



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Estilos de Personalidade, Vergonha, Culpa e Suicidalidade em Adultos da Comunidade**

**Marta Isabel Frutuoso Abreu**

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Évora, 2014



**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Estilos de Personalidade, Vergonha, Culpa e Suicidalidade  
em Adultos da Comunidade**

**Marta Isabel Frutuoso Abreu**

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Évora, 2014

## **Agradecimentos**

Agora que termino este processo que durou cerca de um ano, quero expressar a minha gratidão e reconhecimento a todos os que contribuíram direta e indiretamente para a sua concretização.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Rui C. Campos, pela sua disponibilidade, pela sua ajuda incansável e indispensável, pela aprendizagem a nível científico e acima de tudo pela paciência que teve. Quero destacar a sua prontidão no esclarecimento de dúvidas e o seu apoio continuado ao longo deste processo, que pelo que conheço, é invulgar.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo seu apoio incondicional, por me colocarem à disposição todos os recursos para a realização deste trabalho e pelas suas participações ativas na “angariação” de participantes que constituíram a amostra. Às minhas colegas Ana Rita Oliveira, Fátima Costa e Natália Fresca pela partilha de experiências, dúvidas e acima de tudo pela entreaajuda, nomeadamente na recolha dos dados que constituíram a amostra.

À minha amiga Inês Neves pela ajuda incondicional, pela partilha de experiências e duvidas que tanto nos enriquece enquanto pessoas e futuras profissionais. Sempre acreditas-te que era capaz e, de algum modo, convenceste-me.

Ao Valter Caixas, pelo seu apoio absoluto, pela força que me transmitiu quando mais precisava e por sempre ter acreditado em mim.

Finalmente, quero agradecer os “meus” pacientes (durante a experiência de estágio), pelas experiências enriquecedoras que me proporcionaram e que contribuíram para uma visão e reflexão mais prática das implicações desta dissertação no contexto terapêutico.

## Resumo

A presente investigação pretende avaliar a influência dos estilos de personalidade anaclítico e introjetivo, baseando-se no modelo de Blatt (2008), na suicidalidade e o efeito mediador nesta relação da vergonha e da culpa. Num estudo de cariz longitudinal, com 195 adultos da comunidade com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade, testou-se um modelo de previsão da suicidalidade, que postula que a culpa, a vergonha e a depressão desempenham um papel mediador da relação entre a variável necessidade (estilo anaclítico) e a variável auto-criticismo (estilo introjetivo) e a suicidalidade.

Verificou-se que o estilo de personalidade introjetivo se relaciona com a suicidalidade. Essa relação é mediada pela depressão e pela vergonha. Contudo a depressão assume um papel preponderante, enfraquecendo o efeito da vergonha. O estilo de personalidade anaclítico não se relaciona com a suicidalidade.

## **Abstract**

### **Personality Styles, Shame, Guilt and Suicidality in Adults of the Community**

This research aims to evaluate the influence of anaclitic and introjective styles of personality, based on Blatt's (2008) model, in suicidality and the mediating effect of shame and guilt on this relationship. In a longitudinal study, with 195 adults in the community aged between 18 and 65 years old, we tested a prediction model of suicidality that posits that guilt, shame and depression play a role as mediators of the relationship between the needness variable (anaclitic style) and the self-criticism variable (introjective style) and suicidality.

It is noted that introjective personality style is related to suicidality. This relationship is mediated by depression and shame. However depression takes a leading role, weakening the effect of shame. The anaclitic personality style is not related to suicidality.

## Índice

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
<i>ABSTRACT</i>	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUÇÃO	1
PARTE TEÓRICA	5
CAPÍTULO I – ESTILOS DE PERSONALIDADE DE ACORDO COM O MODELO DE SIDNEY BLATT, DEPRESSÃO E SUICIDALIDADE I	5
1. Estilos de Personalidade Introjetivo e Anaclítico	5
2. Estilos de Personalidade e Depressão	9
3. Estilos de Personalidade e Suicidalidade	11
CAPÍTULO II – CULPA E VERGONHA, PERSONALIDADE E SUICIDALIDADE	15
1. Culpa, Vergonha e Psicopatologia	15
2. Estilos de Personalidade Introjetivo e Anaclítico, Culpa e Vergonha	19
3. Culpa, Vergonha e Suicidalidade	23
PARTE EMPÍRICA	27
CAPÍTULO III – OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	27
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	31
1. Participantes e Procedimentos	31
2. Instrumentos de medida	35
3. Estratégia de Análise de Dados	41
CAPÍTULO V – RESULTADOS	43
1. Análise Preliminar	43
2. Teste do modelo através de Modelação de Equações Estruturais	45
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO	49
CONCLUSÕES	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	

## Introdução

O suicídio constitui o ato autodestrutivo mais extremo. Pode ser encarado como um produto do Homem e da sua civilização, uma consequência das tendências autodestrutivas que podem encontrar-se, em certo grau, em cada ser humano (Greenberg, 2000; Litman, 1964). De acordo com a OMS todos os anos morre cerca de um milhão de pessoas por suicídio e prevê-se que em 2020 esse índice aumente exponencialmente para uma morte a cada 20 segundos (OMS, 2012). Este ato extremo tem sido considerado o sintoma mais grave dos quadros depressivos (Greenberg, 2000), sendo a própria vivência depressiva uma motivação para desejar a morte (Coimbra de Matos, 2001). Diversas perspetivas teóricas têm sido propostas para explicar o suicídio, nomeadamente a perspetiva psicológica (Goldney & Schioldann, 2004), a qual é abordada/explorada ao longo desta dissertação.

A presente investigação tem como objetivo avaliar a influência dos estilos de personalidade anaclítico e introjetivo, de acordo com o modelo de Sidney Blatt (2008), na suicidalidade e o efeito mediador nesta relação das emoções vergonha e culpa e depressão. Pretende-se testar, neste estudo de cariz longitudinal, um modelo de previsão da suicidalidade em que se postula que a culpa, a vergonha e a depressão desempenham um papel mediador da relação entre as variáveis necessidade e auto-criticismo e a suicidalidade.

A investigação contará com a participação de sujeitos adultos da comunidade, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade. Os instrumentos de medida utilizados na mesma serão o Questionário de Experiência Depressivas (QED), que permite avaliar os estilos de personalidade introjetivo e anaclítico (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976; Campos, 2000, 2009); a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D) que permite avaliar a sintomatologia depressiva (Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2004); o Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (QCS-R) que permite avaliar a suicidalidade através de quatro itens relativos à presença de ideação/tentativa de suicídio, ideação recente, intenção suicida e probabilidade futura de cometer suicídio (Osman et al., 2001; Campos, Besser e Blatt, 2013) e o *Test of Self-Conscious Affect* (TOSCA) (Tangney et al., 1989), traduzido para a língua portuguesa por Manuel Geada, que permite avaliar as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais caracteristicamente ligadas à tendência para a vergonha e à tendência para a culpa (comunicação pessoal, 2010).

A presente dissertação inicia-se com uma parte teórica, composta por dois capítulos. O primeiro capítulo faz referência aos estilos de personalidade de acordo

com o modelo de Sidney Blatt, depressão e suicidalidade. Neste primeiro capítulo, são descritos os estilos de personalidade de acordo com o modelo de Sidney Blatt, especificamente estilos introjetivo e anaclítico e as duas configurações psicopatológicas propostas (Blatt, 1974, 1990, 2008). Posteriormente faz-se a ligação entre estes estilos de personalidade e a depressão e a suicidalidade. Quando as características anaclíticas ou introjetivas da personalidade são muito marcadas podem constituir formas de vulnerabilidade à psicopatologia e à depressão (Blatt, 2004; 2008; Blatt et al., 1982; Blatt & Shichman, 1983; Campos, Besser & Blatt, 2012; 2013), que por sua vez pode resultar em risco de suicídio como estratégia para lidar com o sofrimento psicológico (Gassmann-Mayer et al., 2011; Heikkinen, Aro & Lönnqvist, 2007; Malone, Quinlivan, Grant & Kelleher, 2012; Paykel, Prusoff, & Myers, 1975).

O segundo capítulo aborda as emoções culpa e vergonha, personalidade e suicidalidade. Neste segundo capítulo, são descritos(as) os(as) constructos/emoções vergonha e culpa, a sua relação com os estilos de personalidade e com a suicidalidade. É feita, primeiramente, uma distinção destas duas emoções à luz de diversos modelos (e. g. Modelo Biopsicosocial) e perspectivas (e. g. Perspetiva Psicodinâmica), onde a vergonha é considerada uma emoção desadaptativa, associada ao desenvolvimento de diversos tipos de psicopatologia (Cunha, Matos, Faria, & Zagalo, 2012; Lester, 1998; Lewis, 1987; Santos, 2009; Silfver-Kuhalampi, 2008; Tangney, 1991, 1998; Teroni & Brunn, 2011; Tracy & Robins, 2004), sendo a caracterização da culpa mais dúbia (Baumeister et al., 1994; Blum, 2008; Leary, 2007; Tangney, 2002; Tangney, Stuewig, & Mashek, 2007).

Posteriormente, é discutida a relação entre os estilos de personalidade e as emoções vergonha e culpa. Blatt (1990, 2008) definiu dois estilos de personalidade – Introjetivo e Anaclítico, os quais se distinguem por apresentarem diferentes tipos de funcionamento cognitivo. A descrição desses tipos de funcionamento cognitivo apresenta características semelhantes à descrição dos estilos cognitivos descritos por Lewis (Blatt, Cornell & Eskholl, 1993; Blatt & Shichman, 1983). Esta autora postula que a interação entre os estilos cognitivos e os estilos afetivos leva a que o indivíduo experiencie diferentes intensidades de culpa e de vergonha perante situações ou experiências de vida que propiciem o aparecimento dessas emoções. Em função da gravidade da situação e da intensidade da culpa e/ou da vergonha experimentada pelo indivíduo, poderão surgir diferentes sintomas associados a diversas formas de psicopatologia (Lewis, 2003; Tangney, 1998).



