



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**Dependência e Auto-criticismo em Indivíduos que tentaram o Suicídio**

**Ana Cristina Alves Rainha**

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: Psicologia Clínica  
Dissertação

Évora, 2018



**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**Dependência e Auto-Criticismo em Indivíduos que tentaram o Suicídio**

**Ana Cristina Alves Rainha**

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2018

## **Agradecimentos**

Agora terminado este processo, quero agradecer a todos que me acompanharam e me ajudaram nesta caminhada porque, sem vós, tal não seria possível.

Um enorme obrigado ao meu orientador, o professor Doutor Rui Campos, pela disponibilidade que sempre prestou para o esclarecimento de quaisquer dúvidas e ajudar no que fosse necessário, pela paciência e compreensão que teve ao longo deste processo. Agradeço também o enriquecimento teórico e científico que permitiu tornar a aprendizagem mais proveitosa.

Agradeço igualmente à minha família, em particular aos meus pais que estão sempre presentes, pelo seu apoio, afeto e carinho sem limites.

Agradeço aos meus amigos e colegas que me acompanharam ao longo deste processo. Em especial, à minha grande amiga Paula pelo seu apoio incondicional!

Quero deixar um agradecimento particular à minha querida amiga Maria Gertrudes, à Mafalda e ao Pedro que estiveram sempre presentes, que acompanharam de perto esta jornada, que estiveram presentes quando foi necessário e sempre acreditaram em mim, naquilo que conseguia fazer e que ainda poderia e iria fazer. Maria, com a tua força de vencer, a tua persistência e alegria de viver, dás-nos uma lição de vida a todos. Obrigada a todos!

## Resumo

A presente investigação analisou o papel da vulnerabilidade Auto-crítica e Dependente da personalidade no risco de suicídio. Participaram 92 indivíduos adultos, com idades entre os 20 e os 65 anos ( $M = 42.728$ ,  $SD = 12.950$ ): 22 indivíduos com perturbação psiquiátrica e que tentaram o suicídio, 39 indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa prévia de suicídio e 31 indivíduos da comunidade. Os participantes responderam um questionário de dados demográficos e clínicos, o Questionário de Experiências Depressivas – versão reduzida (QED-R) e o Inventário Breve de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Foram realizadas análises de variância e covariância e revelaram diferenças significativas entre os grupos. Os resultados indicaram que os indivíduos que tentaram o suicídio e os indivíduos com perturbação psiquiátrica apresentaram níveis de Auto-criticismo significativamente mais elevados que os indivíduos da comunidade. Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos clínicos. Os resultados têm implicações para a prevenção e avaliação do risco de suicídio.

**Palavras-Chave:** dependência, auto-criticismo, risco de suicídio, tentativas de suicídio, psicopatologia

## **Dependency and Self-Criticism in Individuals who attempted Suicide**

### **Abstract**

This research examined the role of Self-Critical and Dependent vulnerabilities of personality in suicide risk. Ninety-two adults participated, ranging in age from 20 to 65 years ( $M = 42.728$ ,  $SD = 12.950$ ): 22 individuals with psychiatric disorder and who attempted suicide, 39 individuals with psychiatric disorder without prior suicide attempt and 31 individuals of the community. Participants answered a sociodemographic and clinical questionnaire, the Depressive Experiences Questionnaire – Short form (DEQ–R) and the Brief Symptom Inventory (BSI). The analysis of variance and covariance were realized and found significant differences between groups. Results indicated that individuals who attempted suicide and individuals with psychiatric disorder presented significantly higher levels of Self-Criticism compared to individuals in community. No significant differences were found between both clinical groups. Results have implications for prevention and assessment of suicide risk.

**KEY WORDS:** dependency, self-criticism, suicide risk, suicide attempts, psychopathology

## Índice

INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
Duas dimensões da personalidade: Dependência e Auto-criticismo	8
Dependência, Auto-criticismo e Psicopatologia	13
Dependência, Auto-criticismo e Risco de Suicídio	15
Objetivos do estudo	18
METODOLOGIA	20
Participantes e procedimentos	20
Instrumentos de medida	23
Metodologia de análise de dados	25
RESULTADOS	28
DISCUSSÃO	31
Limitações e sugestões para estudos futuros	35
Conclusões e implicações clínicas	36
REFERÊNCIAS	38

## Introdução e fundamentação teórica

O suicídio, que deriva etimologicamente do latim *sui* (de si mesmo) e *caedere* (de matar), é o ato de maior autodestruição cometido pelo Homem, suplantando as barreiras do tempo e do espaço (Figueira, Sampaio, & Afonso, 2014; Saraiva, 1998). De facto, pensar sobre a vida e a morte, o direito de decidir sobre a própria vida e a própria morte, a dignidade humana na saúde, na doença e no morrer são questões transversais ao Ser Humano. A ausência de esperança, a solidão e o vazio empurram o homem para um diálogo íntimo com a sua voz interna, onde questionar o desespero e precipitar-se para o abismo pode surgir como forma mais provável de silenciar esta voz do sofrimento que estrangula e encontrar a paz desejada (Sampaio, 1991, 2002). O suicídio, enquanto autodestruição por um ato deliberadamente realizado para atingir este fim, é um acto comunicacional e carregado de ambivalência (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001; Saraiva, 2014). Os suicidas são considerados drásticos no sentido de procurar a morte como resolução para todos os seus problemas: dor sentida como infinita e insuportável, consciência sempre alerta, necessidades psicológicas básicas frustradas, solidão esmagadora, futuro cinzento e sem alternativas, onde a esperança já não existe e no mundo apenas habita o desespero. No fundo, a verdadeira intenção do suicida não é matar-se, mas matar a vida que o esmaga cada vez mais, a vida carente de sentido e significado (Matos, 2011, 2014; Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001; Sampaio, 1992; Saraiva, 2014). Aliás Voltaire salientou que “o homem que hoje se mata num momento de melancolia, desejaria viver se esperasse mais uma semana” (Saraiva, 1998, p. 14).

O suicídio é um fenómeno complexo, multifatorial e multifacetado que transcende os limites da psiquiatria e atravessa várias áreas de conhecimento como a psicologia, a sociologia, a antropologia e a filosofia (Campos & Leite, 2002; Cordeiro, 2016; Durkheim, 1897; Figueira, Sampaio, & Afonso, 2014; Sampaio, 1992; Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014). O suicídio é a maior questão de saúde mental ao longo do ciclo vital nas populações clínicas e não-clínicas (Campos & Holden, 2014). É considerado um grave problema de saúde pública com custos pessoais, sociais e económicos elevados, estes últimos na ordem dos biliões de euros (Direção-Geral de Saúde, 2013; Junior, 2015; OCDE, 2014). Na realidade, o suicídio atingiu valores alarmantes no mundo, em geral, e na Europa, em particular, maioritariamente nos últimos 30 anos (Chishti et al., 2003; Cordeiro, 2016; Râmoa et al., 2017; World Health

Organization, 2012). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012), quase um milhão de pessoas morre por suicídio em todo o mundo anualmente. Mundialmente suicidam-se 3000 pessoas por dia (uma a cada 40 segundos) e, por cada pessoa que põe termo à vida, 20 ou mais tentam o suicídio. Contudo, a OMS estima que o número de mortes por suicídio possa aumentar e atingir 1,6 milhões em 2020. Em Portugal, segundo os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2016, registaram-se um total de 981 mortes por suicídio (9,5 óbitos por 100.000 habitantes), sendo esta causa de morte mais frequente nos idosos e nos indivíduos do género masculino (Campos & Leite, 2002).

Dada a dimensão gritante deste fenómeno, nas últimas décadas têm sido identificadas algumas variáveis potencialmente influentes no risco suicidário (Campos & Holden, 2014; Campos, Besser, & Blatt, 2013; Harrison, Geddes, & Sharpe, 2002; World Health Organization, 2012). Destacam-se as variáveis clínicas, como a presença de doença mental, especialmente perturbações do humor, perturbações psicóticas e perturbações da ansiedade, assim como algumas perturbações da personalidade (perturbação estado-limite e comportamento antissocial). Especificamente, a depressão é apresentada como o fator de risco mais frequente, sendo que aproximadamente 15 a 20 % de pacientes deprimidos morrem por suicídio (Barbosa & Silveira, 2011; Figueira, Sampaio, & Afonso, 2014). Apesar da relação aparentemente existente entre depressão e suicidalidade, os dados mostram inequivocamente que nem todos os pacientes com depressão clínica se suicidam, nem todos aqueles que cometem suicídio estavam clinicamente deprimidos. Portanto, outras variáveis individuais e psicológicas, nomeadamente, traços de personalidade disfuncionais têm suscitado interesse de análise na comunidade científica. Entre estes salientam-se: por um lado, a dependência e o desamparo e, por outro lado, o perfeccionismo, em geral e, particularmente, o auto-criticismo (Campos & Holden, 2014; Figueira, Sampaio, & Afonso, 2014; Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014).

### Duas dimensões da personalidade: Dependência e Auto-criticismo

Diferentes abordagens teóricas sugerem que o relacionamento e a auto-definição são duas dimensões psicológicas centrais para a compreensão e classificação da



psicopatologia, relacionando os conceitos de psicopatologia com os processos de desenvolvimento da personalidade e variações na organização da personalidade normal (Luyten & Blatt, 2011; Luyten et al., 2007). De acordo com o modelo das 2 configurações de Blatt (2008) sobre o desenvolvimento da personalidade normal e patológica, a organização madura e adaptativa da personalidade compreende a integração, em níveis desenvolvimentais sucessivos, desde a infância até à idade adulta, daquelas que são consideradas as questões desenvolvimentais psicológicas *major*: o *relacionamento* e *auto-definição* (Blatt, 2004, 2008). Este modelo das duas polaridades, em paralelo com outras teorias da personalidade, postula que o desenvolvimento normal é produto de um entrelaçamento contínuo, balanceado, integrativo e mútuo entre as duas dimensões, conduzindo à redução do *stress* e promovendo o bem-estar físico e psicológico (Besser & Priel, 2005; Blatt, Zuroff, Hawley, & Auerbach, 2010; Campos, Besser, & Blatt, 2012; Luyten & Blatt, 2011, 2013).

