disfuncionais da personalidade – necessidade e auto-criticismo - poderão ser moderadores na relação entre *distress* e ideação suicida, uma vez que, como foi descrito anteriormente, a ênfase excessiva dada pelos indivíduos aos processos desenvolvimentais de relacionamento e auto-definição, respetivamente, podem implicar, formas disfuncionais de adaptação (Besser & Priel, 2003, 2005, 2010, 2011; Blatt, 2008; Blatt & Zuroff, 1992). Indivíduos com diferentes características de personalidade/funcionamento interno lidam de formas diferentes com o *distress*, podendo lidar melhor ou pior em função da rigidez e adaptabilidade dessas características. Estratégias de cariz evitante, por exemplo, podem gerar ou potenciar os efeitos do *distress*, enquanto outras formas de *coping* não terão esse efeito (e.g., Dunkley, Balnkstein, Halsall, Williams, & Winkworth, 2000). Estratégias de *coping* ineficazes explicam porque o perfeccionismo, uma componente importante do auto-criticismo, pode gerar vulnerabilidade ao *distress* (Dunkley & Blankstein, 2000).

O perfeccionismo que se encontra intrinsecamente ligado ao auto-criticismo, pode explicar a relação deste último com o risco, pois implicará a ocorrência de experiências internas de autopunição resultantes de avaliações do próprio sujeito,

realizadas de forma irrealista (e.g., Morrison & O'Connor, 2008). Os sujeitos que apresentam mais traços introjetivos da personalidade poderão apresentar maior intenção de morrer do que os anaclíticos, experimentando culpa e profundos sentimentos de desvalorização, devido à preocupação excessiva de não possuírem um ideal perfeito (Flett, Hewitt, Blankstein, & Gray, 1998).

Os traços anaclíticos da personalidade também aumentam a vulnerabilidade para lidar pior com experiências negativas e para responder a essas mesmas experiências com depressão (e.g., Akse et al., 2004; Blatt, 1990, 1991, 2008; Besser & Priel, 2003) e possivelmente com a ideação suicida. Por outro lado, alguns estudos (e.g., Loas & Defélice, 2012) mostraram também que os traços anaclíticos da personalidade têm uma relação com a suicidalidade ou que são traços de personalidade estáveis em sujeitos que tentaram suicídio, revelando-se como fatores de risco, ainda que possam ter menor letalidade do que os introjetivos (Fazaa & Page, 2009; Klomek et al., 2008).

Estudos anteriores mostraram que o *distress* (Campos, Besser, & Blatt, 2012) e a depressão (Campos, Besser, & Blatt, 2013) constituem variáveis mediadoras na relação existente entre os traços anaclíticos e introjetivos de personalidade e o risco suicidário. Mas que tenhamos conhecimento, nenhum estudo testou a interação entre os traços disfuncionais da personalidade propostos por Blatt e o *distress* na previsão da ideação suicida.

A presente dissertação insere-se num projeto de investigação mais vasto coordenado pelo orientador, sobre variáveis psicológicas e contextuais no risco de suicídio. Apresentam-se dois estudos, um deles transversal e o outro de cariz longitudinal¹. No primeiro estudo aplicou-se um protocolo de investigação mais amplo que contém instrumentos de medida utilizados nesta investigação em particular, bem como noutros estudos. A amostra é constituída por indivíduos adultos da comunidade – uma amostra não clínica de baixo risco – contactados diretamente e que responderam voluntariamente.

O risco de suicídio foi avaliado através de um importante indicador clínico – a ideação suicida. Será estudado o efeito do *distress* na ideação suicida e o efeito moderador dos traços disfuncionais da personalidade, necessidade e auto-criticismo naquela relação, de acordo com o modelo de Sidney Blatt (1974, 1991, 1995, 2004, 2008).

¹ Note-se que a mestranda colaborou juntamente com outras duas mestrandas na recolha dos dados deste segundo estudo, longitudinal

Foi também realizado um estudo de cariz longitudinal com uma amostra não clínica, constituída por jovens adultos estudantes na Universidade de Évora. Os dados foram recolhidos em dois momentos, com um intervalo de sensivelmente cinco meses. Estudou-se o impacto das variações no *distress* do momento 1 para o momento 2 e variações nos traços de personalidade e qual a interação existente entre variações no *distress* e variações nos traços de personalidade em variações na ideação suicida.

Estudos anteriores testaram o efeito de mediação do *distress* ou da depressão na relação entre as características disfuncionais da personalidade e a suicidalidade (e.g., Campos et al., 2012; Fazaá & Page, 2003; Sobrinho, Campos, & Holden, 2016), mas não foi estudado o efeito de moderação dos traços disfuncionais da personalidade na relação entre o *distress* e a ideação suicida. Nesses trabalhos, foi também estudado fundamentalmente o risco de suicídio ao longo da vida e, não especificamente, a ideação suicida (Overholser, Braden, & Dieter, 2012). Neste estudo, avaliou-se o *distress* em geral e não apenas a depressão, ou outras dimensões específicas do *distress*. Na verdade, os traços disfuncionais da personalidade poderão estar ligados a uma vasta gama de psicopatologias e não apenas a depressão (Blatt, 1990, 2008).

Os instrumentos de medida utilizados nesta investigação para avaliar as variáveis predictoras, incluem: 1) o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI – Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 2007), que permitiu avaliar o nível global de *distress* em termos de intensidade dos sintomas presentes (ISP); 2) o Questionário de Experiências Depressivas (DEQ – Depressive Experiences Questionnaire; Blatt et al., 1976, 1979; versão portuguesa de Campos, 2016) que permitiu avaliar as características anaclíticas da personalidade (através da sub-escala de necessidade) e as características introjetivas da personalidade (através da escala de auto-criticismo). A variável dependente, a ideação suicida (a gravidade de pensamentos suicidas no mês prévio à recolha dos dados), foi avaliada através do Questionário de Ideação Suicida (QIS; Reynolds, 1988; versão portuguesa de Ferreira e Castela, 1999).

Neste trabalho colocam-se as seguintes hipóteses: espera-se que ocorra uma relação positiva entre *distress* e ideação suicida; uma relação positiva entre ambos os tipos de traços disfuncionais da personalidade e ideação suicida e; um efeito de moderação dos traços disfuncionais da personalidade, necessidade e auto-criticismo, na relação entre *distress* e ideação suicida.

Capítulo 5 - Metodologia

5.1. Participantes e procedimentos

Estudo 1

Inicialmente, foram contactados 270 indivíduos e, desses, 242 concordaram em participar no estudo. No entanto, 40 protocolos foram posteriormente eliminados devido a um número excessivo de respostas em falta nos protocolos ou por estilos de resposta inválida. Resultou uma amostra final de 202 participantes, dos quais 115 (56,9%) pertencem ao género feminino e 87 (43.1%) pertencentes ao género masculino.

A idade dos participantes variou entre os 18 e os 65 anos ($M = 41.36$, $DP = 12.11$). O número de anos de escolaridade variou entre os 6 e os 19 anos ($M = 12.45$, $DP = 3.13$). De referir ainda que apenas, 26 (12.9%) dos participantes estavam desempregados e 111 (55.0%) eram casados ou viviam em união de facto (veja-se Tabela 1).

Os participantes foram convidados a participar numa investigação sobre risco de suicídio e foram abordados em locais públicos. Os indivíduos que concordaram participar, assinaram um Termo de Consentimento onde se indicava a confidencialidade das respostas, tendo posteriormente preenchido o protocolo de investigação.

A ordem de apresentação dos questionários foi aleatória e os questionários foram administrados individualmente por assistentes de investigação e outras mestrandas, previamente preparados para o efeito.

Tabela 1. *Variáveis Sociodemográficas Estudo 1*

Variáveis		N	%	Média (DP)
<i>Idade</i>		202		41,36 (12,11)
<i>Escolaridade</i>		202		12,45 (3,13)
<i>Género</i>	<i>Masculino</i>	87	43,1%	
	<i>Feminino</i>	115	56,9%	
<i>Estado Civil</i>	<i>Casado, União de facto</i>	111	55,0%	
	<i>Solteiro, Viúvo, Divorciado</i>	91	45,0%	
<i>Desempregado</i>	<i>Sim</i>	26	12,9%	
	<i>Não</i>	173	85,6%	
	<i>Não respondeu</i>	3	1,5%	

Estudo 2

Para este estudo, os dados foram recolhidos em dois momentos distintos, com cerca de cinco meses de intervalo entre ambos, prefazendo um valor médio de 22 semanas de aplicação. Foram inicialmente, contactados 347 participantes, dos quais 6 recusaram participar. Dos restantes 341, 31 protocolos foram eliminados por não identificação (as iniciais do nome completo para permitir manter o anonimato, mas ainda assim permitir o emparelhamento com o protocolo da segunda aplicação) ou minoritariamente pela presença de um elevado número de itens omissos. A amostra final no momento 1 era, assim, composta por 310 indivíduos, sendo 118 do sexo masculino (38.1%) e 192 (61.9%) do sexo feminino. As idades dos participantes variaram entre os 18 e os 29 anos ($M = 20.1$, $DP = 2.17$).

Cento e dois estudantes não participaram no segundo momento, tendo ainda um sido eliminado por um número excessivo de itens omissos. A amostra final ficou composta por 207 participantes. Esta amostra final, de estudantes da Universidade de Évora, é formada por 75 (36.2%) indivíduos do sexo masculino e 132 (63.8%) indivíduos do sexo feminino (veja-se Tabela 2). As idades encontram-se compreendidas entre os 18 e os 29 anos de idade ($M = 19.9$, $DP = 1.85$).

No que concerne ao nível de escolaridade da amostra, o mesmo está compreendido entre o 1º e o 5º ano de universidade ($M = 2.27$, $DP = 0.93$) e o grau de satisfação com o curso, avaliado numa escala de 1 a 5 obteve $M = 4.19$ e $DP = .60$.

Os participantes foram convidados a participar numa investigação sobre traços de personalidade, acontecimentos de vida percebidos como negativos e *distress* e foram abordados em sala de aula. De recordar que anteriormente houve um contacto prévio com os docentes a fim de pedir a colaboração na investigação. Os indivíduos que concordaram participar, assinaram um Termo de Consentimento onde se indicava a confidencialidade das respostas, tendo posteriormente os indivíduos preenchido o protocolo de investigação.

A ordem de apresentação dos questionários foi aleatória e os questionários foram administrados individualmente pela mestranda e por outras duas mestrandas, previamente preparadas para o efeito.

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da Universidade de Évora.

Tabela 2. *Variáveis Sociodemográficas Estudo 2*

Variáveis		N	%	Média (DP)
<i>Idade</i>		207		19,9 (1,85)
<i>Escolaridade Universitária</i>		207		2,17 (0,93)
<i>Género</i>	<i>Masculino</i>	75	36,2%	
	<i>Feminino</i>	132	63,8%	
<i>Satisfação com o curso</i>		207		4,18 (0,60)
<i>Trabalhador- estudante</i>	<i>Sim</i>	7	3,4%	
	<i>Não</i>	200	96,6%	

5.2. Instrumentos de medida

Questionários sociodemográficos

No estudo 1, foi aplicado com o intuito de recolher informação relativa a diversas variáveis sociodemográficas e clínicas, entre as quais, idade, género, o estado civil, nacionalidade, escolaridade, profissão, estar ou não desempregado.

Por sua vez, no estudo 2 questionou-se, também através de um questionário sociodemográfico sobre as seguintes variáveis: idade, género, ano do curso, qual o curso que frequenta, se é ou não trabalhador estudante e qual o grau de satisfação com o curso.