Para finalizar o capítulo é discutida a relação entre as emoções vergonha e culpa e a suicidalidade, a qual revela ser bastante complexa (Wiklander, 2012), uma vez que tem em conta vários aspetos (e. g. cultura, sociedade, religião) e perspectivas ao longo da história. Contudo, ambas as emoções pareceram demonstrar relação com a suicidalidade (Bryan, Morrow, Etienne, & Ray-Sannerud, 2012; Lester, 1998).

A parte empírica desta dissertação é constituída por três capítulos. No primeiro capítulo da parte empírica encontram-se descritos os objetivos da investigação, onde será proposto um modelo de previsão da suicidalidade, a testar. Em seguida é apresentada a metodologia, onde se encontram descritos, de forma detalhada, os participantes, procedimentos, instrumentos e, finalmente a estratégia de análise de dados. No capítulo final da parte empírica, são apresentados os resultados da investigação, fazendo uma análise preliminar e, posteriormente, o teste do modelo proposto através de Modelação de Equações Estruturais e discutidos os resultados.

Finalmente, são retiradas as principais conclusões de investigação.



## Parte Teórica

### Capítulo I – Estilos de personalidade de acordo com o modelo de Sidney Blatt, depressão e suicidalidade.

#### 1. Estilos de personalidade introjetivo e anaclítico

De acordo com Blatt (1990; 2008), o desenvolvimento da personalidade implica uma interação complexa entre duas linhas, ou melhor entre as tarefas inerentes a essas duas linhas desenvolvimentais, o relacionamento e a autodefinição. Ambos os processos evoluem de forma interativa, sinérgica e mutuamente facilitadora ao longo de todo o processo de desenvolvimento da personalidade (Guisinger & Blatt, 1994). É com base numa integração destes dois tipos de processo que, hipoteticamente se pode definir o bem-estar psicológico e a normalidade. Dentro dos limites dessa normalidade, os indivíduos poderão colocar maior ênfase num dos processos de desenvolvimento – relacionamento ou autodefinição, sendo que dessa ênfase surgem duas configurações básicas da personalidade: a Introjetiva e a Anaclítica (Blatt, 1990, 2008).

Blatt (1990; 2008; Blatt, Cornell & Eskholl, 1993; Blatt & Shichman, 1983) afirma que ambas as configurações da personalidade apresentam modos particulares de cognição, diferentes estilos de relação e mecanismos de defesa característicos. Indivíduos com uma configuração de personalidade anaclítica atribuem maior ênfase ao relacionamento interpessoal. Normalmente são indivíduos com um pensamento mais figurativo, intuitivo e determinado pelos afetos, preferindo a síntese ao invés da análise crítica e detalhada dos acontecimentos. São mais suscetíveis à influência do ambiente e são considerados *dependentes de campo*. No que concerne às relações interpessoais, estes precisam de estabelecer relações próximas e íntimas, procurando sobretudo a harmonia, a confiança e a satisfação necessárias ao seu bem-estar. Note-se que os indivíduos com esta configuração da personalidade são essencialmente orientados para o objeto (Blatt, 1990, 2008; Campos, 2003). No que diz respeito aos mecanismos de defesa, os indivíduos anaclíticos utilizam preferencialmente mecanismos do tipo evitante (ex.: negação, repressão, entre outros). Através da utilização deste tipo de mecanismos, o sujeito evita reconhecer a existência de conflitos, mantendo os aspetos psíquicos dolorosos fora da consciência (Blatt, 1990).

No que concerne aos sujeitos com uma configuração de personalidade introjetiva, verifica-se que estes atribuem maior importância à autodefinição. Centram-se sobretudo na análise ao invés da síntese, o seu pensamento é literal e crítico e a

ação, a lógica e a causalidade são preferidos em detrimento dos sentimentos e das relações interpessoais. São indivíduos independentes, com o objetivo primeiro de ser assertivos, obter prestígio, controlo e poder. Desejam ser alvo de reconhecimento, respeito e admiração. Contudo, normalmente apresentam uma certa tendência para o isolamento social e para serem demasiado críticos de si próprios e dos outros (Blatt, 1990, 2008; Campos, 2003).

Os indivíduos com este estilo de personalidade diferem daqueles com um estilo de personalidade anaclítica, nomeadamente no tipo de mecanismos de defesa preferencialmente utilizados. Enquanto os últimos utilizam mormente mecanismos do tipo evitantes, os sujeitos com uma configuração introjetiva da personalidade preferem sobretudo mecanismos de tipo neutralizante (ex.: projeção, formação reativa, sobrecompensação, entre outros). Ao utilizar este tipo de mecanismos de defesa permitem que as questões conflituais se manifestem, mas de uma forma mais “disfarçada” e menos dolorosa. Dito de outro modo, não evitam o conflito, contudo alteram-no para que se torne mais aceitável (Blatt, 1990, 2008; Campos, 2003).

No desenvolvimento normal, o sujeito é capaz de utilizar, de forma integrada, mecanismos defensivos evoluídos dos dois tipos (evitantes e neutralizantes), como a sublimação, a qual representa uma integração do deslocamento e da repressão (mecanismos evitantes) e da sobrecompensação (mecanismo neutralizante) (Blatt, 1990, 2008; Campos, 2003).

Os dois estilos básicos da personalidade podem ser vistos como desvios ligeiros em relação ao processo normal de desenvolvimento, em que o indivíduo assume uma de duas *trajetórias* possíveis, desenvolvendo um estilo de personalidade particular (anaclítico ou introjetivo). Contudo os desvios no processo de desenvolvimento podem ser extremos. Por vezes um aglomerar de situações traumáticas associadas a possíveis predisposições biológicas podem influenciar o percurso normal de desenvolvimento dos indivíduos, os quais tentarão lidar com essas perturbações no seu desenvolvimento de acordo com uma série de fatores, entre os quais o próprio sexo, os fatores culturais, os padrões familiares e os fatores biológicos, acabando por exagerar na ênfase atribuída a uma das linhas de desenvolvimento – relacionamento ou autodefinição, em detrimento de outra (Campos, 2003). Essa ênfase excessiva numa das linhas desenvolvimentais, bem como o evitamento das tarefas da outra definem assim duas formas de vulnerabilidade que poderão resultar em diversas formas de psicopatologia, nomeadamente a depressão. Dito de outro modo, quando a dependência e o auto-criticismo constituem traços muito marcados e

desadaptativos da personalidade, podem tornar o indivíduo vulnerável a diversas formas de psicopatologia, nomeadamente a depressão (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Shichman, 1983; Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013).

A configuração psicopatológica anaclítica pode ser caracterizada por tentativas distorcidas e exageradas de manter relações interpessoais harmoniosas e satisfatórias, sendo o sentido do *self* descuidado, definido apenas em função da qualidade das relações (Blatt & Shichman, 1983). Através da passividade e da compreensão, o indivíduo procura agradar ao outro, desejando acima de tudo ser amado (Blatt, 1990; 1991; 1995; Blatt & Schichman, 1983).

Por outro lado, a configuração psicopatológica introjetiva caracteriza-se por um comprometimento no desenvolvimento das relações interpessoais, uma vez que estas são interpretadas e vivenciadas em função da autodefinição (Blatt & Shichman, 1983). Estes indivíduos revelam uma preocupação acentuada com o estabelecimento da autonomia, controlo, e preocupam-se com o seu valor, centrando-se na construção da identidade. O seu interesse recai sobre “...coisas e não nas pessoas...” (Campos, 2003, p. 97). Valorizam o pensamento ao invés dos sentimentos e das relações (Blatt, 1990).

Note-se que quanto mais precocemente se manifesta a perturbação no desenvolvimento, mais severas serão as distorções relativamente ao percurso normativo e, conseqüentemente, mais severa será a patologia (Blatt, 1990).



## 2. Estilos de personalidade e depressão

Como referimos, quando as características anaclíticas ou introjetivas da personalidade são muito marcadas podem constituir formas de vulnerabilidade à psicopatologia e à depressão (Beck, 1983; Blatt, 2004; 2008; Blatt et al., 1982; Blatt & Shichman, 1983; Campos, Besser & Blatt, 2012; 2013; Fazaa & Page, 2003; Yamaguchi et al., 2000). Dito de outro modo, o foco excessivo nas tarefas de uma das linhas desenvolvimentais como manobra ou tentativa compensatória ou distorção do desenvolvimento normal, torna o sujeito vulnerável a diferentes formas de psicopatologia, nomeadamente a depressão (Blatt, 1991).

Blatt (2004; Blatt & Zuroff, 1992) considera, fundamentalmente, que a depressão se organiza em torno de duas grandes temáticas: problemas interpessoais ou num sentido comprometido do *Self*. A primeira temática envolve sentimentos de abandono e solidão, enquanto a segunda é expressa em preocupações constantes e excessivas com falhas pessoais, inadequabilidade ou transgressão. Neste sentido, vários investigadores da temática clínica depressiva diferenciaram dois tipos de depressão: a depressão anaclítica ou de dependência e a depressão Introjetiva ou de auto-criticismo (Blatt, 2008).

A depressão anaclítica é caracterizada essencialmente por sentimentos de solidão, desesperança, fraqueza e desamparo. Indivíduos com este tipo de depressão manifestam um medo intenso e crónico de ser abandonados ou de se sentirem desprotegidos. Devido à falha na interiorização das experiências precoces de cuidado e dos próprios cuidadores, estes indivíduos manifestam um medo intenso aquando da separação dos outros, lidando com esse medo através da negação ou da busca obstinada por substitutos (Blatt, 1974, 2004; Campos et al., 2013). No fundo, estes indivíduos desejam profundamente ser amados, contidos e protegidos, sendo bastante vulneráveis à perda objetal e a sentimentos de solidão e isolamento (Blatt et al., 1982). Note-se que os indivíduos anaclíticos tendem muitas vezes a expressar a depressão através de sintomas somáticos, muito no sentido de procurar o cuidado e a preocupação dos outros, inclusive do próprio psicólogo ou médico (Blatt & Zuroff, 1992).