O *relacionamento interpessoal* corresponde à capacidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas, significantes, maduras, recíprocas e satisfatórias. A *auto-definição* diz respeito ao desenvolvimento de uma identidade diferenciada, essencialmente positiva e progressivamente integrada (Besser, 2004; Campos, Besser, & Blatt, 2010; Campos & Holden, 2015; Luyten & Blatt, 2013). Estes dois processos desenvolvimentais evoluem ao longo do ciclo vital através de uma transação complexa, sinérgica e hierárquica de tal forma que os progressos quer na linha desenvolvimental do relacionamento (ou anaclítica) quer na auto-definição (ou linha introjetiva) facilitam os progressos na outra. De facto, não só um sentido do *self* mais maduro, desenvolvido e diferenciado emerge de relações interpessoais construtivas, como o desenvolvimento de relações interpessoais mais maduras e significativas contribui para a evolução de uma identidade mais diferenciada e consolidada (Blatt, 2008; Luyten & Blatt, 2011, 2013).

No domínio da normalidade, os indivíduos podem focar-se maioritariamente ou na questão do relacionamento interpessoal ou na questão da auto-definição. Esta ênfase ou numa linha desenvolvimental ou noutra delimita duas configurações básicas da personalidade, *anaclítica* ou *dependente* e *introjetiva* ou *auto-crítica*, caracterizadas por formas de cognição distintas, modos experienciais particulares, mecanismos de defesa e *coping* preferenciais, diferentes modos de relacionamento interpessoal e diferenças na

auto-representação (Besser & Priel, 2003; Blatt, 2008; Blatt & Schichman, 1983; Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014; Campos, Besser, & Blatt, 2012).

Na *configuração anaclítica da personalidade*, as relações interpessoais ocupam a questão central. Com efeito, o universo dos indivíduos anaclíticos é maioritariamente o mundo relacional (Blatt, 2004, 2008; Klein, Honning, Taylor, & Dickstein, 1988). Indivíduos anaclíticos são descritos como mais focados nos afetos, sentimentos e intuição, apresentando um processo de pensamento predominantemente figurativo com uma ênfase no processamento em paralelo e/ou visual. O seu focus cognitivo caracteriza-se pela síntese, integração e coesão de elementos em detrimento de uma análise crítica de unidades separadas e dos detalhes. Em relação aos estilos cognitivos, estes indivíduos tendem a optar pelo nivelamento e redução das diferenças e das contradições. São, sobretudo, dependentes de campo, sendo mais conscientes e permeáveis a mudanças que ocorram no ambiente que os rodeia.

As relações interpessoais são vivenciadas próxima e intimamente, onde predominam os sentimentos de fusão, suporte, segurança, estabilidade e harmonia (Blatt, 2004, 2008). Além disso, vários estudos que têm analisado os dois estilos de personalidade em relação ao modelo dos 5 fatores (e.g., Mongrain, 1993) têm verificado uma associação positiva entre a configuração anaclítica e o fator agradabilidade e uma associação negativa com a conscienciosidade. Num outro estudo, os resultados demonstraram que a dependência pode ser considerada uma forma agradável de neuroticismo (Zuroff, 1994). Assim, as suas relações interpessoais são caracterizadas por uma interação frequente, construtiva e direcionada por e para os outros. A submissão, a passividade e a conciliação são estilos interpessoais destes indivíduos com orientação libidinal marcada (Blatt, 2004, 2008). Diversos estudos têm evidenciado que indivíduos anaclíticos manifestam geralmente um estilo de vinculação interpessoal ansioso-preocupado. Isto é, a dependência estaria relacionada com um foco no estabelecimento e manutenção de relações de intimidade, evitamento do conflito e inibição de comportamento hostil que possam levar à ruptura dos relacionamentos e, conseqüentemente, à perda da gratificação e níveis elevados de *distress* após a dissolução das relações (Besser & Priel, 2003; Murphy & Bates, 1997; Zuroff & Fitzpatrick, 1995). Portanto, o estilo de personalidade anaclítico apresenta quer características adaptativas e proativas no sentido de uma orientação positiva em relação

aos outros e na procura ativa de suporte social, quer características de desajustamento psicológico como sentimentos de desamparo, medo e ansiedade em relação à perda e incapacidade de lidar com o *stress* (Blatt, 2008).

Os mecanismos de defesa primários são considerados imaturos e desadaptativos em ambas as configurações de personalidade. As *defesas de evitamento*, como a retirada, negação e repressão, são aquelas que globalmente caracterizam a configuração anaclítica da personalidade. As defesas de evitamento são utilizadas para evitar reconhecer as ameaças existentes, reduzir a ansiedade com a finalidade última de manter e evitar a ruptura da relação interpessoal, negligenciando o desenvolvimento do *self* (Besser, 2004; Blatt, 2004, 2008).

Os indivíduos *introjetivos* orientam sobretudo o seu foco atencional para as questões da auto-definição. São caracterizados como literais e críticos no seu pensamento, centram-se no comportamento manifesto, na lógica, racionalidade, consistência, coerência e relações de causalidade. Em contraste com os indivíduos anaclíticos, os indivíduos introjetivos intensificam o processo analítico dos detalhes, ou seja, o foco é precisamente a análise crítica dos elementos e unidades isoladas. Contrariamente aos indivíduos anaclíticos, os indivíduos introjetivos são predominantemente independentes de campo: as suas decisões e experiências são determinadas primeiramente por avaliação interna e não por acontecimentos externos. O seu focus instintivo é a agressão colocada ao serviço da auto-definição e diferenciação com a finalidade de encontrar autonomia, controlo, assertividade, poder e prestígio. O controlo, a razão e a lógica têm supremacia sobre as emoções, sentimentos e afetos. São responsáveis, seguros, organizados e metódicos. Valorizam as suas ideias e opiniões, usando-as como pontos de referência e persuadindo os outros de modo a aceitarem os seus pontos de vista. Quando se comprometem com decisões e compromissos, planificam e executam esse plano precisa e perfeitamente (Blatt, 2004, 2008).

Investigações empíricas demonstram que indivíduos marcadamente introjetivos, ou seja, que apresentam pontuações elevadas no fator auto-criticismo do QED em amostras clínicas e amostras não-clínicas, são mais introvertidos, auto-direcionados, irritáveis, auto e hetero-críticos, reservados e com afastamento marcado em relação aos pares (Blatt, 2008; Dinyer, Barrett, Zimmermann, Schauenburg, Wright, Renner, Mano, & Barber, 2014). Alguns estudos empíricos revelaram que o auto-criticismo relaciona-

se com o neuroticismo (Zuroff, 1994). As relações interpessoais de indivíduos auto-críticos são relativamente hostis, não prazerosas, marcadas pela desconfiança, insatisfação, reduzida abertura e falta de intimidade (Besser & Priel, 2003; Blatt, 2008; Mongrain, 1998; Zuroff & Fitzpatrick, 1995). Para os indivíduos auto-críticos, as relações interpessoais desempenham funções de diferenciação de identidade e auto-definição, estabelecimento e manutenção da auto-estima e os outros são meros agentes de aprovação (Blatt, 2004, 2008; Luyten, Sabbe, Blatt, Meganck, Jansen, Grave, Maes, & Conveleyn, 2007).

Os indivíduos introjetivos, que são marcadamente perfeccionistas, respondem ao *stress* com sentimentos de culpa, desespero, vergonha e não procuram suporte social para ajudar a partilhar a sua angústia e sofrimento. Quando a falha ocorre, estes indivíduos tendem a transferir a sua raiva e hostilidade para os outros para preservarem a sua auto-estima (Ashby, Rice, & Martin, 2006; Blatt, 2004, 2008). Deste modo, a sua auto-estima é formada com base nas suas realizações e (in) sucessos, flutuando entre sentimentos de grandiosidade, superioridade e onnipotência e sentimentos de falha, fracasso, insucesso completo (Mongrain, 1998). Considerável investigação empírica e clínica sobre o perfeccionismo auto-crítico, dimensão central da personalidade na configuração da personalidade introjetiva, demonstra que estes indivíduos possuem baixa auto-estima, relatam sintomatologia depressiva, são predispostos ao abuso de substâncias (sobretudo, adição de opiáceos) e perturbações alimentares, são exageradamente apreensivos, têm afetos negativos intensos e poucos afetos positivos (Blankstein & Koledin, 1991; Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2006).

Em relação aos mecanismos de defesa, os indivíduos introjetivos usam frequentemente *defesas de oposição* (e.g., projeção, reversão, racionalização, formação reativa e sobrecompensação) com a finalidade de proteger e conservar um sentido eficaz do *self* pela transformação do conflito, impulso ou acontecimento ameaçador no seu oposto. A racionalização e a sobrecompensação são geralmente mais eficazes e eficientes do que a projeção, reversão e formação reativa (Besser, 2004; Blatt, 2008).

Apesar de indivíduos com funcionamento normal terem modos preferenciais de cognição, adaptação, *coping* e defesa, são relativamente flexíveis às circunstâncias ambientais, sendo capazes de estabelecer relações interpessoais significativas e manter uma identidade essencialmente positiva e consolidada (Blatt, 2004, 2008). A

normalidade está fortemente ligada à vida e qualquer pessoa que se encontre num estado de funcionamento psicológico normal, quaisquer que sejam os seus conflitos internos e externos, consegue reorganizar-se e readaptar-se a si, aos outros e às mudanças ocorrentes no ambiente, sem se perder ou deixar amarrar interiormente nas grades de uma prisão narcísica, não se fazendo rejeitar pelos outros, apesar das divergências (Bengeret, 1996; Fonseca, 1997). Contudo, quando o indivíduo entra num estado de desequilíbrio e o auto-criticismo e dependência constituem traços exacerbados e rígidos da personalidade, tornam-se fontes de vulnerabilidade à psicopatologia, em geral, e à depressão, em particular (Besser, 2004; Campos, Besser, & Blatt, 2010; Dinyer, Barrett, Zimmermann, Schauenburg, Wright, Renner, Mano, & Barber, 2014; Dunkley, Blankstein, Zuroff, Lecee, & Hui, 2005; French & Dobson, 1992; Klein, Handing, Taylor, & Dickstein, 1988; Zuroff, 1994).