Questionário de Experiências Depressivas (DEQ; Depressive Experiences Questionnaire; Blatt et al., 1976, 1979; versão portuguesa de Campos, 2000, 2009, 2016 - veja-se Anexo A)

O QED tem como base teórica a concetualização de Blatt (1974, 1990) acerca da depressão, partindo da premissa que esta pode ser mais bem compreendida se for considerada como um desvio em relação àquilo que se considera como o desenvolvimento normal (Blatt, 1990).

Este questionário permite avaliar dois tipos de experiências depressivas ou mais genericamente, duas dimensões ou dois estilos de personalidade (Blatt, 1974, 2006, 2008; Blatt et al, 1976; Blatt & Shichman, 1983; Blatt & Zuroff, 1992). É constituído por 66 itens. Os sujeitos respondem numa escala de Likert de sete pontos, nos quais o 1

corresponde a “discordo totalmente” e o 7 a “concordo totalmente”. O 4 é considerado como o ponto médio, ou seja, quando o sujeito se encontra claramente indeciso no seu polo de resposta.

O Questionário de Experiências Depressivas permite obter resultados para três fatores, resultantes da Análise em Componentes Principais realizada com uma amostra de estudantes universitários americanos (Blatt et al., 1976, 1979). O Fator I, designado de “dependência”, tem dois subfatores, a necessidade e o contacto, e apresenta itens que dizem respeito às relações interpessoais, abordando temas como a preocupação com poder ser abandonado ou rejeitado e com o sentir-se só e desamparado (e.g., “*Sem o apoio dos que me são próximos, sentir-me-ia desamparado(a)*” – item 2). O fator II, designado de “auto-criticismo”, abarca itens que expressam preocupação com o sentir um vazio interno, desesperança, culpa, insegurança, insatisfação e sentimentos de não corresponder às expectativas e ao objetivos previamente determinados (e.g., “*Há alturas em que me sinto vazio(a) por dentro*” – item 16). Para além destes dois fatores consistentes com as duas dimensões da depressão e de personalidade descritas por Blatt (e.g. Blatt & Blass, 1990; Blatt & Luyten, 2009; Luyten & Blatt, 2013), a análise fatorial revelou a existência de um terceiro fator, designado de “eficácia” (Blatt et al., 1976). Este fator contempla itens referentes à confiança sobre as capacidades e recursos do próprio indivíduo, capacidade de assumir responsabilidades, sentimentos de independência, orgulho, satisfação e posse de força interior (e.g., “*Tenho muitos recursos interiores*” – item 33 (Campos, 2016)).

No que concerne à consistência interna das três escalas, os valores do 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), uma vez que no primeiro, e, relativamente ao grupo dos homens, os valores obtidos para a escala de dependência, foi de .77, para a escala de auto-criticismo de .83 para a escala de dependência e, por último, de .75 para a escala de eficácia. Relativamente ao grupo das mulheres, os valores para a consistência interna foram de .81 para a escala de dependência, .80 para a de auto-criticismo e de .72 para a de eficácia. No estudo de replicação (Zuroff, Quinlan, & Blatt, 1990), e para o sexo masculino os valores do alfa de Cronbach foram de .80 para a escala de dependência, .77 para a escala de auto-criticismo e de .69 para a escala de eficácia. No grupo das mulheres, os valores da consistência interna foram de .81, .75 e .73 respetivamente para as escalas de dependência, auto-criticismo e eficácia.

Tendo por base investigações seguintes aos primeiros trabalhos de desenvolvimento e validação da escala (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff, & Mongrain, 1995; Rude & Burnham, 1995), revelou-se importante considerar dois subfatores no fator de

dependência. Um de caráter menos adaptativo, a “necessidade” e, um subfactor mais adaptativo, o “contacto”.

Obtiveram-se dados normativos para a população portuguesa após a tradução e demonstração da equivalência linguística cruzada (Campos, 2016). Os dados normativos foram obtidos para uma amostra de 1545 adultos da comunidade, dos quais 750 participantes eram do género masculino e 795 do género feminino. As idades variaram entre os 18 e os 69 anos ($M = 36.91$, $DP = 12.26$). A maioria dos participantes eram caucasianos e o nível educacional variou entre os 4 e os 21 anos ($M = 12.02$, $DP = 3.25$). Uma segunda amostra normativa era constituída por 488 estudantes de diversas universidades portuguesas, dos quais 359 eram do sexo feminino e 129 do sexo masculino. As suas idades variavam entre os 18 e os 29 anos ($M = 20.42$, $DP = 4.90$).

No que respeita ao alfa de Cronbach, na amostra normativa da comunidade, os valores foram de .73 para o fator de dependência, de .79 para o auto-criticismo e de .74 para o fator de eficácia. Na amostra de estudantes universitários, os alfas de Cronbach foram de .80, .78 e .70 para os fatores de dependência, auto-criticismo e eficácia, respetivamente. Foram também obtidos alguns dados referentes aos subfactores de necessidade e contacto, em que os alfas foram de .64 e .70, respetivamente.

No presente estudo 1, o valor de alfa de Cronbach para a escala de necessidade foi de .63 e para a escala de auto-criticismo foi de .78.

No estudo 2, para a amostra final, o valor para o alfa de Cronbach para a escala de necessidade no momento 1 foi de .69 e no momento 2 foi de .74, ao passo que os valores de alfa para a escala de auto-criticismo no momento 1 foi de .77 e no momento 2 de .80.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1999, 2007 - veja-se Anexo B)

O BSI é um inventário de autorrelato composto por 53 itens, onde o indivíduo deverá responder sobre o grau em que cada sintoma avaliado o afetou na semana anterior à avaliação. Valores mais elevados representam maior nível de sofrimento. Avalia, num curto espaço de tempo, sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões – somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. A escala de resposta é tipo Likert, variando entre 0 que corresponde a “nunca” e 4 que corresponde a “muitíssimas vezes”. A título exemplificativo, alguns dos itens: “Sentir-se sozinho”, “Pensamento sobre a morte ou de que vai morrer”, “Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa”.

Com a aplicação deste inventário surge a possibilidade de obter três Índices Globais que avaliam diferentes aspetos do *distress*. Temos, assim, o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP), sendo avaliações sumárias de perturbação emocional. O IGS representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados, o ISP fornece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados e o TSP representa o número de queixas sintomáticas apresentadas. Neste trabalho optou-se pelo índice ISP (divisão entre o somatório de todos os itens da escala pelo total de sintomas positivos), por permitir uma avaliação global da psicopatologia ou do *distress*, tal como também já tinha sido utilizado em estudos anteriores (e.g., Santos, Campos, & Tavares, 2015).

O manual do inventário (Canavarro, 1999, 2007) informa que quando uma amostra de pacientes psiquiátricos americanos completou o BSI, a consistência interna avaliada através do alfa de Cronbach, variou entre .71 e .85 nas diferentes escalas do inventário e, após o teste-reteste com intervalo de duas semanas, variaram de .68 para .91 para as diferentes escalas.

Os estudos psicométricos realizados com a versão Portuguesa do inventário (Canavarro, 2007), revelaram que apresenta níveis adequados de consistências interna, sendo que os valores do alfa de Cronbach variam entre os .62 e .80 para as nove dimensões de sintomatologia psicopatológica.

No presente estudo 1, a consistência interna da escala total, foi estimada através do alfa de Cronbach, tendo sido obtido o valor de .97.

No estudo 2, obteve-se igualmente um valor de alfa de .97 para a escala total, quer no momento 1, quer no momento 2.

Questionário de Ideação Suicida (QIS; Reynolds, 1988; versão portuguesa de Ferreira & Castela, 1999 - veja-se Anexo C)

O QIS é um questionário de autorrelato que permite avaliar a frequência e a gravidade de pensamentos suicidas no mês anterior à avaliação, em adolescentes e adultos. O instrumento é constituído por 30 itens, cada um dirigido a uma forma específica de ideação suicida. Alguns exemplos são: *“Pensei suicidar-me”*, *“Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas”*, *“Pensei com as pessoas se sentiriam se me suicidasse”*.

Os itens foram elaborados tendo por base entrevistas clínicas com adolescentes e indivíduos adultos que apresentavam sintomas depressivos, alguns dos quais já tinham realizado uma tentativa prévia de suicídio. Foram realizados inúmeros estudos

que suportaram a sua validade, nomeadamente através da análise de correlações com outras variáveis psicológicas, nomeadamente, autoestima, ansiedade e depressão.

As respostas são dadas em escalas de Likert, variando entre 0 que corresponde a “nunca pensei nisto” e 6 que corresponde a “quase todos os dias”. Pontuações mais elevadas indicam uma maior severidade da ideação suicida. De acordo com o autor da versão original, uma pontuação igual ou superior a 41 pontos, pode ser indicativo de potencial de risco suicidário (Ferreira & Castela, 1999). A pontuação obtida varia entre um mínimo de zero e o máximo de 180 pontos. O questionário pode ser administrado individualmente ou em grupo, não existindo tempo limite para o completar, sendo que o seu preenchimento dura em média 10 minutos.

Segundo os autores, as diferenças existentes entre os valores médios a nível da faixa etária e do género não se mostraram significativas. A adaptação do QIS para a população portuguesa (Ferreira & Castela, 1999), foi realizada através de dois estudos, onde se testou, nomeadamente, a consistência interna. Assim, ao nível da consistência interna, os estudos psicométricos indicaram valores de .96 obtidos com o coeficiente de alfa de Cronbach e, o valor obtido foi de .76.

Na presente investigação, no estudo 1, o valor de alfa de Cronbach obtido foi de .97.

No estudo 2, o valor de alfa de Cronbach foi de .97 no momento 1 e de .93 no momento 2.

5.3. Metodologia de análise de dados

Estudo 1

No estudo 1 foram inicialmente testadas possíveis associações entre diversas variáveis sociodemográficas avaliadas e a ideação suicida. As variáveis sociodemográficas consideradas foram: o sexo, a idade, a escolaridade, estar desempregado e o estado civil (veja-se Tabela 1). Considerou-se que se alguma das variáveis sociodemográficas se correlacionasse com a ideação suicida, essa variável seria considerada posteriormente na análise de regressão múltipla hierárquica realizada. Os valores das correlações entre as variáveis em estudo e o *distress* foram também obtidos.

Para testar o contributo do *distress* (intensidade dos sintomas apresentados) e da personalidade, bem como da sua interação para a ideação suicida, foi utilizada a técnica estatística multivariada de Análise de Regressão Linear Múltipla Hierárquica. Num primeiro passo, foi introduzido o *distress*. As variáveis de personalidade, auto-criticismo e necessidade, foram introduzidas num segundo passo. No terceiro passo foi

introduzido o termo de interação entre as duas variáveis de personalidade entre si. No quarto passo, foram introduzidos outros dois termos de interação (veja-se Aiken & West, 1991), entre cada uma das variáveis de personalidade e o *distress*. Finalmente, num quinto passo foi introduzido o termo de interação triplo entre as duas variáveis de personalidade e o *distress*.

Examinou-se a multicolinearidade entre as variáveis. Os valores próprios (*eigenvalues*) e os *condition index* indicaram a ausência de multicolinearidade. Para evitar problemas relativos à não normalidade e não homocedasticidade dos resíduos, a metodologia de *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). As variáveis foram estandardizadas antes da obtenção dos termos de interação

Estudo 2

No estudo 2, foram também testadas possíveis associações entre diversas variáveis sociodemográficas e a ideação suicida. As variáveis sociodemográficas consideradas foram: o sexo, a idade, ter ou não mais de 25 anos, ser ou não trabalhador-estudante, ano do curso e satisfação com o curso (veja-se Tabela 2). Os valores das correlações entre as variáveis em estudo: *distress*, personalidade (auto-criticismo e necessidade) e ideação suicida em ambos os momentos de recolha de dados foram também obtidos.