Em contraste, a depressão introjetiva caracteriza-se sobretudo por sentimentos de inferioridade, indignidade e fracasso. A ruminação, o auto-escrutínio e o medo da crítica são aspetos frequentes. Os indivíduos com depressão introjetiva tendem a ser trabalhadores árduos e procuram acima de tudo a perfeição, sendo muitas vezes altamente competitivos, chegando mesmo a ser críticos e agressivos

com os outros. Normalmente são muito exigentes consigo próprios e conseguem muitas vezes alcançar metas importantes, contudo os sentimentos de satisfação e de realização são pouco duradouros (Blatt, 1974, 1995, 2004). A sua extrema necessidade de manter uma imagem de perfeição e força leva-os a colocarem-se à prova constantemente, contudo as suas falhas e insucessos colocam-nos numa posição extremamente vulnerável, e na maior parte das vezes, são incapazes de pedir ajuda ou partilhar o seu mal-estar, mesmo com pessoas mais próximas (Blatt, 1995). Através de mecanismos de sobrecompensação procuram encontrar e estabelecer a aprovação e o reconhecimento dos outros (Blatt, 1974, 1995, 2004).

Esta centração em questões relacionadas com o valor próprio, autoestima, fracasso e culpa pode ser insidiosa, levando muitas vezes a que estes indivíduos sejam vulneráveis a tentativas de suicídio graves (Blatt, 1974, 1995, 1998, 2004; Beck, 1983; Fazaá & Page, 2003; Campos et al., 2013). Todavia, é de notar que ambos os indivíduos (anaclíticos ou introjetivos) com traços de personalidade marcados poderão encontrar-se em risco de suicídio, fundamentalmente quando deprimidos e sob intenso *stress* (Campos et al., 2013; Campos & Holden, submetido).

Diversos estudos transversais (e.g., Besser & Priel, 2003, 2005; Campos, Besser, & Blatt, 2010), longitudinais (e.g., Besser, Priel, Flett, & Wiznitzer, 2007; Besser, Vliegen, Luyten, & Blatt, 2008; Yao, Fang, Zhu, & Zuroff, 2009) e experimentais (e.g., Besser, Guez & Priel, 2008; Franche & Dobson, 1992; Zuroff & Mongrain, 1987), bem como algumas meta-análises (e.g., Nietzel & Harris, 1990; Ouimette & Klein, 1993) demonstram que níveis elevados de dependência e/ou auto-criticismo criam vulnerabilidade à depressão.

Por exemplo Yao et al. (2009) demonstram que a dependência e o auto-criticismo predizem a depressão ao longo do período de um mês. Por outro lado, Kuwabara et al. (2004) comparam sujeitos com e sem historial de depressão major, e concluíram que os sujeitos com história de depressão tinham resultados mais elevados em auto-criticismo. Campos, Besser e Blatt (2012) verificaram que a dependência e o auto-criticismo são fortes fatores de vulnerabilidade ao "*distress*", o que por sua vez resulta num aumento da vulnerabilidade à suicidalidade.



### 3. Estilos de personalidade e suicidalidade

A OMS (2012) estima que todos os anos morre cerca de um milhão de pessoas por suicídio, o que representa um índice de mortalidade global de 16 pessoas por 100.000, ou uma morte a cada 40 segundos. Prevê-se que em 2020, esse índice vá aumentar exponencialmente para uma morte a cada 20 segundos (OMS, 2012). Normalmente, o suicídio é mais comum entre os homens numa proporção de três para um. Todavia, são as mulheres que registam um maior número de tentativas de suicídio, especialmente mulheres solteiras e sem filhos. Quanto aos homens a incidência de suicídio aumenta entre os divorciados, solteiros e viúvos (Greenberg, 2000; Wasserman, 2009; Wiklander, 2012).

A Suicidalidade encontra-se conceptualizada como um *continuum* ou espectro de pensamentos e comportamentos que variam entre a ideação suicida e o suicídio consumado. Dentro deste espectro encontram-se: a ideação suicida, os planos iminentes ao comportamento suicida, as tentativas de suicídio, o comportamento autodestrutivo sem intenção de provocar a morte, o comportamento auto-mutilante com intenção suicida inconsciente, o comportamento auto-mutilante indeliberado e o suicídio consumado (Wasserman et al., 2011; Wiklander, 2012).

Sabe-se, de modo consensual, que a suicidalidade resulta da convergência de uma série de fatores predisponentes/fatores de risco, sendo a psicopatologia um fator de grande peso, incluindo as perturbações relacionadas com o abuso de substâncias, as perturbações de ordem psicótica, as perturbações da personalidade e as perturbações do humor, nomeadamente a depressão (Bertolote et al., 2004; Greenberg, 2000; Kim, & Kim, 2008; Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006; Wiklander, 2012; Wong et al., 2005).

O suicídio é considerado o sintoma mais grave nos quadros depressivos (Kim & Kim, 2008; Park, Koo, & Schepp, 2005; Shaffer, Gould, Fisher et al., 1996). É o ato mais extremo de autodestruição, contudo, nestes casos, a morte pode ser interpretada como uma verdadeira libertação do sofrimento (Coimbra de Matos, 2001; Greenberg, 2000). Vários são os motivos que determinam o suicídio.

Freud (1953) afirmava que o ato suicida na melancolia encontrava explicação no funcionamento de um *Superego* sádico e atacante de um *Self* débil e masoquista (Greenberg, 2000). Garma (1952) e Litman (1966) assinalaram que a causa explicativa desse ato autodestrutivo reside fundamentalmente numa intensa reação masoquista do *Self*, tal como considerou Freud (1953) que descreveu igualmente a importância da pulsão de morte. Para Freud, o suicídio representa um produto do homem e da sua

civilização, uma consequência de tendências autodestrutivas, que de certo modo, podem encontrar-se em cada ser humano (Greenberg, 2000; Litman, 1966). Mais recentemente, Coimbra de Matos (2001) postula que os atos suicidas apresentam razões masoquistas e narcísicas, as quais são explicativas de um certo desejo de morrer ou de alguma das faces desse desejo, nomeadamente obter o amor total e duradouro do objeto, a vulnerabilidade narcísica, a intolerância à dor do abandono e da perda objetual e a impossibilidade de suportar o orgulho ferido.

Por outro lado, o grau de letalidade das tentativas de suicídio, bem como os métodos utilizados poderão variar em função da estrutura da personalidade (Campos et al., 2013).

Diversos estudos (Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013; Yamaguchi et al., 2000) demonstram que o estilo de personalidade introjetivo desempenha um papel importante no suicídio, especialmente em adolescentes e jovens adultos, mas a literatura é mais ambígua no que toca à importância do estilo de personalidade anaclítico (Campos, Besser & Blatt, 2013; O'Connor, 2007). Alguns estudos apontam para uma relação entre esta dimensão e a suicidalidade (Klomek et al., 2008), nomeadamente uma relação mediada pelo *distress* psicológico (Campos, Besser e Blatt, 2012) e outros não (e. g., Apter & Ofek, 2001; Fazaa & Page, 2003).

Num trabalho realizado com 105 adultos portugueses de vários distritos do país, com idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos, Campos, Besser e Blatt (2012) estudaram a relação entre a dependência (característica dos indivíduos anaclíticos) e o auto-criticismo (característica dos indivíduos introjetivos) na suicidalidade, considerando o *distress* como variável mediadora. Concluíram que níveis elevados de auto-criticismo encontravam-se positivamente associados com a suicidalidade, e que o *distress* desempenha um papel mediador na relação entre o auto-criticismo e a suicidalidade. A dependência, em contraste, apenas apresenta uma relação indireta com a suicidalidade, uma vez que está fortemente relacionada com altos níveis de *distress* que, por sua vez, estão associados a altos níveis de suicidalidade.

Por outro lado, existem outros autores que destacam a importância da dependência, tais como Loas e Defélice (2012). Num estudo realizado com 41 indivíduos suicidas, concluíram que a dependência interpessoal é um traço de personalidade estável nestes indivíduos. Também Klomek et al. (2008) examinou a relação entre o suicídio e a vulnerabilidade dependente e autocrítica, concluindo que adolescentes suicidas apresentam níveis significativamente mais elevados tanto de

uma vulnerabilidade autocrítica como de uma vulnerabilidade dependente em comparação com os pacientes internados não-suicidas e adolescentes da comunidade.

Quer os indivíduos introjetivos quer os anaclíticos são vulneráveis a eventos stressantes. Os indivíduos introjetivos são especialmente vulneráveis a eventos ameaçadores da sua autoestima, tais como a perda de aspirações e de ideais perfeccionistas (Kernberg, 1992; Krystal, 1998; Ronningstam, Weinberg, & Maltzberger, 2008; Schore, 1994). Nestes casos, o suicídio pode surgir como um “escudo” ou fator protetor contra ameaças à autoestima – “*death before dishonor*”, dando ao indivíduo uma perceção de controlo interno (Ronningstam & Maltzberger, 1998; Ronningstam, Weinberg, & Maltzberger, 2008).

Tal como previamente mencionado, a letalidade do ato e a intencionalidade de morrer varia em função da(o) estrutura/estilo da personalidade. Um estudo realizado com estudantes universitários revelou que as tentativas de suicídio levadas a cabo por indivíduos autocríticos (introjetivos) demonstraram uma intencionalidade de morrer e uma letalidade do ato maior que nos indivíduos dependentes (anaclíticos) (Fazza, & Page, 2003). Devido à necessidade de manter uma imagem de perfeição, os indivíduos autocríticos centram-se em questões ruminativas relativas à autoestima, ao fracasso e ao valor próprio, o que os coloca numa posição vulnerável a depressões intensas e a tentativas de suicídio graves. Note-se que estas tentativas de suicídio levadas a cabo pelos introjetivos são muitas vezes em resposta a um *stressor* intrapsíquico (Campos, Besser, & Blatt, 2012; Campos, Sobrinhos & Mesquita, 2013; Fazza, & Page, 2003).