#### Dependência, Auto-Criticismo e Psicopatologia

Um foco excessivo e distorcido numa ou noutra linha desenvolvimental seriam produto de um conflito intenso e dinâmico para manter uma homeostase forçada (e perturbada) entre relacionamento e auto-definição (Luyten & Blatt, 2011, 2013). Especificamente, Blatt (1974) introduziu no seu modelo que a dependência e o auto-criticismo desempenham um papel importante na etiologia da depressão e que subjazem às formas clínicas e não clínicas de depressão (Blatt, 1991; Blatt et al., 1982; Blatt & Zuroff, 1992; Klein et al., 1988). Estas duas configurações da personalidade constituem fatores de vulnerabilidade para a depressão clínica, em particular, aquando a presença de acontecimentos de vida negativos (Besser, 2004; Iketani et al., 2002 como citado em Abreu, 2012; Luyten et al., 2007; Nietzel & Harris, 1990). Os acontecimentos de vida desempenham um papel importante na génese da depressão devido ao potencial ativador e estimulador do *stress* (Sobrinho & Campos, 2016). Com efeito, dois tipos de acontecimentos de vida aumentariam significativamente a predisposição individual para a patologia depressiva: por um lado, acontecimentos relacionados com a esfera interpessoal (perda, separação ou solidão). Por outro lado, ameaças severas à auto-estima, auto-valor e a um sentido essencialmente positivo do *self* (sentimentos de falha, inferioridade ou culpa) (Ashby, Rice, & Martin, 2006; Blatt, 1995, 2004, 2008;

Campos, Besser, & Blatt, 2010). Assim, Blatt (1974) defendeu que os indivíduos dependentes, particularmente vulneráveis a acontecimentos na esfera relacional e quando deprimidos, apresentariam uma depressão de dependência. Os indivíduos introjetivos, especialmente vulneráveis a acontecimentos na esfera da auto-definição, apresentariam uma depressão introjetiva quando deprimidos (Campos, 2009).

A *depressão anaclítica* é caracterizada por sentimentos de solidão, desamparo, fraqueza, fragilidade, sentimento de se esvaziar (*depletion*), medo crônico de ser abandonado e o sentimento de não ser amado, cuidado ou protegido. Estes indivíduos vivenciam desejos intensos de serem cuidados, amados, protegidos e amparados. Existe uma necessidade urgente de contato, sendo o sujeito anaclítico especialmente vulnerável à perda desse objeto, a sentimentos de tristeza, rejeição e abandono, onde sentimentos de culpa são quase inexistentes (Blatt, 2004, 2008; Blatt et al., 1982; Campos, 2009; French & Dobson, 1992; Luyten et al., 2007). Os outros são avaliados primeiramente pelo cuidado, conforto e satisfação que possam fornecer. Deste modo, a falta de contato com os outros, a perda e a separação constituem fortes ameaças para estes indivíduos. Surge o medo e a ansiedade, e a procura de substitutos constitui um meio arcaico de o sujeito lidar com estas questões potencialmente assustadoras para a sua sobrevivência mental (Blatt, 1995; Campos, 2012). A depressão anaclítica estaria ainda associada a outros sintomas específicos como solidão, choro, reatividade aos acontecimentos do ambiente, impulsividade, labilidade afetiva, abuso de substâncias, perturbações alimentares e ainda queixas somáticas (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Fazaá & Page, 2009; Klein, Honing, Taylor, & Dickstein, 1988; Luyten, Sabbe, Blatt, Meganck, Jansen, Grave, Maes, & Conveleyn, 2007; Zuroff & Fitzpatrick, 1995).

A *depressão introjetiva* é caracterizada por um excessivo auto-criticismo, sentimentos de desvalorização, inferioridade, culpa, sentimento de não ser amado e não ser digno de merecer amor e afeto (Blatt, 2004, 2008; Luyten, Sabbe, Blatt, Meganck, Jansen, Grave, Maes, & Conveleyn, 2007). Frequentemente estes indivíduos apresentam um super-ego severo e punitivo, ideais e objetivos exigentes e são excessivamente moralistas. São esforçados e rigorosos, têm um medo constante da crítica, do julgamento e da perda de aprovação dos outros significativos. Partem em busca de uma realização sempre inacabada e incompleta. São competitivos, trabalham arduamente com uma elevada exigência auto-imposta e responsabilidade. Devido à sua

competitividade extrema, eles são críticos e podem atacar os outros (Blatt, 1995; Campos, 2009). Nesta forma de depressão, predomina a ambivalência e hostilidade em relação ao objeto. Isto é, a presença e a constância do objeto é uma necessidade básica, não para fornecer gratificação como sucede na depressão anaclítica, mas antes aceitação, reconhecimento e aprovação. A negação é substituída pela introjeção e identificação como mecanismos de defesa. Mais, persiste o medo de perder o amor, a aprovação, o reconhecimento e aceitação do objeto e não de perder o próprio objeto em si, como se verifica na depressão dependente (Campos, 2009). Adicionalmente, como mecanismos narcísicos compensatórios de uma profunda ferida narcísica de difícil cicatrização e onde residem sentimentos de culpa, desvalorização, inferioridade e inutilidade, o indivíduo com depressão introjetiva envolve-se em várias atividades em simultâneo. Assim, as suas tentativas de realização e a fantasia da sua grandiosidade e onnipotência não são mais que esforços para camuflar os “buracos negros” que um indivíduo com depressão introjetiva pensa existirem em si. Todavia, a busca pela perfeição perdida, o sentimento de comando e impositivo de realizar continua e arduamente aquilo que se propõe fazer inviabiliza a satisfação a médio e longo prazo com as realizações e sucesso alcançado (Blatt, 1995; Campos, 2009).

A investigação revelou a existência de uma relação forte e significativa entre perfeccionismo, auto-criticismo e depressão crónica (Ashby, Rice, & Martin, 2006). A depressão introjetiva, auto-crítica ou um tipo de depressão de culpa, que pode ser particularmente insidiosa e que é desenvolvimentalmente mais avançada, é também caracterizada pela anedonia, falta de reatividade e retirada social (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Klein, Honing, Taylor, & Dickstein, 1988).

A distinção entre a vulnerabilidade dependente e auto-crítica para a depressão foi alargada e permitiu diferenciar duas configurações primárias da psicopatologia – configuração anaclítica e configuração introjetiva da psicopatologia (Blatt, 1995, 2004, 2008; Luyten & Blatt, 2011, 2013).

### Dependência, Auto-criticismo e Risco de suicídio

A dependência e auto-criticismo têm sido apontados como fatores de vulnerabilidade para a suicidalidade por diversas investigações empíricas, ainda que de

forma diferenciada (Bornstein & O'Neill, 2000; Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014; Campos & Holden, 2015; Fazaa & Page, 2003, 2009; Flett, Heisel, & Hewitt, 2014). A *saber*, investigação considerável tem indicado que a relação entre a vulnerabilidade auto-crítica da depressão e o risco de suicídio é mais forte do que a relação entre a vulnerabilidade dependente da depressão e o risco de suicídio (Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014; Campos, Besser, & Blatt, 2012; Campos & Holden, 2015; Fazaa & Page, 2003, 2009). Particularmente, a relação entre auto-criticismo, perfeccionismo e risco suicidário tem sido devidamente referenciada, maioritariamente na adolescência e idade adulta emergente (Blatt, 1995; Donaldson, Spirit, & Farrett, 2000; Flett, Heisel, & Hewitt, 2014; Flomenbaun & Holden, 2007; Hewitt, Flett, & Weber, 1994; Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997; Marks & Hallen, 1977; O'Connor, 2007; O'Connor & Noyce, 2008). Em contraste, os resultados são mais modestos, equívocos e pouco claros em relação ao papel desempenhado pela dependência nos comportamentos suicidas (Bornstein & O'Neil, 2000; Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014; Fazaa & Page, 2003). Por um lado, há estudos que apontam para uma relação direta entre dependência e a suicidalidade (e.g., Klomek et al., 2008; Loas & Defélice, 2012). Por outro lado, outras investigações empíricas sugerem que esta relação é menos evidente e mais ambígua (Bornstein & O'Neill, 2000; Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014; Fazaa & Page, 2003; 2009).

A título de exemplo, num trabalho de investigação realizado numa amostra da comunidade portuguesa, Campos, Besser & Blatt (2012) examinaram a relação entre vulnerabilidades de personalidade, dependência e auto-criticismo, e a suicidalidade, analisando o *distress* como principal variável mediadora. Concluíram que a dependência, em oposição ao auto-criticismo que se encontrou direta e positivamente associado com o *distress* e a suicidalidade, teve somente uma associação indireta com a suicidalidade mediada pelo *distress*. Numa outra investigação, Campos, Besser & Blatt (2013) sugeriram que os sintomas depressivos mediam a relação entre o auto-criticismo e a suicidalidade. Fazaa e Page (2003), num estudo levado a cabo com uma amostra de 64 estudantes universitários, evidenciaram diferenças significativas entre indivíduos auto-críticos e dependentes em relação ao risco suicidário. Os resultados demonstraram que os indivíduos auto-críticos que tentaram o suicídio manifestaram uma maior intencionalidade na sua tentativa e exibiram pontuações de maior letalidade



comparativamente aos indivíduos dependentes. Mais, os indivíduos auto-críticos criaram com frequência situações em que a possibilidade de intervenção durante as suas tentativas foi menor. Pelo contrário, os indivíduos dependentes procuraram assegurar a sua sobrevivência, pois frequentemente as suas tentativas envolveram uma maior probabilidade de descoberta e, conseqüentemente, de salvamento. Adicionalmente, os indivíduos auto-críticos envolveram-se em gestos suicidas frequentemente após um stressor intrapsíquico, ou seja, um acontecimento de vida pessoal que premiu o gatilho para a tentativa de suicídio por uma necessidade urgente de escape e fuga. Contrariamente, os indivíduos dependentes tentaram o suicídio após a ocorrência de um acontecimento de vida interpessoal, sendo motivados pelo desejo de expressar a sua dor, infelicidade e angústia como um grito último e suplicante de auxílio e socorro. Numa outra investigação, Fazaá e Page (2009) analisaram a relação entre os estilos de personalidade dependente e auto-crítico, a impulsividade e o comportamento suicida. Os resultados foram congruentes com estudos anteriores, ou seja, indivíduos dependentes apresentaram maior impulsividade nas suas tentativas, ao contrário de indivíduos auto-críticos que apresentaram níveis mais baixos de impulsividade nas suas tentativas e revelaram uma maior deliberação sobre a sua tentativa durante um período prolongado de tempo.