Para testar o contributo de variações no *distress* e de variáveis nos traços de personalidade, auto-criticismo e necessidade, na previsão de variações na ideação suicida ao longo de cinco meses, bem como a interação entre variações na personalidade e variações no *distress*, foi igualmente utilizada a técnica estatística multivariada de Análise de Regressão Linear Múltipla Hierárquica. Num primeiro passo, foi introduzida ideação suicida no momento 1. O *distress* avaliado no momento 1 e no momento 2 foram introduzidos no segundo passo. As variáveis de personalidade, auto-criticismo e necessidade avaliadas no momento 1 e 2 foram introduzidas num terceiro passo. No quarto passo foram introduzidos os termos de interação (veja-se Aiken & West, 1991), entre as variáveis de personalidade entre si em ambos os momentos. No quinto passo foram introduzidos os termos de interação entre cada uma das variáveis de personalidade e o *distress* em ambos os momentos. Finalmente, num sexto passo, foram ainda introduzidos dois termos de interação triplos entre as duas variáveis de personalidade e o *distress* em ambos os momentos de recolha de dados.

Examinou-se a multicolinearidade entre as variáveis. Os valores próprios (*eigenvalues*), os *condition index* indicaram a ausência de excessiva multicolinearidade. Para evitar problemas relativos à não normalidade e não homocedasticidade dos resíduos, a metodologia de *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). As variáveis foram estandardizadas antes da obtenção dos termos de interação e do cálculo dos parâmetros do modelo. Utilizando o software G Power, verifica-se que tamanho da amostra necessária para obter um efeito significativo ($\alpha = .05$), com um poder estatístico de .95, para detetar uma magnitude do efeito médio ($f^2 = .15$) com 15 preditores seria de 199. Para a amostra utilizada de 207 participantes, o poder estatístico é de .96.

Capítulo 6 - Resultados

6.1. Estudo 1

6.1.1. Análise preliminar

Calcularam-se as correlações entre as variáveis sociodemográficas e a ideação suicida. Não se verificaram correlações significativas entre nenhuma das variáveis demográficas e a ideação suicida, pelo que as primeiras não foram consideradas nas análises de regressão efetuadas. Calcularam-se também os valores de correlação entre as variáveis em estudo e o *distress*. Estes valores encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3. Correlações bi-variadas entre as variáveis do Estudo 1 (N = 202)

Variáveis	1	2	3	M	DP
1. Auto-criticismo	—			-0.86	0.97
2. Necessidade	.48*	—		-0.39	0.81
3. <i>Distress</i> (ISP)	.49*	.34*	—	1.35	0.43
4. Ideação suicida	.40*	.28*	.47*	8.22	17.34

Nota: n = 2'02; * p < .001. (two-tailed).

6.1.2. Análise da Regressão múltipla hierárquica

Os resultados da análise de regressão linear múltipla hierárquica encontram-se resumidos na Tabela 3. Como se pode verificar na Tabela 4, o incremento na variância da ideação suicida foi significativo em todos os passos da regressão, exceto no passo 5. No passo 1, verificou-se que o *distress* se relaciona com a ideação suicida. No passo 2, verifica-se que o auto-criticismo, mas não a necessidade, se relaciona com a ideação suicida. No passo 3 verifica-se que o termo de interação Auto-criticismo X Necessidade se relaciona com a ideação, se consideramos o intervalo de confiança obtido para o parâmetro B, mas não de acordo com um teste *t* utilizando o SE obtido através da metodologia de bootstrapping. Este efeito de interação está representado na Figura 1. No passo 4, verifica-se uma interação significativa entre o *distress* e o auto-criticismo na previsão da ideação suicida. Este efeito de interação está representado na Figura 2. Finalmente, no passo cinco, o termo de interação triplo não deu um contributo significativo na previsão da ideação suicida.

Como análise auxiliar, testou-se um modelo de regressão similar, mas colocando como única variável de personalidade a necessidade. Verifica-se que esta dá um contributo adicional ($B = 2.31$, $SE = 1.34$, $p < .10$, $CI [.31 - 4.80]$), para além do *distress* ($B = 7.94$, $SE = 2.51$, $p < .05$, $CI [4.08 - 12.83]$), na previsão da ideação suicida, o mesmo acontecendo com a sua interação com o *distress* ($B = 4.05$, $SE = 1.74$, $p < .05$, $CI [1.38 - 7.82]$). Os 3 passos desta regressão dão um contributo significativo no incremento da ideação suicida.

6.2. Estudo 2

6.2.1. Análise preliminar

Calcularam-se as correlações entre as variáveis sociodemográficas e a variável ideação suicida avaliada no momento 2 - variável dependente. Nenhuma das variáveis demográficas se correlacionou significativamente com a variável dependente. Também se correlacionaram as variáveis em estudo entre si: *distress* avaliado no momento 1 e no momento 2, auto-criticismo e necessidade, avaliados no momento 1 e no momento 2 e, igualmente, a ideação suicida avaliada no momento 1 e no momento 2. Estas correlações encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5. Correlações bi-variadas entre as variáveis no Estudo 2 ($N = 207$)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	<i>M</i>	<i>DP</i>
1. <i>Distress</i> T1	—							1.52	0.48
2. <i>Distress</i> T2	.63**	—						1.53	0.45
3. Auto-criticismo T1	.51**	.36**	—					-0.42	0.89
4. Auto-criticismo T2	.43**	.48**	.76**	—				-0.43	0.91
5. Necessidade T1	.26**	.23**	.35**	.34**	—			-0.10	0.82
6. Necessidade T2	.18*	.24**	.30**	.46**	.76**	—		-0.12	0.84
7. Ideação suicida T1	.57**	.40**	.53**	.37**	.32**	.21*	—	9.81	18.83
8. Ideação suicida T2	.37**	.40**	.37**	.45**	.31**	.28**	.52**	8.81	11.62

Nota: $n = 2'07$; * $p < .01$. ** $p < .001$ (two-tailed).

Tabela 4. Análise da Regressão múltipla hierárquica da ideação suicida no Estudo 1 (N = 202)

Preditores	R^2	ΔR^2	B	SE B	t/F	IC de B a 95% LInf LSup	F_{global}	gl
Passo 1	.22				56.33***		56.33***	1,200
<i>Distress</i>			7.94	2.25	3.53*	4.24 12.21		
Passo 2	.26	+4%			4.46**		23.26***	2.198
Auto-criticismo			3.40	.92	3.70**	1.96 5.07		
Necessidade			1.11	1.20	.93	-.96 3.37		
Passo 3	.29	+3%			7.24**		19.80***	1,197
Auto-criticismo X Necessidade			2.88	1.89	1.52	.09 6.73		
Passo 4	.37	+8%			13.46***		19.34***	2.195
Auto-criticismo X <i>Distress</i>			4.27	1.98	2.16*	1.18 8.42		
Necessidade X <i>Distress</i>			1.54	1.14	1.35	-.58 3.69		
Passo 5	.38	+1%			2.82		17.15***	1,194
Auto-criticismo X Necessidade X <i>Distress</i>			1.53	1.72	.89	-.78 5.57		

Nota: N = 202; $\Delta R^2 =$ incremento em R^2 ; $t =$ valor de t associado a B; $F =$ valor de F associado ao incremento em R^2 . * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. (two-tailed)

Figura 1: Representação gráfica do efeito de interação entre Auto-criticismo e Necessidade no Estudo 1 (N = 202)

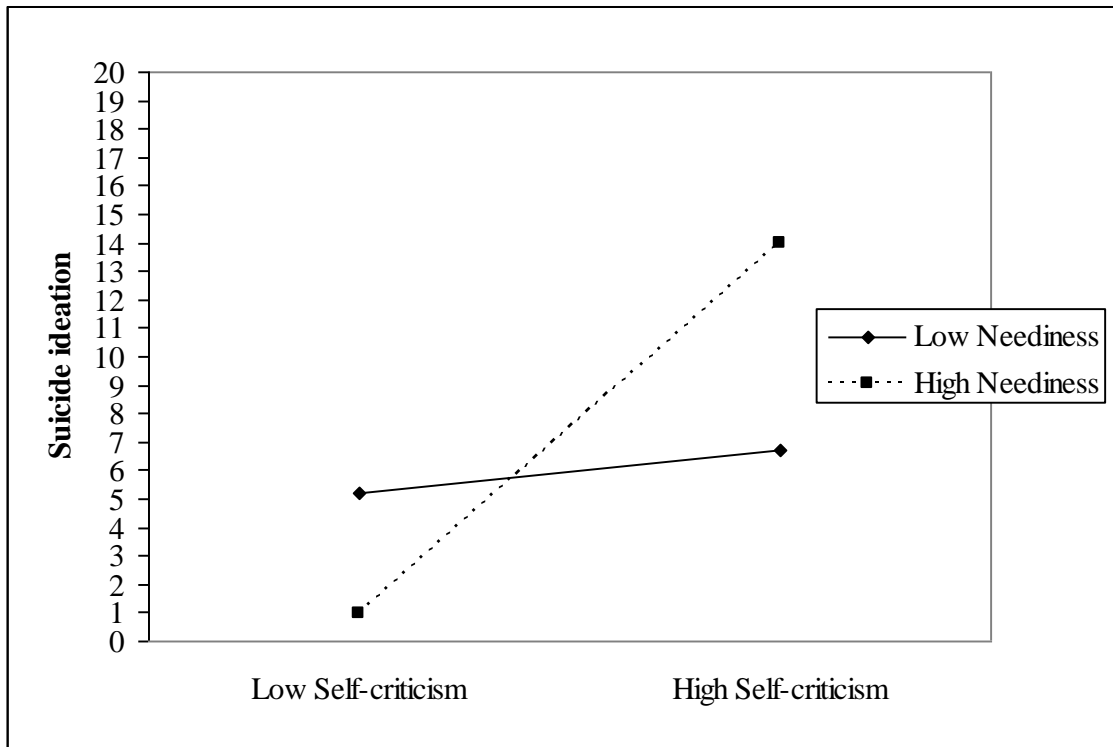
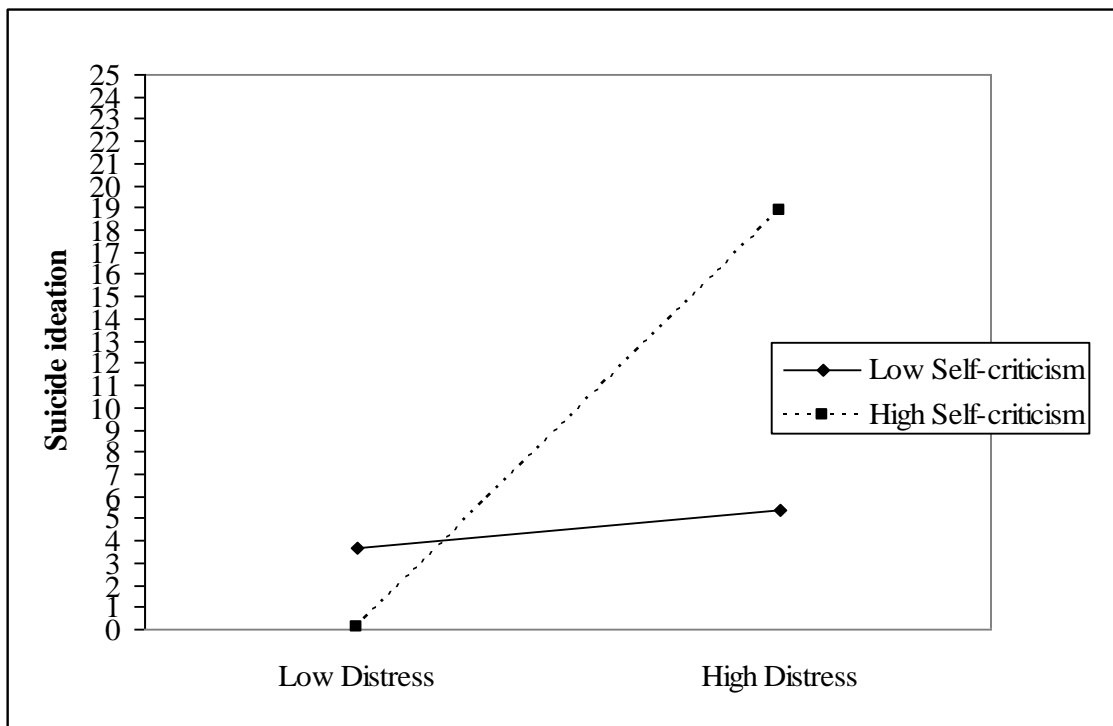