Por outro lado, alguns indivíduos anaclíticos, através dos atos suicidas procuram comunicar a sua infelicidade e expressar o seu desespero e desamparo. Quando deprimidos e sob intenso *stress* podem ter gestos suicidas. Todavia tendem a utilizar métodos de baixa letalidade e a assegurar-se de que haja uma alta probabilidade de serem descobertos (e.g. overdose de medicação prescrita) (Blatt et al., 1982). Pode tratar-se de um grito de ajuda, uma chamada de atenção, uma mensagem mascarada com o verdadeiro conteúdo por decifrar. A comunicação suicida pode despertar nos outros efeitos de angústia, simpatia, hostilidade ou enfado. No caso dos indivíduos dependentes (anaclíticos), entre os fatores desencadeantes da tentativa de suicídio estão as experiências de perda. Note-se que o objeto, é para eles um prolongamento do *self*, e a sua perda equivale a uma amputação do próprio, daí

que a perda seja tão dolorosa e incapacitante (Blatt et al., 1982; Coimbra de Matos, 2007; Fazza, & Page, 2003; Greenberg, 2000).

## Capítulo II – Culpa e vergonha, personalidade e suicidalidade.

### 1. Culpa, vergonha e psicopatologia

A vergonha e a culpa enquanto emoções humanas assumem funções importantes na vida dos indivíduos, quer a nível individual quer ao nível dos relacionamentos interpessoais. Enquanto emoções, a vergonha e a culpa estão entre as experiências mais privadas e íntimas. Perante uma transgressão ou erro, o *self* julga-se a ele próprio, através de uma autoavaliação. Experienciar vergonha ou culpa pode orientar o comportamento ou influenciar o modo como o sujeito se vê e avalia (Tangney, & Dearing, 2002).

A vergonha e a culpa desenvolvem-se a partir das experiências interpessoais precoces, nomeadamente na família e noutros relacionamentos significativos. São emoções morais e ligadas à auto-conscienciosidade, na medida em que envolvem a autoavaliação do *self* e desempenham um papel fundamental na promoção do comportamento moral (Tangney, & Dearing, 2002).

Ao longo dos anos foram levadas a cabo várias tentativas de distinguir ambas as emoções - vergonha e culpa - sendo que algumas remontam há décadas atrás, nomeadamente no âmbito da perspectiva psicanalítica. Freud (1953), numa perspectiva inicial, definiu a vergonha como uma reação formada contra os impulsos sexuais exibicionistas. Contudo, em trabalhos posteriores ignorou o constructo de vergonha, focando-se essencialmente no conceito de culpa em relação aos conflitos do superego. De acordo com esta perspectiva, a emoção culpa surge quando os impulsos do *Id* ou do *Ego* entram em conflito com as normas sociais do *Superego* (Freud, 1961a, 1961b). Por outro lado, Piers (citado por Piers & Singer, 1971) definiu a Vergonha como uma tensão entre o *Ego* e o *Ego-ideal*.

Posteriormente, Helen Block Lewis (1971) propôs uma perspectiva, de certo modo revolucionária, quanto à distinção entre culpa e a vergonha, a qual, ainda assume atualmente um papel de destaque pela sua importância na investigação destes dois constructos. Um dos maiores contributos de Lewis (1971) foi refutar as primeiras ideias da teoria social da vergonha e da culpa (e.g., Benedict, 1946) que descrevia a vergonha como uma emoção pública e a culpa como uma emoção privada. De acordo com a sua teoria, Lewis (1971) defende que a diferença entre vergonha e culpa diz respeito ao papel que o *self* desempenha ao experienciá-las, podendo ser este um papel focado no próprio *self* (“**Eu** fiz algo horrível”) - vergonha - ou no comportamento (“**Eu fiz algo horrível**”) - culpa.

Na vergonha o foco de preocupação/avaliação encontra-se no *self*, o qual se “divide” em observador e observado. Quando o sujeito experiencia vergonha, autoavalia-se como inadequado, defeituoso e/ou transgressor (Lewis, 1987; Tangney, 1991, 1998; Tracy & Robins, 2004) e deseja, acima de tudo, esconder-se, desaparecer ou morrer (Lewis, 1971, 1992), uma vez que os aspetos negativos do *self* ficam expostos à avaliação e julgamento por parte do próprio e dos outros (Gilbert, 2002; Lewis, 2003).

Na continuação dos estudos de Tangney e Dearing (2002) surgem contributos mais recentes de Robins (2004, 2006 citado por Tracy & Robins, 2004) na distinção da vergonha e culpa. Estes estudos indicam que as experiências de vergonha podem resultar da atribuição de um resultado desagradável a características do próprio, que são intensificadas quando estas são percebidas como globais e estáveis. Associada à culpa, parecem estar atribuições internas, controláveis e instáveis, porque se referem a um comportamento específico, que pode ser alterado, por exemplo através do comportamento reparador.

De acordo com o Modelo Biopsicosocial (Gilbert, 1998; 2002; 2007), a vergonha deriva de uma motivação humana inata de conexão/ligação, de pertença a um grupo e preocupação com o ambiente social (Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1980; Cassidy & Shaver, 1999). O conjunto de competências cognitivas para a compreensão social (Byrne, 1995; Liotti & Gilbert, 2011) e para a consciencialização (Lewis, 2003; Tracy & Robins, 2004) amadurece à medida que crescemos, a fim de monitorizar o *Self* na relação com os outros, e o seu impacto sobre o comportamento social e as autoavaliações (Baldwin, 2005; Gilbert, 2007).

Estas capacidades cognitivas tornam o sujeito sensível ao que os outros pensam e sentem em relação a si, uma vez que a sobrevivência humana e a sua prosperidade enquanto agentes sociais dependem da capacidade de criar uma imagem desejável do *self* perante os outros (Ectoff, 1999; Gilbert, 2007; Gilbert & Irons, 2009). Neste sentido a Vergonha surge como um sinal de alerta de que o sujeito é incapaz de criar sentimentos positivos nos outros, e conseqüentemente transparece uma imagem negativa de si, estando em risco de experienciar a rejeição, a exclusão e a marginalização (Cunha, Matos, Faria & Zagalo, 2012; Gilbert, 1997, 2002, 2003, 2007; Gilbert & Irons, 2009).

Por outro lado, a culpa é experienciada pelo indivíduo quando este avalia o seu comportamento como inadequado ou incorreto, focando-se especificamente nas ações do *self* que levaram ao erro (Lewis, 2008). Normalmente, os sentimentos que se

encontram associados à culpa são o remorso, a tensão e o arrependimento, uma vez que o sujeito se encontra genuinamente preocupado acerca do impacto que o seu comportamento teve no outro. Por sua vez, isto motiva o sujeito a reparar de alguma forma esse comportamento, confessando a culpa, pedindo desculpas, tentando compensar e/ou reparar os danos provocados no outro (Santos, 2009).

Diversos autores consideram que a vergonha é vivida como uma experiência mais dolorosa e debilitante do que a culpa. A culpa motiva o sujeito no sentido de reparar a ação e, quando reparada providencia um sentimento de alívio. Em contrapartida, a vergonha motiva o sujeito para adotar formas de defesa do *self*. Quando o indivíduo experimenta vergonha parece “esquecer” ou pelo menos não conseguir considerar as soluções que, no passado, contribuíram para a resolução de problemas interpessoais. É provável que uma pessoa que experimente vergonha se esconda da situação, não persistindo na resolução do problema (Covert, Tangney, Maddux, & Heleno, 2003).

Note-se que a vergonha é considerada, na maior parte dos trabalhos publicados na literatura, como uma emoção desadaptativa, associada ao desenvolvimento de diversos tipos de psicopatologia (Cunha, Matos, Faria & Zagalo, 2012; Lester, 1998; Lewis, 1987; Santos, 2009; Silfver-Kuhalampi, 2008; Tangney, 1991, 1998; Teroni & Bruun, 2011; Tracy & Robins, 2004).

Também a agressão parece estar mais relacionada com a vergonha, na medida em que as pessoas com tendência para experimentar vergonha têm uma maior propensão para exteriorizar a responsabilidade, passar por experiências intensas de agressividade e expressar essa raiva de maneiras destrutivas, incluindo agressão direta (física, verbal e simbólica), e agressão indireta (agressão dirigida ao próprio e raiva contida) (Tangney, Stuewing, & Mashek, 2007). Lewis (1971) postula que este sentimento de raiva em relação aos outros advém do facto de o próprio se sentir diminuído, assumindo por isso uma postura mais defensiva.

Relativamente à culpa existe alguma discordância quanto à sua caracterização enquanto emoção adaptativa ou desadaptativa (Baumeister et al., 1994; Blum, 2008; Leary, 2007; Tangney, 2002; Tangney, Stuewig & Mashek, 2007). Tangney e Dearing (2002) definem dois tipos de culpa, uma que se espera que seja adaptativa, por não estar relacionada com a vergonha, e outra, desadaptativa pela sua relação com a presença de sentimentos de vergonha, igualmente associada ao desenvolvimento de psicopatologia. Ferguson e Crowley (1997) também consideram que o próprio acontecimento pode determinar se a culpa será ou não desadaptativa,

ou seja, consideram que se a situação não puder ser de todo corrigida (ex.: morte de um familiar) e o sujeito não vê hipótese de remediar a ação, estará a experienciar uma culpa crônica e ruminativa. Por outro lado, é igualmente desadaptativo quando o sujeito ao invés de estar motivado para a resolução da ação, procura desculpas e justificações para a sua culpa, perpetuando o problema.