Em relação ao papel da dependência nos comportamentos suicidas, Klomek et al. (2008) analisaram a relação entre a suicidalidade e as vulnerabilidades auto-crítica e dependente numa amostra de 96 adolescentes. Foram comparados 3 grupos: 32 adolescentes que tentaram o suicídio, 32 com perturbação psiquiátrica e 32 adolescentes saudáveis. Concluíram que os adolescentes que tentaram o suicídio apresentaram níveis significativamente mais elevados de depressão anaclítica e depressão introjetiva comparativamente aos dois grupos de controlo. Loas e Defélice (2012) avaliaram 41 sujeitos que tentaram o suicídio, recorrendo a instrumentos como o Inventário de Dependência Interpessoal e o Inventário de Depressão de Beck. Apuraram que a dependência era um traço de personalidade estável nestes indivíduos. Também Nuns & Loas (2005) conduziram um estudo em que foram aplicados o Questionário de Depressão de Beck e o Questionário de Dependência Interpessoal a 63 indivíduos que tentaram o suicídio e 63 indivíduos da comunidade. Os resultados revelaram que os indivíduos que tentaram o suicídio obtiveram pontuações significativamente mais

elevadas no Questionário de Dependência do que os indivíduos sem tentativa de suicídio. Ao contrário das investigações citadas que insistem numa relação direta entre dependência e suicidalidade, Campos et al. (2014) encontraram que o *distress* psicológico (retirada social e depressão) foi uma variável mediadora na relação entre dependência e o risco de suicídio. Por conseguinte, a dependência pode ser um fator de risco para o suicídio quando estes indivíduos vivenciam isolamento social, solidão e depressão, que acciona o seu potencial suicida. Porém, várias investigações empíricas apresentam resultados divergentes sobre o papel da dependência na suicidalidade.

### Objetivos do estudo

Este estudo tem como objetivo principal analisar o papel da dimensão da personalidade anaclítica (ou dependente) e da dimensão introjetiva (ou auto-crítica) no risco de suicídio, controlando o efeito da psicopatologia. O objetivo específico da investigação foi examinar se os indivíduos que se encontram em maior risco de suicídio apresentam níveis significativamente mais elevados de dependência e auto-criticismo, avaliados pelo QED, controlando o efeito da psicopatologia, do que indivíduos com perturbação psiquiátrica com menor risco e indivíduos da comunidade. Foram comparados três grupos específicos, contrastados e independentes de indivíduos adultos entre os 20 e os 65 anos de idade: indivíduos com perturbação psiquiátrica e que tentaram o suicídio, indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa prévia de suicídio e indivíduos da comunidade. Recorreu-se a uma metodologia por questionários e os instrumentos de medida utilizados foram o Questionário de Experiências Depressivas (QED; Blatt et al., 1976; versão portuguesa de Campos, Besser, & Blatt, 2013) e o Inventário Breve de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1999; 2007].

É consensual pensar que níveis elevados de psicopatologia geral influenciam os níveis de dependência e auto-criticismo, isto é, níveis mais elevados de psicopatologia tendem a originar igualmente níveis mais elevados de dependência e auto-criticismo. Por sua vez, a dependência e o auto-criticismo constituem fontes de vulnerabilidade para a psicopatologia, em geral, e para a depressão, em particular (Blatt, 1995, 2004, 2008; Blatt et al., 1982). Por isso, introduziu-se a psicopatologia como variável

concomitante ou covariável, permitindo a análise direta entre risco de suicídio e variáveis de personalidade através da neutralização das diferenças existentes entre os sujeitos dos três grupos. As variáveis estudadas foram: risco de suicídio (variável independente), dependência e auto-criticismo (variáveis dependentes) e psicopatologia (covariável). Várias investigações estudaram a relação entre variáveis de personalidade, Dependência e Auto-Criticismo, e Suicidalidade (e.g., Donaldson, Spirito, & Farret, 2000; Hewitt, Flett, & Weber, 1994; Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997; Klomek et al., 2008). Porém, a maioria dos estudos foi realizado com amostras de adolescentes ou estudantes universitários que parecem apresentar frequentemente preocupações intensas quer com o relacionamento interpessoal com os pares quer com a auto-definição, não sendo grupos representativos da população. Inclusivamente, várias investigações semelhantes (e.g., Klomek et al., 2008) não utilizaram métodos estatísticos de controlo de outras variáveis potenciais como a psicopatologia. Contrariamente, o presente estudo analisa o papel das variáveis de personalidade no risco de suicídio em indivíduos adultos, utilizando o Questionário de Experiências Depressivas (versão reduzida) e controlando estatisticamente o efeito da psicopatologia e, assim, reduzindo a sua influência nos níveis de dependência e auto-criticismo e diminuindo as ameaças à validade interna da investigação.

Admite-se como hipóteses do estudo: H<sub>1</sub>) os grupos diferem significativamente entre si nos níveis médios de dependência e auto-criticismo, sem o controlo da psicopatologia e H<sub>2</sub>) os indivíduos que tentaram o suicídio apresentam níveis significativamente mais elevados de Dependência e Auto-criticismo comparativamente aos indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa de suicídio e aos indivíduos da comunidade, mesmo quando se controla o efeito da psicopatologia.

## Metodologia

### Participantes e Procedimentos

Três grupos de indivíduos num total de 92, com idades compreendidas entre os 20 e 65 anos,  $M = 42.728$ ,  $SD = 12.950$ , 24 indivíduos do género masculino e 68 do género feminino, a maioria residentes no distrito de Évora, participaram no estudo. Os grupos foram: grupo de indivíduos que tentaram o suicídio, grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativas de suicídio e grupo de indivíduos da comunidade. As características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo encontram-se descritas na Tabela 1. A educação dos participantes variou entre 0 e 17 anos de escolaridade ( $M = 10.83$ ,  $SD = 3.99$ ). Uma minoria de participantes estavam desempregados (23.913 %) e 41.30 % estavam solteiros.

O grupo de indivíduos que tentaram o suicídio ( $N = 22$ ), que correspondeu ao grupo experimental, foi composto pelos indivíduos que foram admitidos como pacientes na consulta externa de psiquiatria no Hospital Espírito Santo de Évora após a entrada no serviço de urgência devido a tentativa de suicídio. Procedeu-se a um método de amostragem não probabilístico baseado em informantes estratégicos, especificamente amostragem por especialistas. Estes participantes foram selecionados com base no conhecimento do seu comportamento suicida como foi informado pelos médicos psiquiatras responsáveis pelo seu tratamento. Os indivíduos que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar na investigação foram sequencialmente inseridos na amostra conforme foram surgindo em consulta. Foram excluídos os doentes com psicose grave, demência ou qualquer outra condição que tornasse o paciente, do ponto de vista cognitivo, incapaz de ser entrevistado e de compreender as questões colocadas pela investigadora ou assistente de investigação. O grupo de controlo de indivíduos com perturbação psiquiátrica ( $N = 39$ ) foi igualmente seleccionado no Departamento de Psiquiatria do Hospital Espírito Santo de Évora, em dois momentos distintos. Nenhum destes participantes teve história de tentativa de suicídio e/ou ideação suicida. Uma amostra de conveniência de adultos da comunidade ( $N = 31$ ) constituiu o segundo grupo de controlo que foi formado por indivíduos que foram abordados em

locais públicos como escolas, cafés, igrejas, pequenas lojas locais ou centros comerciais.

O projeto de investigação onde esta dissertação se inclui foi aceite pelo Conselho Científico e pela Comissão de Ética da Universidade de Évora no que respeita à recolha de dados dos indivíduos da comunidade, e pela Comissão de Ética do HES no que respeita à recolha de dados junto dos pacientes. Os protocolos dos indivíduos do grupo experimental e do grupo de controlo com perturbação psiquiátrica foram recolhidos no Departamento de Psiquiatria do Hospital Espírito Santo de Évora, ainda que em dois momentos diferentes. Após a consulta de psiquiatria, os indivíduos foram informados pelos médicos da possibilidade de participar numa investigação e assinaram o termo de consentimento informado. Foram dadas explicações breves sobre o estudo e como iria decorrer.

Os participantes do grupo de controlo da comunidade foram abordados em espaços públicos, sendo convidados a participar num estudo sobre risco de suicídio. Todos os protocolos foram recolhidos em sessões individuais por assistentes de investigação. Todas as assistentes de investigação receberam formação básica sobre o processo de recolha de dados mediante a utilização de questionários. Os protocolos de investigação eram compostos por um conjunto diverso de questionários utilizados noutros estudos. Os questionários foram apresentados em ordem variável de modo a controlar os potenciais efeitos de ordem. Todos os participantes no estudo assinaram um termo de consentimento informado depois de explicada a natureza da investigação. A participação foi anónima, voluntária e não remunerada. Foi dada aos participantes a oportunidade de desistir a qualquer momento. A amostra recolhida foi de diversas centenas de participantes, mas para o presente estudo seleccionaram-se aleatoriamente 31 da base de dados. Na realidade, este estudo inseriu-se num projecto de investigação mais vasto sobre o impacto de diversas variáveis psicológicas e contextuais (e.g., dor psicológica, sentimento de ser um fardo, personalidade, etc.) no risco suicidário em indivíduos adultos da comunidade.

*Tabela 1.* Características Sociodemográficas e Clínicas do Grupo Experimental de Indivíduos que Tentaram o Suicídio, Indivíduos de Controlo com Perturbação Psiquiátrica e Indivíduos da Comunidade

<b>Variável</b>	<b>Tentativa de suicídio (N = 22)</b>	<b>Perturbação Psiquiátrica (N=39)</b>	<b>Comunidade (N=31)</b>
	<i>M (SD ou %)</i>	<i>M (SD ou %)</i>	<i>M (SD ou %)</i>
Idade	44.136 (12.662)	44.539 (12.925)	39.452 (12.964)
Número de indivíduos do género feminino	19 (86.4)	27 (69.2)	22 (71.0)
Número de indivíduos do género masculino	3 (13.6)	12 (30.8)	9 (29.0)
Escolaridade (em anos)	9.818 (5.030)	9.846 (3.829)	12.774 (2.459)
Número de solteiros	9 (40.9)	12 (30.8)	17 (54.8)
Número de indivíduos desempregados	6 (27.3)	10 (25.6)	6 (19.4)
Número de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico	21 (95.5)	39 (100)	0

## **Instrumentos de medida**

*Ficha de Dados Demográficos e Clínicos:* Inclui informações referentes a dados sociodemográficos, como a idade, género, estado civil, nacionalidade, escolaridade, profissão, agregado familiar, religiosidade. É pedida informação complementar respeitante a dados clínicos e familiares, como a presença (ou ausência) de diagnóstico psiquiátrico e de doença crónica, consumo e/ou abuso de substâncias, contacto com profissionais de saúde mental e história familiar de comportamentos suicidas (particularmente, suicídio consumado e tentativa de suicídio).