Figura 2: Representação gráfica do efeito de interação entre distress e Auto-criticismo no Estudo 1 (N = 202)



6.2.2. Análise da Regressão múltipla hierárquica

Os resultados da análise de regressão linear múltipla hierárquica encontram-se resumidos na Tabela 6. No passo 1, verificou-se que a ideação suicida avaliada no momento 1 se relaciona com a ideação suicida avaliada no momento 2. No passo 2, verifica-se que a intensidade do *distress* avaliado no momento 2 se relaciona com variações na ideação suicida, quando se introduziu como co-variável a intensidade do *distress* no momento 1, o que significa que variações no *distress* se relacionam com variações na ideação suicida ao longo de cinco meses. No passo 3, verifica-se que o auto-criticismo avaliado no momento 2 se relaciona com a ideação suicida avaliada no momento 2, quando se introduziu como co-variável o auto-criticismo avaliado no momento 1, o que significa que variações no auto-criticismo preveem variações na ideação suicida ao longo de cinco meses, ou seja, o auto-criticismo potencia o efeito do *distress*. No passo 4, verifica-se que a interação entre variação no auto-criticismo e variações na necessidade é tendencialmente significativa na previsão de variações na ideação suicida ao longo de cinco meses. Quer dizer, um incremento na ideação suicida co-varia com um incremento na interação entre ambas as variáveis de personalidade. Note-se que, este efeito só é significativo quando se consideram os intervalos de confiança, mas não o teste t de Student utilizando a metodologia de bootstrapping para cálculo do erro padrão associado ao parâmetro. Na Figura 3 consta uma representação gráfica do efeito de interação. No passo cinco, verifica-se que a interação entre variações no auto-criticismo e variações no *distress* relacionam-se com variações na ideação suicida ao longo de cinco meses. Nenhuma das interações triplas do passo seis se relacionou com a variável dependente, pelo que por uma questão de simplificação se eliminaram da Tabela 6 os resultados relativos a esse passo da regressão.

Quando se realiza uma análise auxiliar, idêntica à anterior, mas em que se introduz como única variável de personalidade, as variações em necessidade, verifica-se que esta variável não interage com variações no *distress* nem dá só por si um contributo na previsão de variações na ideação suicida. No entanto, enquanto segunda análise auxiliar, quando se calcula a relação entre a necessidade avaliada no momento 1 com a ideação suicida avaliada no momento 2, controlando a ideação suicida e o *distress* avaliados no momento 1, essa relação é significativa ($B = 1.82$, $SE = .80$, $p < .05$, $CI [.46 - 3.55]$). No entanto, não se verifica, uma vez mais, um efeito de interação entre *distress* e necessidade na previsão da ideação suicida.

Tabela 6. Análise da Regressão múltipla hierárquica da ideação suicida no Estudo 2 (N = 207)

Preditores	R ²	ΔR ²	B	SE B	t / F	IC de B a 95% LInf LSup	F global	gl
Passo 1	.27				74.47 ***		74.47***	1.205
Ideação suicida T1			6.65	2.75	2.42**	2.74 14.58		
Passo 2	.31	+4.5%			6.91 ***		30.86***	2.203
Distress T1			-.52	1.03	.50	-2.51 1.34		
Distress T2			2.96	1.11	2.67*	.83 4.86		
Passo 3	.38	+7%			5.25 ***		17.39***	4.199
Auto-criticismo T1			-2.12	1.20	1.77	-5.11 .35		
Auto-criticismo T2			4.17	1.49	2.80**	1.61 6.47		
Necessidade T1			1.42	1.16	1.22	-.65 3.36		
Necessidade T2			-.38	1.27	.29	-2.86 2.29		
Passo 4	.42	+4%			6.33 **			
Auto-criticismo X Necessidade T1			-2.74	1.49	1.84	-5.95 .92	15.61***	2.197
Auto-criticismo T2 X Necessidade T2			2.11	1.21	1.74	.08 3.78		
Passo 5	.49	+7%			6.46 ***		13.97***	4.193
Auto-criticismo T1 X Distress T1			-4.08	1.90	2.14*	-7.30 1.49		
Auto-criticismo T2 X Distress T2			2.66	.99	2.68**	.80 4.40		
Necessidade X Distress T1			.84	1.34	0.63	-1.75 2.72		
Necessidade T2 X Distress T2			-1.29	1.04	1.24	-3.40 1.18		

Nota: N = 207; T1 = momento 1; T2 = momento 2, ΔR² = incremento em R²; t = valor de t associado a B; F = valor de F associado ao incremento em R². *p < .05. **p < .01. ***p < .001. (two-tailed).

Figura 3: Representação gráfica do efeito de interação entre Auto-criticismo e Necessidade no Estudo 2 (N = 207)

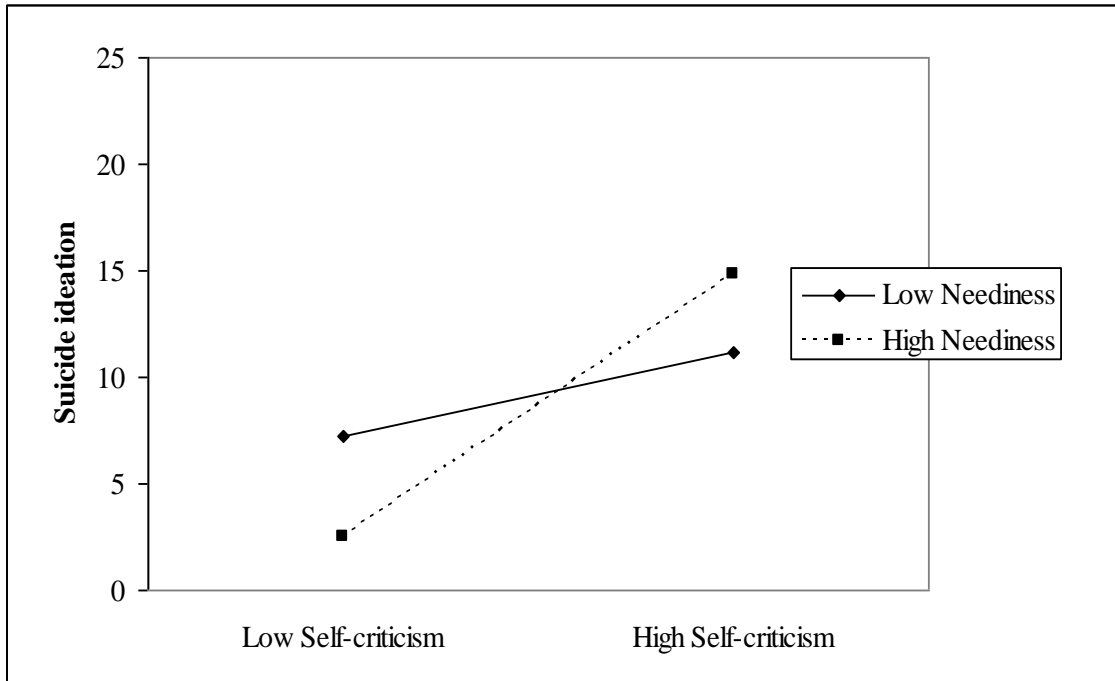
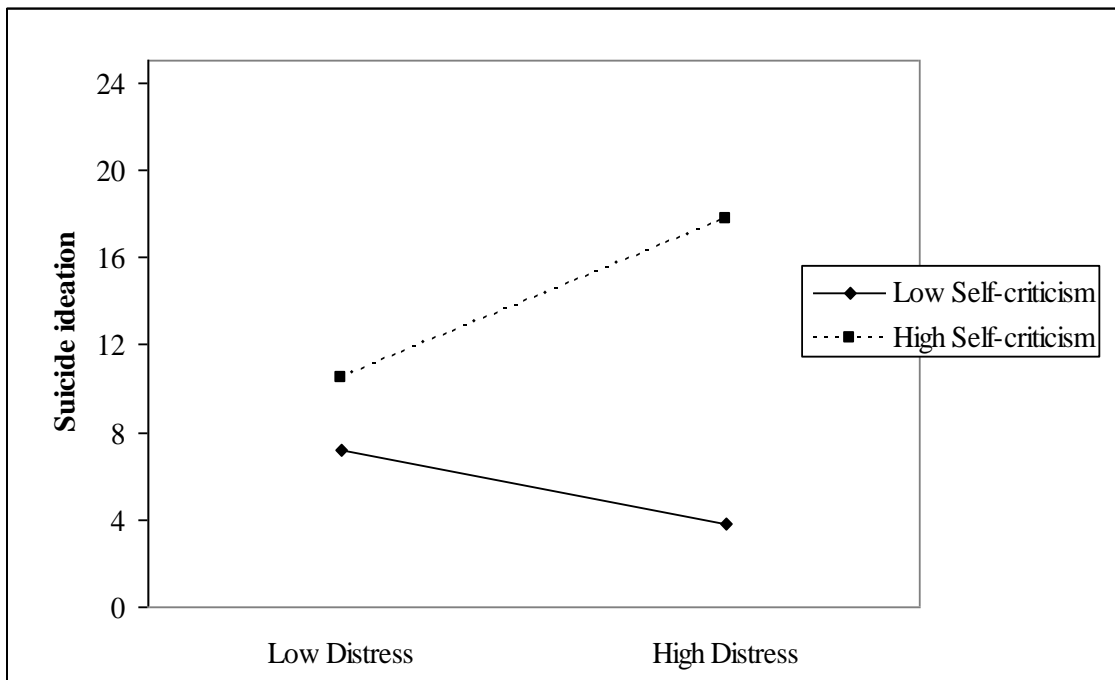


Figura 4: Representação gráfica do efeito de interação distress e Auto-criticismo no Estudo 2 (N = 2017)



Capítulo 7 – Discussão

O presente estudo, enquadrado genericamente no tema da suicidalidade, pretendeu avaliar se o *distress* se relacionava com a ideação suicida e se, complementarmente, os traços disfuncionais da personalidade – necessidade e auto-criticismo – eram moderadores/potenciadores desta mesma relação. A avaliação da ideação suicida neste estudo prende-se com o crescente reconhecimento que a mesma tem enquanto elemento sinalizador do risco suicidário (e.g., Reynolds, 1991). A ideação suicida é um fator importante porque os pensamentos e os planos de suicídio estão fortemente associados com o suicídio consumado (Page & West, 2011).

Para que fosse possível avaliar a contribuição individual dos traços disfuncionais da personalidade para além do contributo do *distress* para a ideação suicida e dada a relevância de algumas variáveis sociodemográficas, como potenciais fatores de risco suicidário amplamente identificadas na literatura (e.g., Rihmer, 2007; Lester, 2000; Thomson, 2012; Nock et al., 2008), nesta investigação controlou-se a possibilidade de controlar o efeito de algumas dessas variáveis sociodemográficas.