Na verdade, são poucos os estudos que corroboram a ideia de que a culpa, nomeadamente a culpa desadaptativa, está relacionada com o desenvolvimento ou manutenção de sintomas psicopatológicos. Contudo, Wolfe, Sas e Wekerle (1994) realizaram um estudo com 90 crianças, vítimas de abuso sexual diagnosticadas com Perturbação de Stress Pós-Traumático, as quais reportaram ter experienciado culpa. A culpa correlacionou-se positivamente com um aumento da sintomatologia associada à perturbação.

Por sua vez, a vergonha, tem sido considerada em diversos estudos como uma emoção desadaptativa altamente associada ao desenvolvimento e manutenção de diversos tipos de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a raiva (Bennett, Sullivan & Lewis, 2005; Fletcher, 2011), depressão (Allan, Gilbert & Goss, 1994; Cooke, Kruger & Shugar, 1996; Harder, Cutler & Rockhart, 1992; Hoblitzelle, 1987; Tangney, Wagner & Gramzow, 1992), ansiedade (Tangney et al, 1992), alcoolismo (Bradshaw, 1988; Brown, 1991) e até mesmo suicídio (Lester, 1998; Mokros, 1995; Wiklander et al, 2012).

Apesar da distinção conceptual teórica que se pode fazer entre ambas as emoções, os indivíduos têm naturalmente a capacidade para sentir ambas as emoções, embora alguns pareçam ter uma maior tendência para experienciar culpa e outros para experienciar vergonha. Na realidade, diferentes situações elicitam diferentes emoções, contudo essa tendência característica de cada indivíduo prevalece (Tangney, 1991).



## 2. Estilos de personalidade Introjativo e Anaclítico, culpa e vergonha.

Helen Block Lewis, considerada pioneira nos estudos fenomenológicos que distinguem a culpa e a vergonha, investigou também o papel que estas emoções desempenham no desenvolvimento da personalidade (Tangney, 1993, 1994; Tangney & Dearing, 2002).

Com base no trabalho desenvolvido por Witkin (1964) acerca da caracterização dos estilos cognitivos como diferenças individuais na forma como os indivíduos pensam, resolvem problemas, aprendem e se relacionam com os outros, Lewis (2003) sugeriu a existência de dois estilos cognitivos, nomeadamente o estilo “*field-dependence*” e o estilo “*field-independence*”, assim como a existência de dois estilos afetivos distintos, o estilo “*shame-proneness*” e o estilo “*guilt-proneness*” (Tangney, 1994; Tangney & Dearing, 2002).

Indivíduos com um estilo cognitivo “*field-dependence*” com um sentido de *self* pouco diferenciado, parece estar mais propenso a adotar um estilo afetivo “*shame-proneness*” e a experienciar mais intensamente os sentimentos de vergonha, evoluindo mais facilmente para manifestação de sintomas associados à depressão. Contrariamente, indivíduos com um estilo cognitivo “*field-independence*” parecem apresentar um *self* mais diferenciado e uma tendência a adotar um estilo afetivo “*guilt-proneness*”, vivendo com maior intensidade os sentimentos de culpa e evoluindo mais facilmente para a manifestação de sintomatologia associada à paranoia e às obsessões e compulsões (Lewis, 2003; Tangney, 1998).

Conforme se discutiu no capítulo anterior, também Blatt (1990, 2008) definiu dois estilos de personalidade – Introjativo e Anaclítico, os quais se distinguem por apresentarem diferentes tipos de funcionamento cognitivo. A descrição desses tipos de funcionamento cognitivo apresenta características semelhantes à descrição dos estilos cognitivos descritos por Lewis (Blatt, Cornell & Eskholl, 1993; Blatt & Shichman, 1983).

Na sua descrição, Blatt (1990, 2008) postulou que os indivíduos anaclíticos são suscetíveis à influência do ambiente, tal como os indivíduos com um tipo de funcionamento cognitivo “*field-dependence*”, descrito por Lewis (2003). Indivíduos com este estilo de funcionamento cognitivo, tal como aqueles que apresentam um estilo de personalidade anaclítico desejam acima de tudo ser amados. A possibilidade da perda do amor objetual constitui-se como o seu medo central, do qual resulta a emoção de vergonha (Lewis, 1987). Por abranger a totalidade do *Self*, a vergonha desencadeia nestes indivíduos uma reação intensa de mal-estar geral (Tangney et al., 1996),

fazendo-os sentirem-se incapazes, diminuídos e sem valor perante um público real ou imaginário (Ferguson, Stegge & Damhuis, 1991).

Por outro lado, a descrição que Sidney Blatt (1990, 2008) faz acerca dos indivíduos com um estilo de personalidade introjetivo assemelha-se à descrição que Lewis (2003) faz dos indivíduos com um estilo de funcionamento cognitivo “*field-independence*”, uma vez que o seu foco de preocupação se centra na autodefinição. Indivíduos com este tipo de funcionamento cognitivo apresentam características semelhantes àqueles com um estilo de personalidade introjetivo, uma vez que tendem a experienciar mais facilmente emoções como a culpa (Lewis, 1987). Os indivíduos introjetivos partilham a preocupação excessiva com a autonomia, o autocontrolo, o valor-próprio e a identidade, podendo a culpa ser uma emoção bastante expressiva que os leva a desejar fortemente que o comportamento tivesse sido diferente ou que não tivesse simplesmente acontecido (Blatt, 1990; Campos, 2003; Niedenthal, Tangney & Gavanski, 1994). No caso dos indivíduos com psicopatologias características desse estilo da personalidade, pode ocorrer uma grande variação na expressão sintomática, uma vez que o indivíduo pode expressar as suas preocupações com o valor-próprio numa depressão introjetiva sem que haja regressão, ou alternar entre a internalização da culpa na depressão e a projeção dessa mesma culpa na paranóia (Blatt & Shichman, 1983; Campos, 2003).

Lewis (2003) postula, de igual forma, que a interação entre os estilos cognitivos (“*field-dependence*” e “*field-independence*”) e os estilos afetivos (“*shame-proneness*” e “*guilt-proneness*”) leva a que o indivíduo experiencie diferentes intensidades de culpa e de vergonha perante situações ou experiências de vida que propiciem o aparecimento dessas emoções. Em função da gravidade da situação e da intensidade da culpa e/ou da vergonha experimentada pelo indivíduo, poderão surgir diferentes sintomas associados a diversas formas de psicopatologia (Lewis, 2003; Tangney, 1998).

No que toca à investigação efetuada em torno da depressão, Lewis verificou existir alguma ambiguidade na distinção entre as emoções da vergonha e da culpa. Curiosamente, segundo afirma Tangney (1993) a descrição que Sidney Blatt faz sobre a depressão introjetiva sobrevaloriza o papel da culpa. Este autor refere que um olhar mais atento sobre a fenomenologia da depressão introjetiva sugere que é a vergonha, e não a culpa, que se estabelece como emoção central neste tipo de depressão. Na verdade, as características fenomenológicas da vergonha (Lewis, 1971) assemelham-se à descrição que Sidney Blatt (1990; 2008) faz da depressão introjetiva. Porém Blatt

faz uma leitura maturacional postulando que a depressão autocrítica/introjetiva é mais evoluída e, por isso mesmo, pode aceder mais facilmente à culpa, a qual é considerada pela teoria psicanalítica como uma emoção mais evoluída. A depressão anaclítica é mais primitiva, acedendo mais facilmente a uma emoção igualmente mais primitiva, como a vergonha.



### 3. Culpa, vergonha e suicidalidade.

O papel da Vergonha e da Culpa na Suicidalidade é complexo (Wiklander, 2012). Ao longo da história, nas diversas sociedades, o suicídio foi visto através de duas perspetivas: numa perspetiva negativa, em que o ato é considerado vergonhoso e, por outro lado, numa perspetiva positiva, em que é considerado heroico e honorável (Tzeng & Lipson, 2004; Van Hoof, 1990; Whelam, 1993).

Na Tailândia, por exemplo, os indivíduos com comportamentos suicidas experienciam vergonha devido à importância que a sua cultura atribui aos valores da *mientze* (preservar o rosto) e da *hsiao* (piedade filial). Cometer suicídio é considerado vergonhoso, mas mais vergonhoso ainda é sobreviver a uma tentativa de suicídio, uma vez que significa “perder o rosto” dentro da sua sociedade e um desrespeito pela bênção do corpo doada pelos pais. Deste modo a temática do suicídio é evitada, uma vez que acreditam trazer má sorte (Wiklander, 2012).

Por outro lado, uma perspetiva positiva acerca do suicídio está patente na história da cultura Japonesa. O *Seppuku* consistia num ritual suicida reservado à classe guerreira, principalmente Samurai. Este ritual fazia parte de uma cerimónia bastante elaborada e executada na frente de vários espectadores. O método apropriado de execução consistia num corte horizontal na zona do abdómen, abaixo do umbigo, efetuado com um simples punhal deixando as vísceras expostas como forma de desmontar pureza de carácter. Finalmente, se as forças assim o permitissem, era realizado outro corte puxando a lâmina para cima, prolongando o primeiro corte. Terminado o corte, o indivíduo era decapitado (Benedict, 1946).

Este processo extremamente lento e doloroso de suicídio, foi utilizado como método de demonstrar a coragem, o autocontrole e a forte determinação característicos de um samurai. Como parte do código de honra, o *Seppuku* era uma prática comum entre os samurais que consideravam a sua vida como uma entrega à honra de morrer gloriosamente, rejeitando cair nas mãos dos seus inimigos, ou como forma de pena de morte frente à desonra e vergonha por um crime, delito ou por outro motivo que os desonrassem. Outras razões estavam por trás destes corajosos atos, como a violação da lei ou o chamado *Oibara*, no qual o *ronin* (“homem onda”) após o falecimento do seu *daimyo* (senhor feudal) seria compelido à prática do *Seppuku*, excetuando-se casos em que o seu senhor por escrito impedia tal costume (Fusé, 1980; Wiklander, 2012).