*Questionário de Experiências Depressivas (QED; Depressive Experience Questionnaire;* Blatt et al., 1976, 1979; versão portuguesa de Campos, Besser, & Blatt, 2013; versão reduzida adaptada de Bagby et al., 1994): Permite avaliar a dependência e o auto-criticismo ou, mais genericamente, o relacionamento e a auto-definição ou as dimensões de personalidade anaclítica e introjetiva (Blatt, 1974, 2004, 2008; Blatt et al., 1976; Campos, 2000, 2016; Yao, Fang, Zhu, & Zuroff, 2009). O QED é um questionário composto por 66 itens e mede um conjunto de experiências relacionadas com a depressão, mas que não constituem em si mesmos sintomas clínicos de patologia depressiva (Campos, 2000, 2009, 2016). Os indivíduos respondem numa escala de resposta de Likert de sete pontos, variando de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (7) (Campos, 2000, 2016; Campos, Besser, & Blatt, 2013). Permite resultados para três fatores: dependência, auto-criticismo e eficácia (Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976, 1979). O fator I, Dependência, contém itens que estão primeiramente focados nos relacionamentos interpessoais, abordando questões como o medo do abandono, rejeição ou perda do objeto, sentimento de solidão e desamparo, desejo de ser cuidado, protegido, dependente e íntimo, e preocupações com a possibilidade de ofender ou magoar alguém devido ao medo de perder a gratificação que eles possam fornecer. Pertencem à escala dependência itens como “Muitas vezes sinto-me desamparado”. O fator II, Auto-criticismo, inclui itens focados na problemática da auto-definição e auto-estima, abordando questões relacionadas com sentimentos de culpa, desvalorização, vazio e inferioridade, desesperança e sentimento de não ter correspondido às expectativas e padrões (Blatt, 2008; Blatt et al., 1995; Campos, 2000). Itens como “Há uma diferença

considerável entre como sou agora e como gostaria de ser” integram a escala auto-criticismo. O fator III, Eficácia, reflete uma componente adaptativa de resiliência pessoal, força interna e segurança nas próprias capacidades (Blatt, 2004, 2008; Blatt et al., 1982; Campos, 2000; French & Dobson, 1992). São exemplos de itens que saturam neste fator: “Tenho muitos recursos interiores (capacidades, forças) ” e “Estou muito satisfeito comigo próprio(a) e com as minhas realizações pessoais”.

Diversos estudos têm mostrado qualidades psicométricas respeitáveis do QED em amostras clínicas e não clínicas (Blatt, 2004; Luyten et al., 2007). A consistência interna, a fidelidade teste-reteste e a validade fatorial do QED têm sido demonstradas em várias investigações e em diferentes culturas (Blatt, 1995, 2004, 2008; Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976, 1979; Campos, 2000; Zuroff, Quinlan, et al., 1990; Yao et al., 2009). No estudo original, os valores alpha de Cronbach variaram entre 0.72 e 0.83 e no estudo de replicação variaram entre 0.69 e 0.80 (Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976; 1979; Zuroff, Quinlan et al., 1990). O QED foi adaptado para a população portuguesa por Campos, Besser & Blatt (2013). A versão portuguesa do QED revela propriedades psicométricas adequadas e aceitáveis (Campos, 2000, 2009, 2017). A consistência interna e a validade fatorial da versão portuguesa do QED foram muito semelhantes aos resultados obtidos na versão original americana (Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976; Campos, 2000, 2009, 2017; Campos, Besser, & Blatt, 2013). Devido aos problemas que alguns autores têm salientado como inerentes à versão original de 66 itens (Desmet et al., 2007), neste estudo foi usada uma versão reduzida do QED de 19 itens (adaptada de Bagby et al., 1994). A investigação tem demonstrado validade fatorial e validade externa adequadas desta versão reduzida do QED (Desmet et al., 2007). Na presente investigação, o alpha de Cronbach para a dependência foi 0.74 e o alpha para o auto-criticismo foi 0.74.

*Inventário Breve de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1982, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1999, 2007):* Instrumento de quantificação de sintomas psicopatológicos e que corresponde a uma versão reduzida do *Symptom Check-List (SCL-90-R)* (Derogatis, 1977, 1993; Derogatis et al., 1976). Avalia 9 dimensões sintomáticas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e



psicoticismo. Permite ainda a obtenção de três índices globais de *distress*: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP). O IGS é considerado o melhor indicador de níveis de *distress* atual. O BSI é constituído por 53 itens. Os indivíduos respondem numa escala de resposta tipo Likert de 5 pontos o grau com que experienciaram cada sintoma na semana anterior, variando de “nunca” a “muitíssimas vezes”. São exemplos de itens da versão portuguesa do BSI: “nervosismo ou tensão interior”, “sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz”, “dores sobre o coração ou no peito”, “sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos”, “sentir-se sozinho” e “ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém” (Canavarro, 2007; Derogatis & Melisaratos, 1983).

A fiabilidade e a validade do BSI têm sido suportadas por várias investigações independentes (Aroian & Patsdaughter, 1989; Croog et al., 1986; Derogatis & Melisaratos, 1983). Na versão original, os valores alpha de Cronbach variaram entre 0.71 para a dimensão psicoticismo e 0.85 para a depressão (Derogatis, 1975; Derogatis & Melisaratos, 1983). Não foram apresentados resultados para os três índices globais. O BSI foi adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999, 2007) e tem propriedades psicométricas respeitáveis. Na versão portuguesa, os valores Alpha de Cronbach assumiram valores aceitáveis de consistência interna, variando entre 0.70 e 0.80, à exceção das escalas de ansiedade fóbica e de psicoticismo que apresentaram valores ligeiramente inferiores (0.62 para ambas as dimensões) (Canavarro, 2007). Neste estudo, o valor alpha de Cronbach para a consistência interna foi de 0.98 para o total da escala. Foi utilizado o Índice de Sintomas Positivos (ISP) cujo valor médio foi de 1.344,  $DP = 0.840$ .

## **Metodologia de Análise de Dados**

As análises estatísticas descritivas, gráficas e inferenciais foram executadas com o *software* SPSS (v. 22).

Para avaliar o efeito do tipo de grupo (indivíduos que tentaram o suicídio, indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa de suicídio e indivíduos da comunidade) nos níveis de dependência e auto-criticismo, recorreu-se à Análise de Variância Univariada (ANOVA). Realizaram-se duas one-way ANOVAS de Efeitos

Fixos (Tipo I) com três níveis do fator que foram fixados *a priori* na investigação. Numa das análises, considerou-se como variável dependente a dimensão introjetiva da personalidade (ou auto-criticismo) e na outra a variável dependente correspondeu à dimensão anaclítica da personalidade (ou dependência). Os níveis do fator, Grupo, foram: 1 = suicidas, 2 = clínicos, 3 = comunidade. Realizaram-se igualmente os testes *post-hoc* de Bonferroni, *Least Significant Difference (LSD)* e o teste de Scheffé como descrito por Maroco (2007, 2010) e Pestana & Gageiro (2003). A independência das observações foi garantida *a priori* na constituição dos grupos. O pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis nos diferentes grupos foi avaliado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) com correção de Lilliefors e o teste de Shapiro-Wilk. Para todos os grupos, as distribuições das medidas de auto-criticismo e dependência foram relativamente normais ( $p > 0.05$ ). A simetria [ $\text{Skewness}/\text{Std error}_{\text{skewness}} \leq 1.96$ ] e o achatamento mesocúrtico [ $\text{Kurtosis}/\text{Std error}_{\text{kurtosis}} \leq 1.96$ ] foram assegurados. O pressuposto da homocedasticidade de variâncias foi validado pelo teste de Levene nas duas condições ( $p > 0.05$ ). Analisou-se também a eventual existência de *outliers* significativos. Considerando a variável dependente auto-criticismo, verificou-se apenas a existência de um *outlier* moderado no grupo 3 (comunidade). Para a variável dependência, verificaram-se 3 *outliers* moderados, um em cada grupo, situados entre 1.5 e 3 amplitudes inter-quartis para baixo de  $Q_1$ . Os outliers foram mantidos, pois fazem parte integrante do fenómeno em estudo e não foram um erro na introdução dos dados.

A análise de covariância (ANCOVA) foi usada para avaliar a relação direta entre o fator e as variáveis de personalidade, ao controlar o efeito da psicopatologia. A introdução da covariável psicopatologia no modelo permitiu remover, ainda que parcialmente, a sua influência nos níveis de auto-criticismo e dependência, passando cada um dos grupos a ter o mesmo nível de psicopatologia global que resultou da sua média ( $M = 1.344$ ). Foram realizadas duas ANCOVAs para comparar os três grupos relativamente a cada uma das variáveis de personalidade (dependência e auto-criticismo), com a introdução da psicopatologia como variável concomitante, seguida dos testes *post-hoc* de comparações múltiplas com as médias ajustadas de Bonferroni e *Least Significant Difference (LSD)*. O pressuposto da independência das observações foi assumido *a priori*. A simetria [ $\text{Skewness}/\text{Std error}_{\text{skewness}} \leq 1.96$ ] e o achatamento mesocúrtico [ $\text{Kurtosis}/\text{Std error}_{\text{kurtosis}} \leq 1.96$ ] foram assegurados para todos os grupos. O

pressuposto da existência de associação linear entre a variável concomitante psicopatologia e a variável dependente foi analisado pela correlação de Bravais-Pearson. A correlação entre a covariável psicopatologia e a variável auto-criticismo foi positiva e estatisticamente significativa ( $R = 0.73$ ,  $p \leq 0.001$ ), sendo que, aproximadamente, 52.71 % ( $R^2 = 0.73^2$ ) da variância dos níveis de auto-criticismo explicados pela psicopatologia. O quadro das correlações entre a variável auto-criticismo e a psicopatologia em cada categoria do fator Grupo revelou que as correlações foram estatisticamente elevadas, positivas e estatisticamente significativas em cada grupo. As correlações mais elevadas foram encontradas na categoria 2 do fator ( $R = 0.642$ ,  $p = 0.000$ ).