No entanto, numa análise inicial dos resultados não se verificou nenhuma correlação importante com a ideação suicida, o que pode ser em parte explicada pela relativamente baixa variância registada na ideação suicida. Estas variáveis não foram por essa razão consideradas nos modelos de regressão múltipla hierárquica utilizados para estudar o efeito do *distress* e da personalidade na ideação suicida em nenhum dos dois estudos.

De acordo com os resultados obtidos no estudo 1, verificou-se que o *distress* se relaciona de forma significativa com a ideação suicida. No estudo 2, verificou-se que variações no *distress* previram variações na ideação suicida num intervalo de cinco meses.

Os resultados indicam assim, que o *distress* é uma variável independente na previsão da ideação suicida. Os traços disfuncionais da personalidade, particularmente o auto-criticismo, apresentam também um peso não desprezível na previsão da ideação suicida. A necessidade, no entanto, parece ter um papel claramente secundário.

A necessidade só dá um contributo significativo na previsão da ideação suicida quando o auto-criticismo não é considerado no modelo, mas ainda assim tende a potenciar o efeito do auto-criticismo na relação com a ideação suicida. Os resultados do estudo longitudinal estão em conformidade com os resultados do estudo transversal, suportando a importância que o auto-criticismo tem ao apresentar-se como uma variável indicadora de ideação suicida.

O auto-criticismo apresenta-se como potenciador do *distress* na previsão da ideação suicida. Quando os valores do auto-criticismo são elevados níveis de *distress* prevêm a ideação suicida, mas, por sua vez, perante níveis elevados de *distress*, indivíduos com baixo auto-criticismo estão mais protegidos relativamente à ideação suicida, sendo este resultado particularmente interessante.

Tendo por base tanto o estudo transversal, como o estudo longitudinal, pode constatar-se que sob níveis elevados de auto-criticismo, níveis elevados de *distress* prevê ideação suicida. Curiosamente, sob baixos níveis de auto-criticismo, no estudo transversal, a relação entre *distress* e ideação suicida não se verifica, mas no estudo longitudinal, com baixos níveis de auto-criticismo, e níveis elevados de *distress*, relacionaram-se com a ideação suicida. Pode assim especular-se que, sob altos níveis de *distress*, indivíduos com baixo auto-criticismo podem utilizar o *distress* como forma de adaptação, mostrando maior resiliência e, conseqüentemente, boas estratégias de enfrentamento, desejando menos a morte.

Tal como a psicopatologia em grupos clínicos, também o *distress* acarreta vulnerabilidade psicológica e risco acrescido para a ideação suicida na presença de outras variáveis, pessoais ou contextuais, quando consideradas amostras não clínicas. A literatura tem considerado o *distress* como uma variável determinante para a ideação suicida, relacionando-se positivamente com a intensidade desta, aumentando conseqüentemente a vulnerabilidade individual para comportamentos suicidários (e.g. Li et. al., 2014; Olié et al., 2010). Nesta investigação avaliou-se o *distress* enquanto marcador do sofrimento psicológico, na sua dimensão da intensidade.

Indivíduos que apresentam elevado *distress*, podem não apresentar uma perturbação psicopatológica, ainda assim poderão apresentar risco de experimentar ideação suicida, apresentando maior vulnerabilidade a comportamentos suicidas. Todavia, apesar da importância e das evidências de que o *distress* pode contribuir para o risco em alguns indivíduos, é, contudo, insuficiente para explicar o fenómeno suicidário, o que torna importante a consideração de outras variáveis que expliquem a relação entre *distress* e suicidalidade (Campos et al., 2016). Daí que neste estudo se tivesse introduzido uma terceira variável como variável moderadora, os traços disfuncionais da personalidade – necessidade e auto-criticismo.

O *distress* por si só não é suficiente para explicar o risco de suicídio, ainda que a intensidade do *distress* explique uma percentagem considerável de variância na ideação suicida. Mantendo-se, no entanto, como variável importante na avaliação do risco. Os resultados obtidos mostraram que o auto-criticismo contribui para prever a ideação suicida para além do *distress* em ambos os modelos de regressão.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo a necessidade tende a potencializar o efeito do auto-criticismo na ideação suicida. Em grupos clínicos a existência de indivíduos com uma configuração mista, que envolve elevados níveis, tanto de necessidade, como de auto-criticismo está ligada a psicopatologia mais grave (Shahar et al., 2003). A co-ocorrência das duas dimensões conferem uma maior vulnerabilidade (e.g., Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982), apresentado-se como uma forma mais grave de patologia (Blatt et al., 1982; Shahar, Ford, & Blatt, 2003). Indivíduos puramente anaclíticos ou puramente introjetivos, são, provavelmente, mais capazes de construir uma forma de adaptação mais focada, permitindo-lhes funcionar de forma mais ajustada (Shahar et al., 2003).

Quando se fala num *Self* estável e coerente, quer dizer-se que o mesmo permite um maior envolvimento em relacionamentos complexos e maduros sendo também que relações interpessoais mais maduras contribuem para uma evolução no sentido do self. Como foi dito anteriormente na parte teórica deste trabalho, a “normalidade” implica a coordenação e integração de duas tarefas, necessidade e auto-criticismo, enquanto que a psicopatologia implica uma ênfase defensiva numa das tarefas à custa do desenvolvimento de outra. No desenvolvimento saudável, evoluem sinergicamente ao longo da vida, sendo que a realização de uma via facilita o desenvolvimento da outra (Blatt, 1995, 1998; Blatt & Blass, 1996; Blatt & Shichman, 1983; Shahar, Henrich, Blatt, Ryan, & Little, 2003).

Os indivíduos dependentes têm a percepção de falhar num determinado objetivo, sentindo-se inúteis, no entanto eles também podem ter medo de ser rejeitados pelos outros por terem falhado. Alternativamente, os indivíduos que experienciam auto-criticismo, por vezes podem experimentar rejeição interpessoal ou abandono, mas, reativamente, transformam esses sentimentos como sendo uma ameaça à sua auto-estima, sendo uma prova da sua inutilidade (Shahar, Gallagher, Blatt, Kuperminc, & Leadbeater, 2004).

A literatura parece comprovar que a dependência/necessidade e o autocríticismo são preditores dos comportamentos suicidas (Blatt, Schaffer, Bers, & Quinlan, 1992), e que a dimensão introjetiva da personalidade pode ser mais importante na previsão da suicidalidade (Campos, Besser, & Blatt, 2012).

No entanto, de acordo com os presentes resultados, contrariamente ao auto-criticismo, a necessidade não apresentou uma relação com a ideação suicida, 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 os resultados são menos inequívocos. No entanto, algumas investigações mostram que o estilo de personalidade anaclítico tem

relação com a suicidalidade (Blatt, 1990, 2008; Besser & Priel, 2005, 2010; Klomek et al., 2008; Loas & Defélice, 2012). No entanto, esta relação mostrou ser apenas indireta (Campos et al., 2012) ou marginal (Sobrinho, Campos, & Holden, 2016), quando comparada com a relação entre estilo autocrítico e a suicidalidade.

Por outro lado, o auto-criticismo revela uma forte relação com a suicidalidade (Blatt, 2008). Na realidade, alguns autores (e.g., Clara, Cox & Enns, 2004) verificaram que o auto-criticismo está fortemente relacionado com comportamentos suicidas. O'Connor e Noyce (2008), por exemplo, mostraram que a ruminação era uma variável mediadora da relação entre o estilo introjetivo da personalidade a suicidalidade.

Hewitt e Flett (1991) verificaram que o perfeccionismo, uma importante faceta do auto-criticismo, estava relacionado com a depressão e com a ideação suicida. Baumeister (1990) sugere que elevados níveis de perfeccionismo estão relacionados com comportamentos suicidários. Um outro trabalho de Shaffer (1977) reforça a ideia de que, tanto a ideação suicida como a tentativa de suicídio estão relacionadas com o perfeccionismo. O foco do estilo introjetivo de personalidade é atingir uma definição do self como uma entidade separada dos outros, com um sentido de autonomia, independência e controlo, acompanhado por sentimentos de autoestima elevada, e integridade (Blatt, 1995a, 2008). Os sentimentos de autocrítica, de fracasso e culpa poderão gerar um forte mal-estar no indivíduo e numa situação mais extrema de *distress*, tornar o indivíduo vulnerável a tentativas de suicídio com alguma gravidade (Blatt, 1974, 1995a; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Campos, Besser, & Blatt, 2012; Fazaa & Page, 2003).

Numa leitura mais psicanalítica, Freud considera que o suicídio é consequência de um sentimento doloroso, resultante de ideias autodestrutivas que podem encontrar-se em cada indivíduo. Freud, utilizando a noção de pulsão de morte, refere que na melancolia a agressividade seria investida contra o próprio eu, identificado com o objeto perdido (Greenberg, 2000; Mijolla & MijollaMellor, 2002). Num sentido complementar, a ideação suicida pode ser entendida como resultado de um sofrimento psicológico insuportável juntamente com sentimentos de falta de esperança relativamente ao futuro e à capacidade de lidar com o presente (Flamenbaum, 2009).

O auto-criticismo está associado a uma vulnerabilidade dos indivíduos ao sofrimento (Campos, Besser, Ferreira, & Blatt, 2012), em resposta a eventos intrusivos (e.g., Besser & Priel, 2010, 2011; Blatt, 2004; Campos, Besser, & Blatt, 2012), bem como ao uso mal adaptativo das estratégias de *coping* (Besser & Priel, 2003b; Blatt, 2004) e de mecanismos de defesa pouco adaptativos (Besser, 2004; Campos et al., 2011). Talvez por estas razões o auto-criticismo possa potenciar o efeito do *distress* na ideação suicida.

De acordo com os resultados do presente trabalho (estudo longitudinal), verifica-se que perante níveis elevados de auto-criticismo, o *distress* prevê ideação suicida e, sobre níveis elevados de *distress*, indivíduos com baixos níveis de auto-criticismo estão mais protegidos relativamente à ideação suicida, muito provavelmente devido à boa utilização das estratégias de *coping* em situações mais adversas. Desta forma, confirma-se o contributo de Puckett, Levitt, Horne e Hayes-Skelton (2015), de que o auto-criticismo se relaciona em grande parte com o sofrimento psíquico.

7.1. Limitações e estudos futuros

O presente estudo apresenta potenciais limitações. A primeira limitação é que, ao testar o contributo do auto-criticismo e da necessidade e das interações, além da contribuição do *distress*, utilizaram-se amostras não clínicas de baixo risco. Uma outra limitação é que o tempo decorrido entre os dois pontos de recolha de dados no estudo longitudinal foi um intervalo relativamente pequeno de aproximadamente cinco meses. Em terceiro lugar, a recolha de dados foi realizada exclusivamente com medidas de auto resposta, uma questão que pode ser particularmente relevante na avaliação da ideação suicida, porque embora os instrumentos utilizados para além de terem sido validados para a população portuguesa, apresentarem boas características psicométricas e facilidade de resposta por parte dos indivíduos, poderão revelar-se insuficientes quando se pretende avaliar construtos psicológicos, pela possibilidade de desvios nas respostas dadas. Daí que em futuros estudos, seria importante utilizar outras metodologias de recolha de dados, como por exemplo, a entrevista.

Estudos futuros devem procurar estabelecer a generalização dos resultados presentes em amostras de indivíduos de alto risco com tentativas de suicídio anteriores, em estudos longitudinais com intervalos de tempo mais longos entre as avaliações e com métodos diferentes de recolha de dados, como é o caso das entrevistas clínicas.