Para além destes dois exemplos demonstrativos de perspetivas culturais opostas acerca do suicídio, pode-se ainda referir que alguns historiadores

descreveram a vergonha como uma causa possível para o suicídio, nomeadamente na história da Mitologia Grega e do Império Romano (Preti & Miotto, 2005; Van Hoof, 1990). Mais recentemente, na Nova Zelândia foi identificada uma síndrome, chamada *Whakama*, na tribo Maori. Esta envolve sintomas de vergonha e de humilhação, bem como sentimentos de inferioridade e inadequabilidade. A vergonha apresenta-se como uma temática central na cultura Maori e, em alguns casos, conduz ao suicídio, como demonstra o clássico mito Maori, em que um membro feminino da tribo cometeu suicídio, devido à vergonha que experienciou após de ter exposto um pedaço de pele perante outros homens da tribo enquanto dormia (Lester, 1997; Sachdev, 1990).

Smith e Hackathorn (1982) verificaram que as taxas de suicídio são mais elevadas em culturas que atribuem muita ênfase à vergonha e ao orgulho e em sociedades não-religiosas.

A Religião ocupa um papel importante, no sentido em que os índices de suicídio são geralmente maiores em sociedades não-religiosas. A emoção vergonha manifesta-se facilmente quando os indivíduos sentem que quebraram as regras sociais, e conforme a religião, cometer suicídio pode ser considerado um pecado vergonhoso. Portanto, neste caso e contrariamente aos exemplos anteriores, a vergonha pode contribuir para os baixos índices de suicidalidade (Bertolote & Fleischmann, 2004).

No entanto, outros fatores, para além da cultura e da religião, devem ser considerados no que toca à temática do suicídio. De acordo com a Teoria da Vulnerabilidade Flúida de Rudd (2006), a vulnerabilidade de um indivíduo para o suicídio é variável, no entanto pode ser identificada e quantificada. De acordo com esta teoria, alguns indivíduos encontram-se predispostos ao risco de suicídio, em parte, devido a esquemas negativos e crónicos do *self*. Estes esquemas tendem a ser baseados na vergonha, conferindo uma vulnerabilidade a longo-prazo para o risco de suicídio, mesmo em períodos de calma e relativa estabilidade. Na presença de um *stressor*, estes esquemas são ativados e resultam em *distress* emocional e num estado de desesperança, características essas que aumentam o risco de suicídio (Bryan, Ray-Sannerud, Morrow & Etienne, 2013b; Rudd, 2006).

Na verdade, a vergonha tem sido fortemente associada à suicidalidade devido ao seu carácter desadaptativo. Wicklander (2012) refere que o suicídio se pode estabelecer como uma consequência ou uma estratégia de evitamento ou atenuação da vergonha. Breed (1972) defende que a vergonha desempenha um papel preponderante na síndrome suicida, sendo um dos principais componentes que a

precede. Birtchnell (1971) investigou os estados emocionais e motivacionais associados às tentativas de suicídio e descobriu que muitos dos pacientes, de ambos os sexos, que já tinham realizado tentativas de suicídio reportaram sentimentos de vergonha, fracasso na vida e solidão no momento em que realizaram o ato suicida.

A Vergonha é o fator precipitante do suicídio mais saliente e descrito com mais frequência, nas prisões e centros de detenção (Ivanoff, 1989; Lester, 1997). As tentativas de suicídio falhadas são um fator de risco para a realização de uma nova tentativa, pois é comum que após a tentativa o indivíduo experiencie vergonha (Harris & Barraclough, 1997; Samuelsson, Wiklander, Asberg, & Saveman, 2000; Suorninen, Isometsä, Suokas, Haukka, & Achte Lonqvist, 2004).

O suicídio pode ser uma consequência direta da vergonha (Lewis, 1992), uma vez que se apresenta como uma solução para um *self* intolerável e ridículo, sem qualquer possibilidade de obter uma posição digna num grupo social ou na sociedade globalmente considerada (Mokros, 1995). Breed (1972) interpretou a vergonha como um dos cinco componentes básicos da síndrome suicida. As outras quatro são: compromisso com as aspirações individuais (importância da autoestima e dos sentimentos de inutilidade “sob compromisso” com as aspirações individuais), fracasso (incapacidade do indivíduo para lidar com as reações negativas por parte dos outros), padrões rígidos de pensamento e isolamento social (importância do estigma e da autoexposição). A Vergonha deriva do fracasso no desempenho dos papéis sociais e da antecipação das reações negativas dos outros (Kalafat & Lester, 2000).

Tem sido demonstrado que, na atualidade, o comportamento suicida é mais comum entre os desempregados, e pode ser especialmente comum naqueles que recentemente perderam o emprego ou foram despedidos (Lester & Yang, 1997). Estar desempregado pode despertar um estado de vergonha, que por sua vez aumenta o risco de suicídio (Smith, 1987).

Um estudo realizado com 116 estudantes universitários dos EUA, com o objetivo de explorar a relação entre vergonha e culpa com a suicidalidade, demonstrou que a vergonha estava significativamente associada com um historial de pensamentos e ameaças, mas não com as tentativas de suicídio. Tal verificou-se apenas no sexo masculino. A culpa, por sua vez, não se associou com nenhum aspeto da suicidalidade em nenhum dos sexos (Lester, 1998).

Outro estudo apresenta resultados diferentes, no que toca à relação da culpa com a suicidalidade. Foi realizado com uma amostra clínica de 69 militares com o objetivo de explorar a relação da culpa e da vergonha com a ideação suicida.

Demonstrou que ambas as emoções se associavam significativamente direta e indiretamente (através dos efeitos da depressão e da perturbação de stress pós-traumático), a um aumento da gravidade da ideação suicida. No entanto, contrariamente às expectativas, os resultados indicam que a culpa demonstrou uma relação mais forte com a ideação suicida do que a vergonha (Bryan, Morrow, Etienne & Ray-Sannerud, 2012).

A culpa foi considerada como preditor da presença de ideação suicida e tentativas de suicídio entre veteranos do exército combatentes no Vietnam (Hendin & Haas, 1991) e na população clínica de veteranos do exército combatentes no Iraque e no Afeganistão (Bryan, Ray-Sannerud, Morrow & Etienne, 2013a).

Outra investigação realizada com uma amostra clínica de 97 militares ativos da Força Aérea Americana, com idades compreendidas entre os 21 e os 54 anos, demonstrou que a culpa estava significativamente associada à ocorrência de ideação suicida, todavia com um efeito mais significativo nos indivíduos com historial de exposição ao combate (Bryan, Ray-Sannerud, Morrow & Etienne, 2013a).

Resumidamente, e de acordo com os estudos citados, ambas as emoções – culpa e vergonha foram associadas a um risco aumentado de ideação suicida e de comportamentos suicidários. A relação entre a vergonha e a suicidalidade parece ter um historial de investigação mais robusto, e a relação entre a culpa e a suicidalidade parece gerar alguma controvérsia devido à dúvida que permanece em relação ao carácter desadaptativo desta emoção.



## Parte Empírica

### Capítulo III – Objetivos da Investigação.

A investigação revela que os comportamentos suicidários têm aumentado (Hooven, Snedker & Thompson, 2011; Kim & Kim, 2008). A OMS (2012) estima que todos os anos morrem cerca de um milhão de pessoas por suicídio e que em 2020 esse índice vá aumentar exponencialmente para uma morte a cada 20 segundos.

É sabido que os estilos de personalidade (Introjetivo e Anaclítico) constituem um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologia, como a depressão, e para o suicídio (Campos, Besser, & Blatt, 2012; 2013; Campos, et al. 2014). Sabe-se também que a depressão é um importante fator de risco suicidário (Bertolote et al., 2004; Greenberg, 2000; Kim, & Kim, 2008; Stanley et al., 2001; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006; Wiklander, 2012; Wong et al., 2005) e que a vergonha e a culpa, enquanto emoções humanas podem ter um caráter desadaptativo e representar um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia, para a intensificação dos sintomas psicopatológicos e para a suicidalidade (Tangney & Dearing, 2002; Ferguson & Crowley, 1997).

Diversos trabalhos têm confirmado que os estilos de personalidade introjetivo - auto-criticismo - e anaclítico - dependência / necessidade - têm um papel importante na suicidalidade. O estilo introjetivo apresenta-se como um forte fator de vulnerabilidade (Campos, Besser, & Blatt, 2012; Fazaa & Page, 2003; Klomek et al., 2008; Unikel, Von Holle, Bulik, & Ocampo, 2012), mas existem algumas dúvidas quanto ao papel do estilo anaclítico - dependência / necessidade (Campos et al., 2012).

No entanto, um estudo realizado no sentido de verificar a relação entre a suicidalidade e a necessidade e o auto-criticismo, numa amostra de 96 adolescentes, demonstrou que adolescentes com comportamentos suicidas apresentam níveis elevados em ambos os estilos (Klomek et al, 2008). Campos et al. (2014) exploraram, numa amostra de 260 adolescentes portugueses, o efeito de mediação do *distress* psicológico, nomeadamente a depressão, na relação entre os estilos de personalidade (Introjetivo e Anaclítico) e a suicidalidade. Os resultados mostraram que o *distress* psicológico medeia totalmente essa relação. O auto-criticismo e a dependência estão significativamente associados com a suicidalidade e esta relação é mediada pelo *distress* psicológico.