Correlações positivas e estatisticamente significativas foram também encontradas entre a psicopatologia e a dependência ( $R = 0.52$ ,  $p = 0.000$ ), sendo que, aproximadamente, 27.25 % ( $R^2 = 0.52^2$ ) da variância dos níveis de dependência foram explicados pela psicopatologia. O quadro das correlações entre a variável dependência e a variável psicopatologia em cada categoria do fator Grupo permitiu revelar que as correlações foram elevadas, positivas e estatisticamente significativas para a categoria 2 ( $R = 0.516$ ,  $p = 0.001$ ) e para a categoria 3 do fator ( $R = 0.516$ ,  $p = 0.003$ ). Os respectivos gráficos de linearidade sugeriram igualmente a existência de relação linear, pois os valores previstos e os valores aproximados aproximaram-se de uma linha reta em ambas as observações. O pressuposto da homogeneidade das retas de regressão foi avaliado através da análise gráfica das dispersões para cada grupo com a covariável, calculou-se e desenhou-se a reta de regressão para cada gráfico. Verificou-se o não paralelismo das retas de regressão (declives das retas diferentes) em ambas as condições, sendo que a regressão da variável dependente (variáveis de personalidade) na covariável psicopatologia não foi a mesma para cada grupo. Para testar ainda a interação entre a psicopatologia e o fator Grupo, usou-se como medida de associação o Eta. O valor de  $\eta^2$  em ambas as condições foi elevado ( $0.857^2 = 73.44\%$ ), demonstrando que, aproximadamente, 73.44 % da variação dos grupos deveu-se à presença da covariável psicopatologia. Contudo, a ANCOVA é relativamente robusta a violações neste pressuposto para modelos com um fator fixo (Glass et al., 1972 como citado em Pestana & Gageiro, 2003), o que permitiu prosseguir com a análise. O pressuposto da

homocedasticidade de variâncias no modelo com a concomitante foi validado pelo teste de Levene de Igualdade do Erro de Variâncias nas duas ANCOVAS ( $p > 0.05$ ).

Compararam-se os resultados obtidos antes e depois da introdução da variável concomitante, psicopatologia. Utilizou-se o teste  $F$  e realizaram-se testes de comparação múltipla para identificar quais os grupos que diferiram entre si.

## **Resultados**

### ***Resultados da Análise de Variância (ANOVA): sem introdução da concomitante***

#### *Auto-criticismo e risco de suicídio*

Numa primeira análise, testou-se se as diferenças nos níveis médios de auto-criticismo dos três grupos (43.818, 39.462, 26.510) foram ou não estatisticamente significativas. A análise de variância univariada (ANOVA) revelou que o fator Grupo teve um efeito estatisticamente significativo e de elevada dimensão ( $F(2,89) = 22.836$ ,  $p = 0.000$ ,  $\eta_p^2 = 0.339$ , potência = 1.00) sobre o auto-criticismo. O grupo de indivíduos que tentaram o suicídio ( $M = 43.818$ ,  $SD = 9.713$ ,  $n = 22$ ) apresentou os níveis mais elevados de auto-criticismo, seguido do grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa de suicídio ( $M = 39.462$ ,  $SD = 10.288$ ,  $n = 39$ ) e do grupo de participantes da comunidade ( $M = 26.510$ ,  $SD = 9.942$ ,  $n = 31$ ). Estendeu-se a análise de variância à análise de tendência da variável dependente nos vários grupos. Assumiu-se que os níveis de auto-criticismo foram dominados por um efeito linear ( $p = 0.000$ ), único estatisticamente significativo e confirmado pela análise gráfica. Verificou-se um decréscimo linear dos níveis de auto-criticismo à medida que se passava do grupo 1 (amostra clínica) para o grupo 3 (amostra não-clínica). Foi significativa a diminuição dos níveis de auto-criticismo de 43.818 (indivíduos que tentaram o suicídio) para 39.462 (indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa de suicídio) para 26.510 (indivíduos da comunidade). A diminuição mais acentuada dos níveis de auto-criticismo deu-se na passagem do grupo 1 para o grupo 3.

De acordo com o teste *post-hoc* de Bonferroni, as diferenças estatisticamente significativas para o fator ocorreram entre o grupo de indivíduos que tentaram o suicídio

(grupo 1) e o grupo de participantes da comunidade (grupo 3) (I.C a 95% ]10.480, 24.137[,  $p = 0.000$ ) e o grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica (grupo 2) e o grupo de adultos da comunidade (grupo 3) (I.C a 95% ]7.058,18.845[,  $p = 0.000$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de indivíduos que tentaram o suicídio (grupo 1) e o grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa de suicídio (grupo 2) (I.C. a 95% ]-2.174,10.888[,  $p = 0.321$ ). Os testes *post-hoc* de Scheffé e de Fisher's – *Least significant difference (LSD)* encontraram resultados similares em que os indivíduos que tentaram o suicídio (1) e os indivíduos com perturbação psiquiátrica (2) apresentaram níveis médios de auto-criticismo semelhantes (médias entre 39.462 e 43.818), valores significativamente superiores aos dos indivíduos da comunidade (3) ( $M = 26.510$ ). A percentagem de variação dos níveis de auto-criticismo explicados pelo fator ( $R^2$ ) foi de 33.9 %.

#### *Dependência e risco de suicídio*

Testou-se se as diferenças nos níveis médios de dependência dos três grupos (53.546, 51.744, 45.267) foram ou não estatisticamente significativas. A análise de variância univariada (ANOVA) revelou que o fator teve um efeito estatisticamente significativo e de média dimensão ( $F(2,89) = 5.732$ ,  $p = 0.005$ ,  $\eta_p^2 = 0.114$ , potência = 0,855) sobre a dependência. O grupo de indivíduos que tentaram o suicídio ( $M = 53.546$ ,  $SD = 10.037$ ,  $n = 22$ ) apresentou os níveis mais elevados de dependência, seguido do grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica ( $M = 51.744$ ,  $SD = 9.689$ ,  $n = 39$ ), sendo que o grupo de participantes da comunidade ( $M = 45.267$ ,  $SD = 9.618$ ,  $n = 31$ ) apresentou os níveis mais baixos de dependência. Estendeu-se a análise de variância à análise de tendência da variável dependente nos vários grupos. Verificou-se que os níveis médios de dependência entre os três grupos foram dominados por um efeito linear, que foi o único estatisticamente significativo ( $p < 0.05$ ). A análise do gráfico indicou que foi significativo o decréscimo dos níveis médios de dependência de 53.546 (grupo de indivíduos que tentaram o suicídio) para 51.744 (grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa de suicídio) e para 45.267 (grupo de adultos da comunidade). A análise de tendência permitiu concluir que a diminuição mais acentuada dos níveis de dependência deu-se na passagem do grupo 2 para o grupo 3.

O teste *post-hoc* de Bonferroni indicou que as diferenças estatisticamente significativas para este fator verificaram-se entre o grupo de indivíduos que tentaram o suicídio (grupo 1) e o grupo de participantes da comunidade (grupo 3) (I.C a 95% ]1.647,14.910[,  $p = 0.009$ ) e também entre o grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica (grupo 2) e o grupo da comunidade (grupo 3) (I.C a 95% ]0.753,12.200[,  $p = 0.021$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de indivíduos que tentaram o suicídio (grupo 1) e o grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa de suicídio (grupo 2) (I.C a 95% ]-4.541,8.144[,  $p = 1.00$ ). Os testes *post-hoc* de Scheffé e o teste de *Fisher's-Least significant difference* (LSD) encontraram resultados semelhantes em que os indivíduos que tentaram o suicídio e os indivíduos com perturbação psiquiátrica tiveram níveis médios de dependência semelhantes (médias entre 51.744 e 53.546), valores significativamente superiores aos dos indivíduos do grupo da comunidade ( $M = 45.267$ ). A percentagem de variância dos níveis de dependência explicados pelo fator ( $R^2$ ) foi de 11.4 %.

### ***Resultados da Análise de Covariância (ANCOVA): introdução da concomitante***

#### *Auto-criticismo e risco de suicídio*

A análise de covariância (ANCOVA) revelou que tanto o efeito do fator Grupo ( $F = 4.536$ ,  $p = 0.013$ ,  $\eta_p^2 = 0.093$ , potência = 0.759) como o efeito da variável concomitante psicopatologia (BSI) ( $F = 47.554$ ,  $p = 0.000$ ,  $\eta_p^2 = 0.351$ , potência = 1.000) foram estatisticamente significativos para um erro Tipo I de 0.05. Comparada com a análise sem introdução da covariável, os resultados mostraram que a ANCOVA melhorou a dispersão dentro de cada grupo, pois o erro diminuiu de 8968.171 para 5822.031. Comparando também as médias ajustadas resultantes da introdução da concomitante (39.090, 37.868, 31.870) com as médias não ajustadas (sem a concomitante), que foram de 43.818, 39.462 e 26.590, verificou-se que os níveis de auto-criticismo mais elevados continuaram a encontrar-se no grupo 1 e os níveis mais baixos continuaram a verificar-se no grupo 3.

Com a introdução da covariável no modelo, os testes de comparação múltipla de médias revelaram padrões semelhantes de diferenças entre grupos. Mostraram que as

diferenças estatisticamente significativas para o fator ocorreram entre os indivíduos que tentaram o suicídio (1) e os indivíduos da comunidade (3) e o grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica (2) e o grupo da comunidade (3) ( $p \leq 0.05$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que tentaram o suicídio e os indivíduos com perturbação psiquiátrica ( $p > 0.05$ ). O modelo com a introdução da covariável psicopatologia reforçou os resultados anteriores e explicou 55.6 % ( $R^2$  ajustado) da variância dos níveis de auto-criticismo explicados pelo fator.

#### *Dependência e risco de suicídio*

A análise de covariância revelou que o efeito do fator Grupo não foi estatisticamente significativo ( $F = 0.221$ ,  $p = 0.802$ ,  $\eta_p^2 = 0.005$ , potência = 0.084). Este resultado diferiu daquele obtido na ANOVA sem introdução da concomitante. Contudo, o efeito da covariável BSI foi estatisticamente significativo e de média dimensão ( $F = 19.747$ ,  $p = 0.000$ ,  $\eta_p^2 = 0.183$ , potência = 0.993) para um erro Tipo I de 0.05. Comparada com a análise sem a introdução da concomitante, os resultados revelaram que a análise de covariância melhorou a dispersão dentro de cada grupo, pois o erro diminuiu de 8458.079 para 6907.925. Comparando também as médias ajustadas resultantes da introdução da concomitante (50.227, 50.625, 49.029) com as médias não ajustadas (sem a concomitante), que foram de 53.546, 51.744 e 45.267, verificou-se que os valores de dependência observados mais elevados passaram a ser os do grupo de indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa de suicídio (grupo 2) e os valores de dependência mais baixos continuaram a apresentar-se no grupo de indivíduos da comunidade (3).

Com a introdução da covariável no modelo, a percentagem de variância dos níveis de dependência explicados pelo fator foi de 25.2 % ( $R^2$  ajustado).