CONCLUSÃO

A presente investigação teve como principal objetivo testar o efeito moderador dos traços disfuncionais da personalidade – necessidade e auto-criticismo – propostos teoricamente por Sidney Blatt, na relação entre o *distress* e a ideação suicida. Foram realizados dois estudos, um transversal e o outro longitudinal, sendo que este estudo longitudinal corrobora os resultados obtidos no primeiro momento do estudo.

De acordo com os resultados, os traços autocríticos contribuíram para a previsão do risco suicidário avaliado através da ideação suicida. Estes resultados são congruentes com a literatura que tem descrito uma relação mais robusta entre o auto-criticismo e a suicidalidade, do que entre a necessidade e os pensamentos ou comportamentos suicidas. De acordo com os resultados, a necessidade apresenta um papel secundário, mas tende, ainda assim, a potenciar o efeito do auto-criticismo.

Tendo em conta os nossos resultados, o *distress* é também uma variável importante a considerar quando se avalia a ideação suicida, uma vez que as pessoas que apresentam mais sofrimento psicológico são aquelas que se apresentam mais propensas ao suicídio ou às tentativas de suicídio. De ressaltar que se deve estar atento à presença de ideação suicida, mesmo em indivíduos que nunca tentaram o suicídio anteriormente.

A relação existente entre o auto-criticismo e a suicidalidade pode dever-se a um estilo de *coping* negativo, significando que os indivíduos introjetivos têm maior predisposição para utilizar estratégias de *coping* desadaptativas. Os seus mecanismos para lidar com as adversidades estão comprometidos, aumentando a possibilidade de realizar comportamentos suicidas. Por outro lado, a presente dissertação constatou que na presença de baixos níveis de auto-criticismo, os indivíduos estão mais protegidos relativamente à ideação, pressupondo-se desta forma que os sujeitos nestas condições, utilizam o *distress* para se adaptarem, aumentando a sua resiliência e as suas estratégias de *coping*, promovendo o ajuste “à vida”, não desejando a morte.

Conclui-se assim, que ao avaliar o risco, antes de qualquer intervenção, as avaliações devem ir para além da avaliação atual dos níveis de *distress*, devendo também contemplar os traços disfuncionais da personalidade, em especial o auto-criticismo. Quando existem questões relativas ao fracasso, à culpa e à inutilidade, associadas com uma personalidade auto-crítica, devem ser tomadas estratégias de enfrentamento adaptativas. Daí que a psicoterapia em situações de risco de suicídio deva ser aprofundada, e não somente a redução dos sintomas psicopatológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, S., & West, G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Akse, J., Hale, W. W., Engels, R. C., Raaijmakers, Q. A., & Meeus, W. H. (2004). Personality, perceived parental rejection and problem behavior in adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 980-988.
- Alexander, J., Haugland G., Ashenden P., Knight, E., & Brown, E. (2009). Coping with thoughts of suicide: techniques used by consumers of mental health services. *Psychiatric Services*, 60, 1214–1221.
- Allison, S., Roeger, L., Martin, G., & Keeves, J. (2001). Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 498-503.
- Anestis, M. D., Tull, M. T., Bagge, C. L., & Gratz, K. L. (2012). The moderating role of distress tolerance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom clusters and suicidal behavior among trauma exposed substance users in residential treatment. *Archives of Suicide Research*, 16, 198-211.
- Anupama, M., & Babool, R. (2014). Factors influencing suicide: Life Events, Personality and Coping. A Case Control Study. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*, 1, 29-36.
- Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R., & Brener, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, 48, 229-233.
- Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychology Review*, 97, 90-113.
- Beautrais, L., Collings, D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Beautrais, A., Joyce, P., & Mulder, R., (1998). Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 28, 209–218.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.

- Berman, A. L. (1992). Suicidal behavior and marital interaction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 268–277.
- Bertolote, J. & Fleishman, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology; World Psychiatry*, 1, 181–185.
- Besser, A. (2004). Self- and best-friend assessments of personality vulnerability and defenses in the prediction of depression. *Social Behavior and Personality*, 32, 559–594.
- 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., Flett, G. L., & Davis, R. (2003). Self-criticism, dependency, silencing the self, and loneliness: Testing for mediational model. *Personality and Individual Differences*, 35, 1735–1752.
- Besser, A., & Priel, B. (2003). A multisource approach to self-critical vulnerability to depression: The moderating role of attachment. *Journal of Personality*, 71, 515-555.
- Besser, A., & Priel, B. (2003b). Trait vulnerability and coping strategies in the transition to motherhood. *Current Psychology*, 22, 57–72.
- 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. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The 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 Singer, J. L. (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health*, (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. J. (1995). *Representational structures in psychopathology*. In Cicchetti, D., & Toth, S. L., (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. (1998). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46, 723–752.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2006). A Fundamental polarity in Psychoanalysis: Implications for personality development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 494-520.
- 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., & Blass, R. (1996). *Relatedness and self-definition: A dialectic model of personality development*. In G.G. Noam & K.W. Fischer (Eds.), *Development and vulnerabilities in close relationships*, (pp. 309–338). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blatt, S. J., Cornell, C. E., & Eshkol, E. (1993). Personality style, differential vulnerability, and clinical course in immunological and cardiovascular disease. *Clinical Psychology Review*, 13, 421-450.
- Blatt, S. J., D’Afflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389.

- Blatt, S. J., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1979). *Depressive Experiences Questionnaire*. Unpublished Manual, Yale University, New Haven, CT.
- 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. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology, 21*, 793-814.
- 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., 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., Shahar, G., Zuroff, D. (2001). Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions. *Psychotherapy, 38*, 449-454.
- Blatt, S. J., Schaffer, C. E., Bers, S. A., & Quinlan, D. M. (1992). Psychometric properties of the Adolescent Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 59*, 82-98.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought, 6*, 187-254.
- 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., & Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527-562.

- Borges, G., Angst, J., Nock, M., Ruscio, A. & Kessler, R. (2006). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 10, 25-33.
- Borges, V. R., & Werlang B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11, 345-351.
- Bornstein, R., & O'Neill, R. (2000). Dependency and suicidality in psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 463-473.
- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgalarrodo, P., & Marín-Léon, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 45-53.
- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Hébert, M., & Turecki, G. (2007). Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study. *Psychological Medicine*, 37, 1551-1562.
- Brown, G. K., Beck, A.T., Steer, R. A., & Grisham, J.R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377.
- Bursztein, C., Apter, A. (2009). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 1-6.
- Campos, R.C. (2000). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 18, 285-309.
- Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós – Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Almedina.
- Campos, R. C. (2016). Questionário de Experiência Depressivas: Manual Técnico – Edição Atualizada e Revista. *Centro de Investigação em Educação e Psicologia – Universidade de Évora (CIEP-UE)*. Évora, Portugal.
- 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.

- 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. (2011). The relationships between defenses and experiences of depression: An exploratory study. *Psychoanalytic Psychology, 28*, 196-208.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. (2012). Distress Mediates the Association Between Personality Predispositions and Suicidality: A Preliminary Study in a Portuguese Community Sample. *Archives of Suicide Research, 16*, 44-58.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, selfcriticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research, 17*, 58-74.
- Campos, R. C., Besser, A., Ferreira, R., & Blatt, S. J. (2012). Self-criticism, neediness, and distress among women undergoing treatment for breast cancer: A preliminary test of the moderating role of adjustment to illness. *International Journal of Stress Management, 19*, 151-174.
- Campos, R. C., Holden, R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A., Costa, F., Abreu M., & Fresca, N. (2016). Self-report depressive symptoms do not directly predict suicidality in nonclinical individuals: Contributions toward a more psychosocial approach to suicide risk. *Death Studies, 40*, 335-349.
- Campos, R. C., Sobrinho, A. T. & Mesquita, C. (2013). *Acontecimentos de vida negativos e suicidalidade em jovens adultos*. Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Aveiro, 20 a 22 de junho.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In Simões, M. R., Gonçalves, M., & Almeida, L. S. (Eds.). *Testes e provas psicológicas em Portugal*, II, (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M.R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & Almeida, L. (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa*, (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1982). Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *American Academy of Child Psychiatry, 21*, 361-368.

- Cavanagh, J., Owens, D., & Johnstone, E. (1999). Life events and suicide and undetermined death in southeast Scotland: A case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 34, 645–650.
- Clara, I. P., Cox, B. J. & Enns, M. W. (2004). Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National Comorbidity Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 209-219.
- Coelho, R. (2004). *Depressão: Perspetiva psicodinâmica*. Lisboa: Lidel.
- Cole, D. E., Protinsky, H. O., & Cross, L. H. (1992). An empirical investigation of adolescent suicidal ideation. *Adolescence*, 27, 813-818.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Conceição, N., & Vasco, A.B. (2005). Olhar para as necessidades do Self como um boi para um palácio: perplexidades e fascínio. *Psicológica*, 40, 55-79.
- Conner, K., Duberstein, P., Conwell, Y., Seidnitz, L., & Caine, E. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 367-385.
- Connor, J. J., & Rueter, M. A. (2006). Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality. *Journal of Family Psychology*, 20, 143-155.
- Cordovil, C., Crujo, M. & Guerreiro, D. F. (2009). Tentativas de suicídio em adolescentes internados na unidade de internamento de pedopsiquiatria do centro hospitalar de lisboa centra. *Psilogos*, 11,15-20.
- Corona, C. D., Jobes, D. A., Nielsen, A. C., Pedersen, C. M., Jennings, K. W., Lento, R. M. & Brazaitis, K. A. (2013). Assessing and treating different suicidal states in a danish outpatient sample. *Archives of Suicide Research*, 17, 302-312.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality: Another hidden factor in stress research. *Psychological Inquiry*, 1, 22-24.
- Cox, B., Clara, I., Enns, M. (2009). Self-criticism, maladaptive perfectionism, and depression symptoms in a community sample: a longitudinal test of the mediating effects of person-dependent stressful live events. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 336-349.

- Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118, 358–378.
- Custódio, S. (2010). *Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One*, 10, e0126870.
- Davis, A. T. (1995). *Attempted suicide and and depression: Initial assessment and short-term follow-up*. In B. Mishara (Ed.) - *The impact of suicide*, (pp. 130–141). New York: Springs Publishing.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The " what" and" why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11, 227-268.
- Derogatis, L. (1993). *BSI: Administration, scoring, and procedures for the Brief Symptom Inventory* (3ª ed). Minneapolis (MN): National Computer Systems.
- De Leo, D., Bertolote, J., & Lester, D. (2003). La violencia autoinfligida. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zuvir, & P. R. Lozano (Orgs.), *Informe Mundial de la violencia e de la salud*, (pp. 200-231). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2011). Epidemiology of psychological distress. *Mental Illness. Understanding, Prediction and Control*, 105-134.
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 713-730.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., & Flett, G. L. (1997). Specific cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 23, 1041-1053.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social

- support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 437-453.
- Dunn, J. C., Whelton, W. J., & Sharpe, D. (2006). Maladaptive perfectionism, hassles, coping, and psychological distress in university professors. *Journal of counseling psychology*, 53, 511-523.
- Durkheim, E. (2005). *O Suicídio*. São Paulo: Martin Claret.
- Epstein, D. (1993). Defining accountability in education. *British Educational Research Journal*, 19, 243-257.
- Ernst, C., Mechawar, N., & Turecki, G. (2009). Suicide neurobiology. *Progress in Neurobiology*, 89, 315-333.
- Eurostat (2013). *Statistics, suicide rates*. Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/pgp_ess/partners/european_union/pt/tab_statistics?c=PT&|=PT, acessado a 4 de Fevereiro de 2017.
- Eurostat (2016). *Suicide death rate, by age group*. Disponível em <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00122&plugin=1>, acessado a 16 Fevereiro de 2017.
- Farberow, N., (1997). *The psychology of suicide: Past and Present*. In A.J. Botsis, C.R. Soldates, and C.N. Stefanis (Eds), *Suicide bio-psycho-social approaches*, (pp. 147-163). Amsterdam: Elsevier.
- Fazaa, N. & Page, S. (2003). Dependency and Self-Criticism as Predictors of Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 172-185.
- Fazaa, N., & Page, S. (2009). Personality style and impulsivity as determinants of suicidal subgroups. *Archives of Suicide Research*, 13, 31-45.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, (pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Flamenbaum, R. (2009). *Testing Shneidman's theory of suicide: Pshychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade de Kingston, Ontario, Canadá.

- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of personality and social psychology*, 75, 13-63.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology*, 18, 156-172.
- Franche, R., Dobson, K. (1992). Self-criticism and interpersonal dependency as vulnerability factors to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 419–435.
- Garber, J., Little, S., Hilsman, R., & Weaver, K. R. (1998). Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *Journal of adolescence*, 21, 445-457.
- Gardner, R. W., Jackson, D. N., & Messick, S. J. (1960). Personality organization in cognitive controls and intellectual abilities. *Psychological Issues*, 2, 149-164.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488.
- Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, R., Dubrava, S., Suryawanshi, S., Webb, D. M., & Nilsson, M. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 90, 554-560.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal “social” conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*, (pp. 118-150). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P., Clarke, M. Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.) *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, (pp. 263-325). London: Routledge.
- 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.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health Reviews*, 34, 1-20.
- Hammen, C. (1992). Cognitive, life stress, and interpersonal approaches to a developmental model of depression. *Development and Psychopathology*, 4, 189–206.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). *Suicide*. *The Lancet*, 373, 1372–1381.
- Henrich, C. C., Blatt, S. J., Kuperminc, G. P., et al. (2001). Levels of interpersonal concerns and social functioning in early adolescent boys and girls. *Journal of Personality Assessment*, 76, 48–67.
- Hewitt, P., & Flett, G. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente por 100 000 habitantes*. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003795&contexto=bd&selTab=tab2, acessado a 30 de Junho de 2017.
- Jacobs, D., Baldessarini, R., Conwell, Y., Fawcett, J., Horton, L., Meltzer, H., ... Simon, R. I. (2010). Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. *APA Pract Guidel*.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Joiner, T., Conwell, Y., Fitzpatrick, K., Witte, T., Schmidt, N., Berlim, M., ... Rudd, M. D. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when "everything but the kitchen sink" is covaried. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 291-303.
- Jollant, F., Lawrence, N., Giampetro, V., Brammer, M., Fullana, M., Drapier, D., ... Phillips, M. (2008). Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *American Journal of Psychiatry*, 165, 740–748.
- Kim, C. H., Jayathilake, K., & Meltzer, H. Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: Relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*, 60, 71–78.

- Kim, S. M., Baek, J. H., Han, D. H., Lee, Y. S., & Yurgelun-Todd, D. A. (2015). Psychosocial–environmental risk factors for suicide attempts in adolescents with suicidal ideation: Findings from a sample of 73,238 adolescents. *Suicide and life-threatening behavior, 45*, 477-487.
- Klein, D., Harding, K., Taylor, E., Dickstein, S. (1988). Dependency and self – criticism in depression: evaluation in clinical population. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 399-404.
- Klomek, A., Orbach, I., Sher, L., Sommerfeld, E., Diller, R., Apter, A., Shahar, G. & Zalsman, G. (2008). Quality of depression among suicidal inpatient youth. *Archives of Suicide Research, 12*, 133-140.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Madison, Connecticut: International Press.
- Koskinen, O., Pukkila, K., Hakko, H., Tjihonen, J., Vaisanen, E., Sarkioia, T., & Rasanen, P. (2002). Is occupation relevant in suicide? *Journal of Affective Disorders, 70*, 197-203.
- Kposowa, A. (2002). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology & Community Health, 54*, 254-261.
- Kumar, G. & Steer, R. A. (1995). Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and Life Threatening Behavior, 25*, 339-346.
- Lamis, D. A., Malone, P. S., Langhinrichsen-Rohling, J., & Elis, T. E. (2010). Body investment, depression, and alcohol use as risk factors for suicide proneness in college students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 31*, 118-127.
- Lau, R., Morse, A., & Macfarlane, S. (2010). Psychological factors among elderly women with suicidal intentions or attempts to suicide: a controlled comparison. *Journal of Women & Aging, 22*, 3–14.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lester, D. (2000). Psychache, depression, and personality. *Psychological Reports, 87*, 940.

- Levy, K. N., & Blatt, S. J. (1999). Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within insecure attachment patterns. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 541-575.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, 3, 25- 36.
- Li, H., Xie, W., Luo, X., Eu, R., Shi, C., Ying, X., ... Wang, X. (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide Life Threatment Behavior*, 44, 78-88.
- 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.
- Lund, E., Nadorff, M., & Seader, K. (2016). Relationship between suicidality and disability when accounting for depressive symptomology. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 59, 185-188.
- Lund, E., Nadorff, M., Winer, S., & Seader, K. (2015). Is suicide an option? The impact of disability on suicide acceptability. *Journal of Affective Disorders*, 189, 25–35.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 909-916.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development. *American Psychologist*, 68, 172-183.
- Macleod, A. K., Tata, P., Evans, K., Tyrer, P., Schmidt, U., Davidson, K., Thornton, S., & Catalan, J. (1998). Recovery of future thinking within a high-risk parasuicide group: Results from a pilot randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 371-379.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annual International Medicine*, 136, 302-311.

- Mann, J. J., Brent, D., & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24, 467-77.
- Mann, J. J., Waternanx, C., Haas, G., & Malone, K. (1999). Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Béclair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social indicators research*, 45, 475-504.
- Matias, J., & Santos, J. C. (2014). Inventário de Razões para Viver: Contributos para a validação para a população não clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 9-14.
- Mergl, R., Koburger, N., Heinrichs, K., Székely, A., Tóth, M. D., Coyne, J., ... Hegerl, U. (2015). *What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries*. PLOS One, 10, e0129062.
- Mijolla, A., & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Miller, S., Mahler, C., & Gold, S. (1991). Suicide risk associated with drug and alcohol dependence. *Journal of Addictive Diseases*, 10, 49-61.
- Moreira, N. C. (2009). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Morrison, R., & O'connor, R. C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 523-538.
- Moscicki, E. (1997). *Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies*. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517.
- Moscicki, E. (2001). *Risk Factors for Suicide: Summary of a Workshop*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2003). *Health psychology and work stress: A more positive approach*. In J. C. Quick & L. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology*, (pp. 97-117). Washington, DC: APA.

- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., & Williams, D. (2008). Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 98–105.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Review*, 30, 133-154.
- Nock, M., & O'Connor, R. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia – O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- 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., & 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.
- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders*, 120, 226-230.
- Orbach, I. (1997). A taxonomy of factors related to suicidal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 208-224.
- Organização Mundial de Saúde (2016). *OMS: suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo*. Disponível em <https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>, acessado a 25 de Janeiro de 2017.
- Ouimette, P., & Klein, D. N. (1993). Convergence of psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression: An empirical review and new data on Blatt's and Beck's models. In J.M. Masling & R. F. Bornstein (Eds.), *Psychoanalytic perspectives on psychopathology*, (pp. 191-223). Washington, DC: American Psychological Association.

- Overholser, J., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 334-348.
- Page, R. M., & West, J. H. (2011). Suicide ideation and psychosocial distress in sub-Saharan African youth. *American Journal of Health Behavior, 35*, 129-141.
- Patch, A. R. (1984). Reflections on Perfection. *American Psychologist, 39*, 386-390.
- Pompili, M., Lester D., Leenaars A., Tatarelli R., & Girardi P. (2008). Psychache and suicide: A preliminary investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*, 116-121.
- Pompili, M., Forte, A., Palermo, M., Stefani, H., Lamis, A., Serafini, G., ... Girardi, P. (2010). Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *Journal of Psychosomatic Research, 73*, 411-417.
- Priel, B., & Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*, 240-253.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54*, 146-154.
- Puckett, J. A., Levitt, H. M., Horne, S. G., & Hayes-Skelton, S. A. (2015). Internalized heterosexism and psychological distress: The mediating roles of self-criticism and community connectedness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*, 426-435.
- Rapeli, C. B., & Botega, N. J. (2005). Severe suicide attempts in young adult: Suicide intent is correlated to the medical lethality. *São Paulo Medical Journal, 123*, 43-46.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ): Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. (1991). Psychometric characteristics of the adult suicidal ideation questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment, 56*, 289-307.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 20*, 17-22.

- Rodrigues, J. C. (2009). A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Brasília. Brasil.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Roths, I. (2006). Suicídio Juvenil. Representações sociais dos médicos e dos psicólogos. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto: Universidade do Porto.
- Rude, S., & Burnham, B. (1995). Connectedness and Neediness: Factors of the DEQ and SAS Dependency scales. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 323-340.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Salama-Younes, M., Hanrahan, S., Martin-Krumm, C., Roncin, C. (2009). Children's Explanatory Styles and Sport Performance. In Freire, T., (Ed.), *Understanding Positive Life. Research and Practice on Positive Psychology*, (pp. 199-215). Lisboa: Climepsi Editores.
- Santos, S., Campos, R. C., & Tavares, S. (2015). Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death studies*, 39, 332-341.
- Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o Para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse – Indústria Gráfica, Lda.
- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, 41-61.
- Schuttinga, J. A. (1995). Quality of life from a federal regulatory perspective. In J. E. Dimsdale e A. Baum (orgs.), *Quality of life in behavioral medicine research*, (pp. 31-42). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. D. C. (2004). Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cadernos de saude publica*, 20, 580-588.

- Shaffer, D. (1977). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 406-451.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2003). Clinical perfection is not multidimensional perfection: A reply to Hewitt, Flett, Besser, Sherry & McGee. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1217-1220.
- Shahar, G., Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (2003). Mixed anaclitic introjective psychopathology in treatment-resistant inpatients undergoing psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 84-102.
- Shahar, G., Gallagher, E.F., Blatt, S.J., Kuperminc, G.P., Leadbeater, B.J. (2004). A interactive-synergetic approach to the assessment of personality vulnerability to depression: Illustration using the adolescent version of the depressive experiences questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 605–625.
- Shahar, G., Henrich, C.C., Blatt, S.J., Ryan, R., & Little, T.D. (2003). Interpersonal-relatedness, self-definition, and their motivational underpinning during adolescence: A theoretical and empirical investigation. *Developmental Psychology*, 39, 470–483.
- Shneidman, E. (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 319-328.
- Shneidman, E. (1994). Clues to suicide, Reconsidered. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 395–397.
- Shneidman E. (1996). *The suicidal mind: Final thoughts and reflections*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll P., & Joiner T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behavior. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 264-277.
- Smith J. C., Mercy J. A., & Conn J. M. (1988). Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 78, 78–80.
- Sobrinho, A. T., Campos, R. C., & Holden, R. R. (2016). Parental rejection, personality, and depression in the prediction of suicidality in a sample of nonclinical young adults. *Psychoanalytic Psychology*, 33, 554-570.

- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2011). *Estatística*. Disponível em <http://www.spsuicidologia.pt/sobrossuicidio/estatistica>, acessado a 10 de Janeiro de 2017.
- Sparrenberger, F., Santos, I. D., & Lima, R. D. C. (2003). Epidemiology of psychological distress: A population-based cross-sectional study. *Revista de Saúde Pública*, 37, 434-439.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Stewart, S. M., Lam, T. H., Betson, C., & Chung, S. F. (1999). Suicide ideation and its relationship to depressed mood in a community sample of adolescents in Hong Kong. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29, 227-240.
- Stravynski A, Boyer R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behavior*, 31, 32-40.
- Sturman, E., & Mongrain, M. (2005). Self-criticism and major depression: An evolutionary perspective. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 505-519.
- Szumotalska, E. (1992). *Severity and type of depressive affect as related to perceptual styles: Relationship of anaclitic versus introjective depressive configuration to holistic versus analytic similarity judgment*. Unpublished doctoral dissertation, New School for Social Research, New York.
- Thomson, W. (2012). Long term follow up of suicide in a clinically depressed community sample. *Journal of Affective Disorders*, 139, 52-55.
- Vasco, A. B. (2009a). *Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness*. Comunicação apresentada na 16ª Conferência da European Association for Psychotherapy – Meanings of Happiness and Psychotherapy – Lisboa.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: Atores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 175-187.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39, 259-266.

- Werlang, B. S. G., & Oliveira, M. S. (2006). *Temas em Psicologia Clínica*. In Werlang, B. S. G., Fensterseifer, L., & Borges, V. R. (Eds.) *Dor psicológica e suicídio: Aproximações teóricas*, (pp. 67-74). São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model of lifespan. *Journal Adult Development*, 17, 110-119.
- Wetzel, H., Gehl, C., Dellefave-Castillo, L., Schiffman, J., Shannon, K., & Paulsen, J. (2011). Suicidal ideation in Huntington disease: the role of comorbidity. Huntington Study Group. *Psychiatry Research*, 15, 372-376.
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583–1595.
- Wilburn, V. R., & Smith, D. E. (2005). *Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents*. *Adolescence*, 40, 33-45.
- Williams, J. M. G, Pollock, L. (2001). *Psychological aspects of the suicidal process*. In Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention (ed. C. van Heeringen), (pp. 76-94). Chichester: John Wiley
- Winefield, H. R., Gill, T. K., Taylor, A. W., & Pilkington, R. M. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both?. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2, 3-14.
- Winnicott, D. W. (1954). The depressive position in normal emotional development. *British Journal of Medical Psychology*, 28, 89-100.
- Witkin, H. A. (1965). Psychological differentiation and forms of pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 317-336.
- Woodhead, E., Cronkite, R., Moos, R., & Timko, C. (2014). Coping strategies predictive of adverse outcomes among community adults. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 1183-1195.
- World Health Organization WHO. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2017). *Suicide*. Disponível em <http://www.who.int/medicentre/factsheets/fs398/en/>, acessado a 30 de junho de 2017.

- Yung, Y. F., & Bentler, P. M. (1996). *Bootstrapping techniques in analysis of mean and covariance structures*. In G. A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling techniques* (pp. 195-226). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Zuroff, D. C., & Duncan, N. (1999). Self-criticism and conflict resolution in romantic couples. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 31, 137-149.
- Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55, 65-72.

ANEXOS

Anexo A – Questionário de Experiências Depressivas (QED)

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.

		Discordo totalmente					Concordo totalmente	
1-	Coloco os meus padrões e objectivos pessoais tão alto quanto possível	1	2	3	4	5	6	7
2-	Sem o apoio dos que me são próximos, sentir-me-ia desamparado(a)	1	2	3	4	5	6	7
3-	Tenho mais tendência a estar 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

		Discordo totalmente					Concordo totalmente	
		1	2	3	4	5	6	7
9-	A falta de continuidade nas relações humanas não me incomoda	1	2	3	4	5	6	7
10-	Se não consigo viver à altura das expectativas, sinto-me sem valor	1	2	3	4	5	6	7
11-	Muitas vezes sinto-me desamparado(a)	1	2	3	4	5	6	7
12-	Raramente me preocupo por ser criticado(a) em relação a coisas que disse ou fiz	1	2	3	4	5	6	7
13-	Há uma diferença considerável entre como sou agora e como gostaria de ser	1	2	3	4	5	6	7
14-	Gosto de competição cerrada com os outros	1	2	3	4	5	6	7
15-	Sinto que tenho de assumir muitas responsabilidades	1	2	3	4	5	6	7
16-	Há alturas que me sinto “vazio(a)” por dentro	1	2	3	4	5	6	7
17-	Tenho tendência para não estar satisfeito com aquilo que tenho	1	2	3	4	5	6	7
18-	Não me importo se vivo ou não de acordo com o que os outros esperam de mim	1	2	3	4	5	6	7
19-	Fico assustado(a) quando me sinto sozinho(a)	1	2	3	4	5	6	7
20-	Sentir-me-ia como se estivesse a perder uma parte importante de mim próprio(a), se perdesse um amigo muito íntimo	1	2	3	4	5	6	7
21-	As pessoas aceitar-me-ão não importa quantos erros tenha cometido	1	2	3	4	5	6	7
22-	Tenho dificuldade em romper uma relação que me esteja a fazer infeliz	1	2	3	4	5	6	7
23-	Frequentemente penso sobre o perigo de perder alguém íntimo	1	2	3	4	5	6	7
24-	As outras pessoas têm grandes expectativas a meu respeito	1	2	3	4	5	6	7
25-	Quando estou com os outros, tendo a desvalorizar-me	1	2	3	4	5	6	7
26-	Não estou muito preocupado com a forma como as outras pessoas reagem comigo	1	2	3	4	5	6	7

		Discordo totalmente				Concordo totalmente		
27-	Há sempre um elevado grau de incerteza e de conflito numa relação entre duas pessoas, independentemente de quão próxima essa relação é	1	2	3	4	5	6	7
28-	Sou muito sensível aos sinais de rejeição dos outros	1	2	3	4	5	6	7
29-	É importante para a minha família que eu tenha sucesso	1	2	3	4	5	6	7
30-	Sinto frequentemente que desapontei os outros	1	2	3	4	5	6	7
31-	Se alguém me irrita, dou-lhe a entender como me sinto	1	2	3	4	5	6	7
32-	Tento constantemente agradar ou ajudar as pessoas de quem sou próximo(a), e muitas vezes até "saio do meu caminho" para o conseguir	1	2	3	4	5	6	7
33-	Tenho muitos recursos interiores (capacidades, forças)	1	2	3	4	5	6	7
34-	Acho muito difícil dizer "não" aos pedidos dos amigos	1	2	3	4	5	6	7
35-	Nunca me sinto realmente seguro numa relação íntima	1	2	3	4	5	6	7
36-	O modo como me sinto em relação a mim próprio varia frequentemente: há alturas em que me sinto extremamente bem comigo próprio(a), e outras em que só vejo o que é mau em mim e sinto-me um(a) falhado(a)	1	2	3	4	5	6	7
37-	Sinto-me, com frequência, ameaçado(a) pela mudança	1	2	3	4	5	6	7
38-	Mesmo que a pessoa que me é mais próxima se fosse embora, conseguiria, ainda assim, "seguir em frente sozinho(a)"	1	2	3	4	5	6	7
39-	Tem que se trabalhar continuamente para ganhar o amor de outra pessoa, isto é, o amor tem que ser merecido	1	2	3	4	5	6	7
40-	Sou muito sensível aos efeitos que as minhas palavras ou acções têm nos sentimentos dos outros	1	2	3	4	5	6	7
41-	Censuro-me frequentemente por coisas que fiz ou disse a outra pessoa	1	2	3	4	5	6	7
42-	Sou uma pessoa muito independente	1	2	3	4	5	6	7
43-	Sinto-me culpado(a) com frequência	1	2	3	4	5	6	7
44-	Penso em mim como sendo uma pessoa muito complexa, alguém que tem "muitas facetas"	1	2	3	4	5	6	7

		Discordo totalmente					Concordo totalmente	
45-	Preocupa-me bastante poder ofender ou magoar alguém que me é próximo	1	2	3	4	5	6	7
46-	A raiva assusta-me	1	2	3	4	5	6	7
47-	O que conta não é: "quem se é", mas sim "o que se conseguiu realizar"	1	2	3	4	5	6	7
48-	Sinto-me bem comigo próprio(a) quer tenha sucesso, quer falhe	1	2	3	4	5	6	7
49-	Conseguo facilmente pôr os meus sentimentos e problemas de lado, e dedicar toda a minha atenção aos sentimentos e problemas de outra pessoa	1	2	3	4	5	6	7
50-	Se alguém de quem eu gosto se irritasse comigo, sentir-me-ia ameaçado(a) de que essa pessoa pudesse deixar-me	1	2	3	4	5	6	7
51-	Sinto-me incomodado(a) quando me são dadas responsabilidades importantes	1	2	3	4	5	6	7
52-	Após uma briga com um amigo, tenho, logo que possível, de tentar remediar a situação	1	2	3	4	5	6	7
53-	Tenho dificuldade em aceitar fraquezas em mim próprio(a)	1	2	3	4	5	6	7
54-	É mais importante para mim gostar do meu trabalho do que saber que é aprovado pelos outros	1	2	3	4	5	6	7
55-	Após uma discussão, sinto-me muito só	1	2	3	4	5	6	7
56-	No meu relacionamento com os outros estou muito preocupado(a) com o que eles me podem dar	1	2	3	4	5	6	7
57-	Raramente penso na minha família	1	2	3	4	5	6	7
58-	Os meus sentimentos relativamente a alguém que me é próximo variam com muita frequência: há algumas alturas em que me sinto completamente irritado(a) e outras em que me sinto "todo(a) amores" para com essa pessoa	1	2	3	4	5	6	7
59-	O que digo e faço tem um forte impacto nos que me rodeiam	1	2	3	4	5	6	7
60-	Às vezes sinto que sou "especial"	1	2	3	4	5	6	7

		Discordo totalmente					Concordo totalmente	
61-	Cresci numa família extremamente unida	1	2	3	4	5	6	7
62-	Estou muito satisfeito comigo próprio(a) e com as minhas realizações pessoais	1	2	3	4	5	6	7
63-	Quero muitas coisas de alguém de quem sou íntimo(a)	1	2	3	4	5	6	7
64-	Tenho tendência a ser muito crítico(a) de mim próprio(a)	1	2	3	4	5	6	7
65-	Estar sozinho(a) não me incomoda nada	1	2	3	4	5	6	7
66-	Muito frequentemente comparo-me com padrões ou metas a atingir	1	2	3	4	5	6	7

Anexo B – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encorticiamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo C – Questionário de Ideação Suicida (QIS)

QIS

(SIQ; W. M. Reynolds, 1987)

Versão portuguesa de Maria C. Castela e Joaquim A. Ferreira (1999)

Na lista, em baixo, há um certo número de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. Por favor indique quais destes pensamentos teve no mês passado. Preencha o círculo que estiver por baixo da resposta que melhor descreve os seus pensamentos. Certifique-se que preenche um círculo para cada frase. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas.

PENSEI NISTO	Quase todos os dias	Duas vezes por semana	Cerca de uma vez por semana	Duas vezes por mês	Cerca de uma vez por mês	Pensei Nisto mas não no último mês	Nunca tive este pensamento
1. Pensei que seria melhor não estar vivo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pensei suicidar-me.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pensei na maneira como me suicidaria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pensei quando me suicidaria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pensei em pessoas a morrerem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pensei na morte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Pensei em escrever um testamento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Desejei estar morto(a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).....
16. Desejei ter coragem para me matar.....
17. Desejei nunca ter nascido.....
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.....
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.....
20. Pensei em matar-me, mas não o faria.....
21. Pensei em ter um acidente grave.....
22. Pensei que a vida não valia a pena.....
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.....
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.....
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.....
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).....
27. Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me.....
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.....
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.....
30. Desejei ter o direito de me matar.....