No que concerne às emoções – Vergonha e Culpa, a literatura revela que o experienciar de sentimentos de vergonha intensos está fortemente associado ao

desenvolvimento e manutenção de diversos tipos de sintomatologia psicopatológica (Allan, Gilbert, & Goss, 1994; Bennett, Sullivan, & Lewis, 2005; Bradshaw, 1988; Brown, 1991; Cooke, Kruger, & Shugar, 1996; Fletcher, 2011; Harder, Cutler, & Rockhart, 1992; Hoblitzelle, 1987; Lester, 1998; Mokros, 1995; Tangney, Wagner, Fletcher, & Gramzow, 1992; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1989; Wiklander et al., 2012).

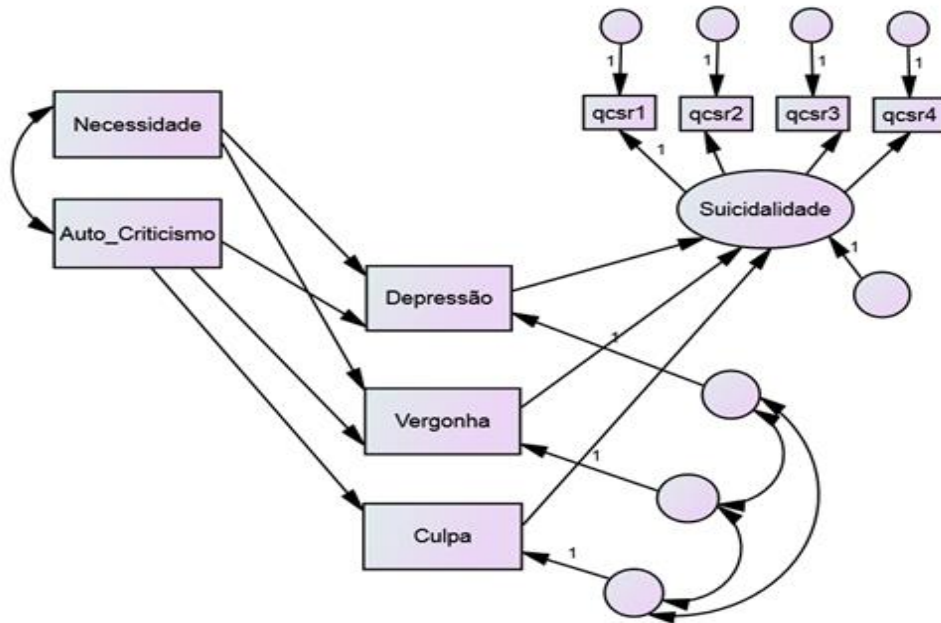
No que concerne à culpa, esta parece contribuir para a intensificação dos sintomas psicopatológicos, mas apenas quando associada à vergonha, apresentando, nesse caso, um carácter desadaptativo (Tangney & Dearing, 2002; Wolfe, Sas, & Wekerle, 1994). A literatura faz uma leitura fenomenológica e maturacional das emoções da vergonha e culpa (Blatt, 1990; 2008; Lewis, 1971), postulando que a culpa é uma emoção mais evoluída do que a vergonha e que é experienciada pelos indivíduos introjetivos e não tanto pelos indivíduos anaclíticos.

Com base neste pressupostos, o presente estudo foca-se no impacto dos dois estilos centrais da personalidade (introjetivo e anaclítico) de acordo com a perspetiva de Sidney Blatt (1990, 2008) na suicidalidade e o efeito mediador destas emoções na relação entre estes dois estilos da personalidade e a suicidalidade.

Neste estudo de cariz longitudinal, testar-se-á um modelo de previsão da suicidalidade (veja-se figura 1) através da Modelação de Equações Estruturais (SEM (Hoyle & Smith, 1994) em que se postula que a culpa, a vergonha e a depressão desempenham um papel mediador na relação entre necessidade e auto-criticismo e a suicidalidade numa amostra de adultos da comunidade residentes em Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade. Note-se que as variáveis predictoras tipo traço, personalidade, depressão e as emoções vergonha e culpa foram avaliadas no momento 1. A suicidalidade foi avaliada num segundo momento da investigação, cerca de três meses depois, através de quatro indicadores: ideação/tentativa, ideação recente, intensão suicida e probabilidade futura de vir a cometer suicídio.

Espera-se que o modelo proposto se ajuste aos dados de forma satisfatória e que se verifique uma relação indireta entre a necessidade e suicidalidade, através da depressão e da vergonha. Espera-se, de igual modo, que se verifique uma relação indireta entre o auto-criticismo e suicidalidade, através da depressão, da vergonha e da culpa.

**Figura 1. Modelo de previsão da suicidalidade a testar**



Legenda. Os retângulos indicam as variáveis observadas e o círculo largo representa a variável latente.



## Capítulo IV – Metodologia

### 1- Participantes e Procedimentos

A amostra final que participou nesta investigação é de conveniência, sendo composta por 195 adultos da comunidade, 91 sujeitos (46,7%) do sexo masculino e 104 sujeitos (53,3%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade ( $M= 34.88$ ,  $SD= 12.49$ ), residentes em vários distritos de Portugal.

O nível de escolaridade da presente amostra está compreendido entre os 4 e os 19 anos de escolaridade ( $M= 11.55$ ,  $SD= 3.24$ ). No que concerne à empregabilidade, 145 sujeitos estão empregados e 48 desempregados. Relativamente ao estado civil, a amostra é constituída por 97 sujeitos solteiros, viúvos ou divorciados, e por 98 sujeitos casados ou em união de fato.

A recolha da amostra foi levada a cabo em dois momentos (num estudo longitudinal com cerca de três meses de intervalo entre aplicações), efetuada por diversas mestrandas, sendo os dados obtidos utilizados para várias dissertações de mestrado.

Todos os participantes responderam voluntariamente aos instrumentos aplicados. Dos 225 sujeitos inicialmente contactados, no momento 1, 18 dos protocolos aplicados foram eliminados devido à falta de informação sociodemográfica, número excessivo de itens omissos ou devido a *response sets*. A amostra final, no primeiro momento, era constituída por 207 sujeitos, sendo que 97 sujeitos eram do sexo masculino e 110 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade ( $M=35.01$ ,  $SD= 12.49$ ) e com um nível de escolaridade médio de 11.52 ( $M=11.52$ ;  $SD= 3.24$ ).

No segundo momento a amostra é composta por 195 sujeitos. Dos 207 sujeitos que participaram no primeiro momento, 12 deles mostraram-se indisponíveis para participar no segundo momento de recolha de dados.

Em ambos os momentos da recolha de dados os participantes abordados, foram informados genericamente dos objetivos da investigação. Os que aceitaram colaborar assinaram um termo de consentimento informado de participação voluntária e anónima na investigação. A aplicação dos questionários foi individual, sendo os sujeitos previamente contactados em diversos locais públicos, como Igrejas, cafés, [etc].

**Tabela 1. Variáveis Sociodemográficas da Amostra em Estudo**

		M	DP	N	%
Sexo	Masculino			91	46.7%
	Feminino			104	53.3%
Idade		34.88	12.49		
Escolaridade		11.55	3.24		
Distrito	Aveiro			1	.5%
	Beja			3	1.5%
	Coimbra			1	.5%
	Évora			56	28.7%
	Leiria			7	3.6%
	Lisboa			2	1%
	Portalegre			35	17.9%
	Porto			1	.5%
	Santarém			87	44.6%
	Setúbal			1	.5%
Estado Civil	Viseu			1	.5%
	Solteiros/Viúvos/Divorciados				49.7%
Estado Civil	Casados/União de Facto				50.3%
	Situação Laboral				
Situação Laboral	Empregado				74.4%
	Desempregado				24.6%
Doença Crónica	Doença Crónica				
	Não				76.9%
Doença Crónica	Sim				23.1%
	Ida ao Psicólogo				
Ida ao Psicólogo	Não				70.3%
	Sim				29.7%
Doença Psiquiátrica	Doença Psiquiátrica				
	Não				95.4%
Doença Psiquiátrica	Sim				3.6%

A ordem de apresentação dos questionários foi aleatória. O protocolo de investigação continha um conjunto de questionários diverso, com o objetivo de recolher informação para várias dissertações de mestrado, sendo constituído por um questionário sociodemográfico, e diversos instrumentos de medida. Os instrumentos utilizados no presente estudo foram: o Questionário de Experiências Depressivas –

QED, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos - CES-D, o Questionário de Comportamento Suicida – Revisto - QCS-R e o *Test of Self-Conscious Affect* – TOSCA. Para além destes, faziam também parte do protocolo mais três outros instrumentos, utilizados no âmbito de outras três dissertações de mestrado.

No primeiro momento os questionários foram apresentados aos sujeitos dentro de um envelope aberto. Juntamente com o envelope foi-lhes também entregue um termo de consentimento. As instruções de preenchimento dos questionários foram apresentadas por escrito. Também lhes foi disponibilizada ajuda no sentido de esclarecer alguma dúvida que pudesse surgir no decorrer do preenchimento. Finalizado o preenchimento dos questionários, foi lembrado aos sujeitos que deveriam selar o envelope de modo a manter a confidencialidade do mesmo. Para além disto, foi-lhes solicitado que colocassem o contacto telefónico no envelope no sentido de os voltar a contactar para o segundo momento da recolha de dados, juntamente com as iniciais do seu nome, para podermos fazer um emparelhamento com os protocolos obtidos no segundo momento. É de notar que o consentimento informado foi o único documento que não se colocou dentro do envelope.

Os sujeitos foram contactados três meses depois para o segundo momento de recolha de dados. A aplicação no segundo momento decorreu de forma similar à do primeiro momento. Quando contactados foi-lhes lembrado quais os objetivos da investigação, sendo informados de que iria ser iniciada a segunda fase da investigação. Posto isto, era então combinado o local onde iria decorrer a segunda aplicação, conforme a disponibilidade do(a) participante.