### **Discussão**

Este estudo examinou o papel das variáveis de personalidade dependência e auto-criticismo no risco de suicídio, controlando o efeito da psicopatologia. Primeiramente testou-se se os indivíduos que tentaram o suicídio diferiram dos

indivíduos dos grupos de controlo com perturbação psiquiátrica e indivíduos da comunidade no auto-criticismo e dependência avaliados pelo Questionário de Experiências Depressivas (versão reduzida), sem o controlo do efeito da psicopatologia. Os resultados não suportaram integralmente esta hipótese. Os indivíduos que tentaram o suicídio apresentaram níveis médios de auto-criticismo e dependência marginalmente superiores àqueles observados nos indivíduos com perturbação psiquiátrica, mas as diferenças não foram significativas entre os dois grupos clínicos. Porém, os indivíduos que tentaram o suicídio exibiram significativamente níveis mais elevados de auto-criticismo e dependência que os indivíduos da comunidade. Os indivíduos com perturbação psiquiátrica apresentaram igualmente níveis mais elevados de dependência e auto-criticismo que os indivíduos da comunidade.

Estes resultados são diferentes daqueles encontrados por Klomek et al., (2008) com adolescentes, sendo que nesse estudo os participantes que tentaram o suicídio apresentaram níveis mais elevados de dependência e auto-criticismo que os adolescentes dos grupos de controlo com perturbação psiquiátrica e adolescentes da comunidade. Na mesma investigação, não foram encontradas diferenças entre os adolescentes com perturbação psiquiátrica e os adolescentes da comunidade (Klomek et al., 2008).

Seguidamente testou-se se os indivíduos que tentaram suicídio diferiram significativamente dos grupos de controlo com perturbação psiquiátrica e dos indivíduos da comunidade no auto-criticismo e dependência avaliados pelo QED-versão reduzida, controlando o efeito da psicopatologia. Os resultados evidenciaram a influência da psicopatologia nos grupos e, portanto, no risco de suicídio. Controlado estatisticamente o efeito da psicopatologia, os resultados revelaram apenas a existência de diferenças significativas entre os grupos para os níveis médios de auto-criticismo, mas não para os níveis de dependência. Porém, os indivíduos que tentaram o suicídio não apresentaram níveis médios de auto-criticismo significativamente superiores aos indivíduos com perturbação psiquiátrica. Os indivíduos que tentaram o suicídio e os indivíduos com perturbação psiquiátrica apresentaram níveis médios de auto-criticismo significativamente superiores aos indivíduos da comunidade. Como procedimento auxiliar, testou-se se os grupos diferiram significativamente nos níveis médios de



psicopatologia. Os resultados revelaram que os indivíduos das amostras clínicas (indivíduos que tentaram o suicídio e indivíduos com perturbação psiquiátrica) apresentaram níveis de psicopatologia significativamente superiores aos indivíduos da amostra não-clínica (indivíduos da comunidade). Porém, os indivíduos que tentaram o suicídio e os indivíduos com perturbação psiquiátrica não diferiram nos níveis globais de psicopatologia.

Os resultados sugerem que o auto-criticismo tem um papel importante na vulnerabilidade para a psicopatologia, em geral, e para o risco de suicídio, sendo que os indivíduos das amostras clínicas apresentaram níveis de auto-criticismo significativamente superiores aos dos indivíduos de amostras não-clínicas. Estes resultados estão de acordo com investigações prévias descritas na literatura que apontam para um papel mais forte do auto-criticismo e perfeccionismo auto-crítico no risco de suicídio (Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014; Campos, Besser, & Blatt, 2012, 2013; Campos & Holden, 2014, 2015; Flett, Heisel, & Hewitt, 2014; Hewitt, Flett, & Weber, 1994; Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997; O'Connor & Noyce, 2008).

De facto, vários exemplos de personalidades que surgem nos meios de comunicação social e dotados intelectualmente, com elevado potencial e particularmente talentosos que cometem suicídio, ilustram a vulnerabilidade da personalidade auto-crítica. São indivíduos que vivem “amarrados ao cancro” do seu perfeccionismo extremo e maligno, atormentados pela dúvida, auto-julgamento, auto-escrutínio e auto-criticismo (Blatt, 1995; Donaldson, Spirit, & Farrett, 2000; Flett, Heisel, & Hewitt, 2014; Flomenbaun & Holden, 2007; Hewitt, Flett, & Weber, 1994; Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997; Marks & Hallen, 1977; O'Connor, 2007). De acordo com Blatt (1995), “porque precisam de manter uma imagem pessoal e pública de força e perfeição, estes indivíduos estão em constante desafio, estão sempre em julgamento, sentem-se vulneráveis a possíveis falhas ou críticas, e frequentemente são incapazes de pedir apoio, mesmo a alguém muito próximo, para ajudá-los ou compartilhar a sua angústia” (Blatt, 1995). A teoria do escape de Baumeister (1990) salienta a importância dos elevados padrões e expectativas, a atribuição interna de

características negativas ao *self* como inadequado, incompetente e desagradável, a magnitude das falhas atuais e acontecimentos de vida negativos stressantes como fatores decisivos na ativação do potencial suicida.

A relação entre dependência e risco de suicídio é mais ambígua e permanece por clarificar, com resultados pouco conclusivos provenientes de várias investigações empíricas (Bornstein & O'Neill, 2000; Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014; Campos, Besser, & Blatt, 2012; Fazaá & Page, 2003, 2009).

Os resultados do presente estudo sugerem que o auto-criticismo poderá ter maior influência e um papel mais forte na suicidalidade quando comparado com a dependência. Níveis elevados e moderados de auto-criticismo permitem diferenciar amostras clínicas de amostras não-clínicas. Os indivíduos das amostras clínicas (indivíduos que tentaram o suicídio e indivíduos com perturbação psiquiátrica) apresentaram níveis significativamente mais elevados de auto-criticismo do que indivíduos das amostras não-clínicas. Porém, não é possível concluir que os indivíduos com níveis mais elevados de auto-criticismo estão também em maior risco de suicídio. Os resultados sugerem também que a vulnerabilidade dependente da personalidade parece ter um papel modesto e fraco no risco de suicídio. Os resultados não esperados e aparentemente contraditórios que foram obtidos na análise com o controlo da psicopatologia podem simplesmente dever-se ao facto da ANCOVA ser um teste mais preciso que a ANOVA.

A ausência de diferenças significativas entre as duas amostras clínicas poderá ser explicada pela ausência de diferenças significativas nos níveis globais de psicopatologia. Foram realizados procedimentos de cálculo auxiliares que ajudaram a compreender os resultados. Seria expetável que os indivíduos que tentaram o suicídio (e, portanto, em maior risco de suicídio) apresentassem níveis significativamente mais elevados de auto-criticismo e psicopatologia quando comparados com os indivíduos com perturbação psiquiátrica sem tentativa de suicídio. A título de exemplo, no estudo de Klomek et al., (2008), o grupo experimental de adolescentes que tentou o suicídio revelou um número maior de indivíduos com história de diagnóstico psiquiátrico do que

o grupo de adolescentes com perturbação psiquiátrica sem tentativa de suicídio. Os resultados não suportaram esta hipótese e os níveis globais de psicopatologia não diferiram nos dois grupos ( $t(59) = 1.791, p = 0.078$ ). De um lado, a diferença de resultados pouco expressiva entre as duas amostras clínicas poderá relacionar-se com o próprio processo de recolha de dados efetuado em dois momentos distintos. De outro lado, contrariamente a este estudo efetuado com adultos, as poucas investigações empíricas que realizaram estudos semelhantes (e.g., Klomek et al., 2008) utilizaram amostras de adolescentes ou alunos universitários que correspondem a amostras com características particulares e não representativas da população. Mais ainda, neste estudo usou-se uma versão reduzida do Questionário de Experiências Depressivas (adaptada de Bagby et al., 1994) e não a versão integral de 66 itens.

#### Limitações e sugestões para estudos futuros

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, recorreu-se a um método de amostragem não probabilístico, a amostra resultante é pequena e não representativa da população em estudo. Os grupos são de diferentes dimensões (*design* não balanceado) e o género não foi usado como critério na constituição das amostras, sendo os grupos compostos por um número significativamente diferente de indivíduos do género masculino e do género feminino. Segundo, a utilização de uma versão reduzida do Questionário de Experiências Depressivas (QED) constitui outra limitação. Apesar da sua utilidade em amostras com níveis baixos de energia anímica (Desmet et al., 2007), os estudos têm evidenciado que a utilização da versão integral do QED com os 66 itens é sempre preferível a qualquer versão reduzida. Terceiro, foram usadas somente medidas de auto-relato para a recolha de dados. Quarto, nesta investigação foi usado um *design* transversal e não um *design* longitudinal. Quinto, não foram avaliadas outras variáveis potencialmente relevantes para esta investigação e associadas com o risco de suicídio, particularmente, dor psicológica e acontecimentos de vida negativos. A relevância de avaliar estas variáveis prende-se com o facto de os comportamentos suicidas serem muitas vezes uma resposta manifesta ao *stress* causado por determinados acontecimentos de vida negativos (Sobrinho & Campos, 2016). A investigação também tem revelado o importante papel da dor psicológica na suicidalidade (e.g., Campos &

Holden, 2015). Tem sido demonstrado que a dor psicológica tem um papel mediador na relação entre perfeccionismo e suicidalidade, sendo que níveis elevados de perfeccionismo conduzem ao aumento da dor psicológica e, por sua vez, ao comportamento suicida (Flamenbaum & Holden, 2007). Por isso, estudos futuros deveriam replicar os resultados explorando estas limitações.

### Conclusões e implicações clínicas

Apesar das limitações, as evidências deste estudo permitem considerar a personalidade auto-crítica, ainda assim, como um fator possível de vulnerabilidade à psicopatologia, em geral, e ao risco de suicídio. Este estudo mostra que níveis elevados e moderados de auto-criticismo permitem discriminar amostras clínicas de amostras não-clínicas. Indivíduos dos grupos clínicos apresentam níveis mais elevados de auto-criticismo, inclusive os indivíduos em maior risco de suicídio, e nos indivíduos em menor risco de suicídio (grupo não-clínico da comunidade) os níveis de auto-criticismo são significativamente inferiores. Por um lado, a avaliação clínica da vulnerabilidade auto-crítica para a depressão torna-se importante para compreender a experiência da depressão e seguir planos de intervenção terapêutica mais adequados para estes indivíduos (Blatt, 1988; Blatt et al., 1998; Harold et al., 2016). Por outro lado, a definição e o conhecimento de fatores de risco, como sejam variáveis de personalidade como o auto-criticismo, em populações clínicas e não clínicas, torna-se importante na avaliação do risco de suicídio e na definição de programas de prevenção primária do suicídio e comportamentos autolesivos. A compreensão de fatores de risco e protetores é ainda uma condição necessária e urgente mesmo na ausência de ideação suicida expressa, pois possibilitam uma intervenção mais eficaz e direcionada para a redução desse risco. Uma avaliação pormenorizada dos fatores relacionados com o suicídio permite compreender e analisar a finalidade, o significado simbólico e comunicacional do ato suicida, auxiliando o processo de tomada de decisão clínica dos profissionais de saúde e intervenções a implementar (Direção Geral de Saúde, 2013; Santos, Façanha, Gonçalves, Erse, Cordeiro, & Façanha, 2012; World Health Organization, 2012).



## Referências

- Ashby, J. S., Rice, K. G., & Martin, J. L. (2006). Perfectionism, Shame, and Depressive Symptoms. *Journal of Counseling & Development, 84*, 148-156.
- Barbosa, F. O., Macedo, P. C.M., & Silveira, R. M. C. (2011). Depressão e Suicídio. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 14*, 233- 243.
- Bengeret, J. (1996). *A personalidade normal e patológica*. Lisboa: Climepsi Editores
- 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., Flett, G. L., & Davis, R. A. (2003). Self-criticism, dependency, silencing the Self, and loneliness: a test of a meditational 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. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: Personality predispositions, and protective factors. *Social Behavior and Personality, 33*, 351-382.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child, 29*, 107-157.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 449-458.

- Blatt, S. J. (1995). The Destructiveness of Perfectionism: Implications for the Treatment of Depression. *American Psychologist, 12*, 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, research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., 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, 1*, 113-124.
- Blatt, S., J., D'Aflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 383-389.
- 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, 2*, 319-339.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depressive clinical. *Psychological Review, 12*, 527-562. doi: 10.1016/0272-7358(92) 90070-0.

- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). The impact of the two-configurations model of personality development and psychopathology on psychotherapy research: Rejoinder to Beutler and Wolf. *Psychotherapy Research, 1*, 65-70.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Sanislow, C. A. & Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression. Further analysis of national institute of mental health treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 423-428.
- Bornstein, R. F., & O'Neill, R. M. (2000). Dependency and Suicidality in Psychiatric Inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 463-473.
- Campos, M. A., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de Estudos Demográficos, 4*, 81-106.
- Campos, R. C (2000). Adaptação do Questionário de Experiências Depressiva (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: Edições Almedina.
- Campos, R. C. (2009). *Questionário de Experiências Depressivas: Manual Técnico – Edição Atualizada e Revista*. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP-EU).
- Campos, R. C. (2012). *Textos sobre Psicopatologia e Diagnóstico Psicodinâmico*. Lisboa: Climepsi Editores.



- Campos, R. C. (2017). Dados Psicométricos Adicionais da Versão Portuguesa do Questionário de Experiências Depressivas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación- e Avaliação Psicológica*, 46, 121-131.
- Campos, R. C., Besser, A., Abreu, H., Parreira., & Blatt, S. J. (2014). Personality vulnerabilities in adolescent suicidality: The mediating role of psychological distress. *Bulletin of 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. (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, Self-Criticism and Depression in Suicidality, *Archives of Suicide Research*, 17, 58-74.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). The Portuguese Version of the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ): Results from a Validation Program in Clinical and non Clinical Samples. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-13.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2014). Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *European Journal Psychiatry*, 28, 230-241.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015a). Testing a Theory-Based Model of Suicidality in a Community Sample. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 1-19.

- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015b). Testing Models Relating Rejection, Depression, Interpersonal Needs, and Psychache to Suicide Risk in Nonclinical Individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 1-10.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. *Avaliação Psicológica*, 3, 305-330.
- Chishti, P., Stone, D. H., Corcoran, P., Williamson, E., & Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13, 108-114.
- Cordeiro, J. D. (2016). *Manual de Psiquiatria Clínica (5ª edição revista e atualizada)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Desmet, M., Vanheule, S., Groenvynck, H., Verhaeghe, P., Vogel, J., & Bogaerts, S. (2007). The Depressive Experiences Questionnaire: An Inquiry into the Different Scoring Procedures. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 89-98.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dinger, U., Barrett, M. S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A. G. C., Renner, F., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2015). Interpersonal Problems, Dependency, and Self-Criticism in Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 93-104.
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Mental: Programa Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*.

- Donaldson, D., Spirito, A., & Farnett, E. (2000). The Role of Perfectionism and Depressive Cognitions in Understanding the Hopelessness Experienced by Adolescent Suicide Attempters. *Child Psychiatry and Human Development, 31*, 99-111.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Zuroff, D. C., Lecce, S., & Hui, D. (2006). Self-Critical and Personal Standards factors of perfectionism located within the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences, 40*, 409-420.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences, 40*, 665-676.
- Durkheim, E. (2001). *O suicídio: Estudo sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, Meaning in Life, and Suicidal Manifestations: Examining Gender Differences. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 1517-1534.
- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behaviour. *Journal of Suicide & Live-Threatening Behaviour, 33*, 172-185.
- Fazaa, N., & Page, S. (2009). Personality Style and Impulsivity as Determinants of Suicidal Subgroups. *Archives of Suicide Research, 13*, 31-45.
- Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: LIDEL Eitora.
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a Mediator in the Relationship Between Perfectionism and Suicidality. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 51-61.

- Flett, G. L., Besser, A., Hewitt, P. L., & Davis, R. A. (2007). Perfectionism, silencing The self, and depression. *Personality and Individual Differences, 43*, 1211-1222.
- 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.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Koledin, S. (1991). Dimensions of Perfectionism and irrational thinking. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 9*, 185-201.
- Franche, Renée-Louise & Dobson, K. (1992). Self-Criticism and Interpersonal Dependency as Vulnerability Factors to Depression. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 419-435.
- Harold, C., Marno, S., Dinger, U., Barnett, M. S., & Barber, J. (2016). Dependency and Self-Criticism in Treatment for Depression. *Journal Counseling Psychological, 63*, 452-459.
- Harrison, P., Geddes, J., & Sharp, M. (2002). *Introdução à psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Chen, C., & Flett, G. L. (2014). Perfectionism, Stress, Daily Hassles, Hopelessness, and Suicide Potential in Depressed Psychiatric Adolescents. *Journal Psychopathology Behavior Assessment, 36*, 663-674.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Weber, C. (1994). Dimensions of Perfectionism and Suicide Ideation. *Cognitive Therapy and Research, 18*, 439-460.

- Hewitt, P. L., Newton, J., Flett, G. F., & Callander, L. (1997). Perfectionism and Suicide Ideation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 95-101.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018). Causas de morte 2016. *Estatísticas oficiais*.
- Junior, A. F. (2015). O comportamento suicida no Brasil e no mundo. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2, 15-28.
- Laget, J., Plancherel, B., Stéphan, P., Bolognini, M., Corcos, M., Jeammet, P., & Halfon, O. (2006). Personality and Repeated Suicide Attempts in Dependent Adolescents and Young Adults. *Crisis*, 27, 164-171.
- Loas, G., & Defélice, E. (2012). Absolute and relative short-term stability of interpersonal dependency in suicide attempters. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 904-907.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31, 52-68.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal Relatedness and Self-Definition in Normal and Disrupted Personality Development: Retrospect and Prospect. *American Psychological Association*, 68, 172-183.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., Grave, C., Maes, F., & Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24, 586-596.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística Com Utilização do SPSS (3ª Edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Klein, D. N., Harding, K., Taylor, E. B., & Dickstein, S. (1988). Dependency and Self-Criticism in Depression: Evaluation in a Clinical Population. *Journal of Abnormal Psychology, 4*, 399-404.
- Klomek, A. B., 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.
- Matos, A. C. (2011). *Relação de Qualidade*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2014). *A Depressão (2ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marks, P. A., & Haller, D. L. (1977). Now I lay me down for keeps: a study of adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 390-400.
- Mongrain, M. (1998). Parental Representations and Support-Seeking Behaviors Related to Dependency and Self-Criticism. *Journal of Personality, 2*, 151-173.
- Murphy, B., & Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences, 22*, 835-844.
- Nietzel, M. T., & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review, 10*, 279-297.
- O'Connor, R. C. (2007). The Relations between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 698-714.
- O'Connor, R. C., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 392-401. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.007.

- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica, 19*, 509-521.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (3ª Edição Revista e aumentada)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramôa, A. F., Soares, C., Castanheira, J., Sequeira, J., Fernandes, N., & Azenha, S. (2017). Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de vulnerabilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 33*, 321-332.
- Sampaio, D. (1992). *Ninguém Morre Sozinho – o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2002). *Lições do Abismo*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, J. C., Façanha, J. D., Gonçalves, M. A., Erse, M. P., Cordeiro, R. A., & Façanha, R. M. (2012). Guia orientador de boas práticas para a prevenção de Sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. *Caderno da Ordem dos Enfermeiros, 4*, 1-106.
- Saraiva, C. B. (1998). *Para-suicídio: Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C. (2014). *Depressão e suicídio: um guia clínico nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: LIDEL.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: LIDEL.

- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Flett, G. L., Lee-Baggley, D. L., & Hall, P. A. (2007). Traitperfectionism and perfectionistic self-presentation in personality pathology. *Personality and Individual Differences, 42*, 477-490.
- Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica, 34*, 47-59. <https://dx.doi.org/10.14417/ap.1061>
- Young, R. E., Struthers, C. W., Khoury, C., Muscat, S., Phills, C., & Mongrain, M. (2013). Forgiveness and revenge: the conflicting needs of dependents and self-critics in relationships. *Journal of Social and Clinical Psychological, 10*, 1095-1115.
- World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva: WHO.
- Yao, S., Fang, J., Zhu., X., & Zuroff, D. C. (2009). The depressive experiences questionnaire: Construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depression and Anxiety, 26*, 930-987.
- Youssef, G., Plancherel, B., Laget, J., Corcos, M., Flament, M. F., & Halfon, O. (2004). Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *European Psychiatry, 19*, 131-139.
- Zuroff, D. C. (1994). Depressive Personality Styles and the Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Assessment, 63*, 453-472.
- Zuroff, D. C., & Fitzpatrick, D. K. (1995). Depressive personality styles: implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences, 18*, 253-265.



Zuroff, D.C, & Mongrain, M. (1987). Dependency and Self-criticism: vulnerability factors for depressive affective states. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 14-22.

Zuroff, D. C., 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.