## 2- Instrumentos de medida

**Questionário Sociodemográfico:** Foi aplicado um questionário sociodemográfico que pretendeu recolher informação relativa às variáveis sexo, idade, escolaridade, distrito de residência, estado civil, profissão e situação laboral atual dos sujeitos constituintes da amostra. Para além disto visava também averiguar quantas vezes foram ao médico no último ano, a presença (ou não) de doença crónica, a presença (ou não) de doença psiquiátrica, se alguma vez foram ao psicólogo(a) ou psiquiatra e o consumo de drogas.

**Questionário Experiências Depressivas (QED; Blatt, D’Affliti & Quinlan, 1976) –** versão portuguesa de Campos (2000, 2009) (Veja-se anexo 1). O Questionário de Experiências depressivas tem como base a conceptualização teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. Os estudos sobre a depressão realizados por Blatt e colaboradores datam dos anos 70 (Blatt, 1974; Blatt, D’Affliti & Quinlan, 1976; Blatt, Wein, Chevron & Quinlan, 1979; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982; Chevron, Quinlan & Blatt, 1978), tendo como ponto de partida o princípio de que a depressão pode ser melhor compreendida se considerada como um desvio no desenvolvimento normal do sujeito (Blatt, 1990).

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

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

O QED permite obter resultados para três fatores que resultaram da análise em componentes principais, realizada com a amostra de estudantes universitários americanos (Blatt et al., 1976). O fator I, designado por «dependência», apresenta

itens que dizem respeito às relações interpessoais. Abordam temas como a preocupação com a possibilidade de abandono ou rejeição, ou com o sentimento de solidão e desamparo, dependência dos outros ou ainda com a possibilidade de perder o outro. Envolvem preocupações com a possibilidade de magoar e/ou ofender alguém, o que leva o indivíduo a ter dificuldades em expressar a raiva por medo de vir a perder a gratificação que o outro pode proporcionar (Blatt & Homann, 1992). O fator II, designado de «auto-criticismo», engloba itens que expressam preocupações com sentimentos de vazio interno, desesperança, culpa, insegurança, insatisfação e o sentimento de não corresponder às expectativas e objetivos acordados. Referem-se ainda a dificuldades em assumir responsabilidades, sentimentos de ameaça face à mudança, sentimentos de ambivalência face a si e aos outros, desvalorização, tendência a assumir a culpa e a ser crítico relativamente a si próprio (Blatt & Homann, 1992).

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

O cálculo dos resultados itens difere do cálculo tradicional de outros questionários de personalidade, na medida em que, cada um dos itens é utilizado para calcular os resultados nas três escalas, consoante o peso de cada item em cada um dos fatores referidos. Deste modo, o resultado para cada indivíduo num dado fator é o somatório do resultado de cada item. Este resultado, por sua vez, é obtido da seguinte forma: multiplicando o coeficiente no fator desse item por um quociente que constitui uma centragem e redução da variável – o valor obtido pelos indivíduos no item (de 1 a 7) menos a média do item na amostra de aferição, sobre o desvio padrão dessa mesma amostra.

Investigações realizadas posteriormente (Blatt et al., 1995; Rude & Burnham, 1995) identificaram dois subfactores do fator dependência: a necessidade e contacto. O primeiro, considerado como desadaptativo, refere-se a preocupações excessivas e medos face às relações interpessoais, bem como sentimentos devastadores de

desamparo, medo de separação e rejeição e preocupações intensas sobre a perda. Por outro lado, o segundo subfactor (contacto), considerado adaptativo, revela preocupações com a perda e solidão face à rutura de relações interpessoais significativas com um indivíduo em particular, embora sem apresentar sentimentos devastadores face a essa perda.

A consistência interna das três escalas é adequada com valores do  $\alpha$  de Cronbach moderados, quer no estudo original (Blatt et al., 1976) entre 0.72 e 0.83, quer num estudo realizado posteriormente (Zuroff et al., 1990) entre 0.69 e 0.80. Para avaliar a semelhança entre a versão original do QED (Blatt et al., 1976) e a versão portuguesa (Campos, 2000) calculou-se o coeficiente de congruência para as três escalas, e o resultado foi de 0.92 para a escala de dependência, 0.93 para a escala de auto – criticismo e 0.86 para a escala de eficácia. Estes resultados apontam para que as soluções fatoriais das duas versões sejam muito semelhantes. Os resultados obtidos nos estudos de validação da versão portuguesa do questionário mostram que a versão portuguesa tem um bom nível de consistência interna. No presente estudo utilizaram-se as escalas – auto-criticismo e a subescala desadaptativa da dependência, a necessidade. Relativamente à consistência interna das escalas na amostra do presente estudo, obteve-se um  $\alpha$  de 0.72, para a escala de necessidade e um  $\alpha$  de 0.76, para a escala de auto – criticismo. A escala de eficácia não foi utilizada.

**Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977)** – versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2004) (Veja-se anexo 2). A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos tem como objetivo avaliar a ocorrência de sintomatologia depressiva, tendo por base uma noção de *continuum* entre o funcionamento normal e as formas graves de depressão. Difere de outras escalas de avaliação de depressão por ter sido construída especificamente para avaliar sintomas depressivos em amostras da comunidade.

É um instrumento de autorrelato composto por 20 itens selecionados a partir de escalas de depressão previamente validadas (Radloff, 1977). Avalia os principais aspetos da sintomatologia depressiva (Radloff, 1977). A escala de resposta é uma escala tipo *Likert* de quatro pontos (0 corresponde a “Nunca” e 3 “Com muita frequência ou Sempre”), respondendo o indivíduo de acordo com a sua autoavaliação sobre a frequência dos sintomas durante a semana antecedente à aplicação da escala. Dos 20 itens que compõem a escala, 4 são itens “positivos” ou redigidos “na positiva” para evitar tendências de resposta e para avaliar estados positivos de humor.

A cotação total pode variar entre 0 e 60, sendo que valores elevados correspondem à presença de um número, também elevado, de sintomas.

Os estudos iniciais da escala decorreram entre os anos de 1973 e 1977, com a obtenção de bons resultados, nomeadamente no que toca à consistência interna ( $\alpha$ ), tanto numa amostra da comunidade com cerca de 3800 sujeitos ( $\alpha = 0.85$ ), como numa amostra de pacientes psiquiátricos ( $\alpha = 0.90$ ) (Radloff, 1977).

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

Após a tradução da escala e aplicação às amostras descritas, realizaram-se análises estatísticas que permitiram comprovar não só a consistência interna da versão portuguesa da escala, como também estudar a estrutura fatorial da escala, a sua correlação com outros instrumentos (BDI, avaliado no estudo A; Entrevista Clínica, avaliada no estudo B) e um possível ponto de corte. Quanto à consistência interna ( $\alpha$ ) verificou-se que, no estudo A, o seu valor foi de 0.92; na amostra do estudo B foi de 0.89, e, por fim, no último estudo (C), foi de 0.85, o que indica que a forma adaptada da escala para a língua portuguesa apresenta uma boa fiabilidade. O ponto de corte da escala depende dos objetivos da sua aplicação. De qualquer forma, o ponto de corte desejável será 25, embora nos casos em que o objetivo seja detetar casos clínicos, o ponto de corte a ser considerado deva ser de 26.

No que diz respeito à amostra do presente estudo, o valor de  $\alpha$  foi de 0.88 no primeiro momento, e no segundo momento, foi de 0.85.

***Test of Self-Conscious Affect (TOSCA)*** para adultos (Tangney et al., 1989) – versão portuguesa adaptada por Geada (2000) (Veja-se anexo 3). O TOSCA, é um instrumento construído para avaliar as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais dos indivíduos, caracteristicamente ligadas à tendência para a vergonha (15 itens), à tendência para a culpa (15 itens), à tendência para a externalização (10 itens) e à tendência para o distanciamento (10 itens),

representantes das quatro escalas constituintes do TOSCA (Tangney, 1993, 1998, 2002; Tangney & Dearing, 2002; Tangney et al., 1992).

Tal como descrito na literatura teórica, fenomenológica e empírica, as concepções de vergonha, subjacentes à respetiva escala, relacionam-se com a avaliação negativa do *self* e do comportamento, respetivamente, tal como conceptualizado por Helen Block Lewis (1971). Contudo, no que toca às concepções de culpa estas relacionam-se com uma forma leve e mais adaptativa do *self* e do comportamento. A externalização é considerada como a reação afetiva do indivíduo que atribui o seu comportamento a uma causa externa. O distanciamento avalia a despreocupação do indivíduo acerca do outro internalizado (Tangney et al., 1992).

O TOSCA é um questionário composto por 15 cenários/situações, suscetíveis de serem encontrados pelos indivíduos no seu dia-a-dia. Cada cenário é seguido por um conjunto de respostas, numa ordem aleatória, representativas de descrições fenomenológicas breves das emoções referidas, relativamente ao contexto específico. Entre os diferentes cenários, 10 deles têm uma valência negativa e 5 deles, uma valência positiva. O objetivo assenta em avaliar, numa escala *Likert* de 5 pontos (correspondendo o 1 a “*Nada provável*” e o 5 a “*Muito provável*”), a reação mais provável dos sujeitos em cenários/situações de culpabilidade pessoal. Para cada situação existem, simultaneamente, quatro tipos de respostas, representativas de: (a) propensão para a culpa, (b) propensão para a vergonha, (c) propensão para o distanciamento e (d) propensão para a externalização da culpa. No presente estudo iremos focar-nos exclusivamente na propensão para a culpa e para a vergonha.

Relativamente à consistência interna das escalas de culpa e de vergonha, Tangney et al. (1992) obtiveram com uma amostra de estudantes universitários, valores de 0.66 e 0.76 para os coeficientes alfa de *Cronbach*, para a escala de culpa e vergonha, respetivamente. No presente estudo, o alfa de *Cronbach* obtido foi de 0.79 para a vergonha e de 0.68 para a culpa.

**Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R)** (Osman et al., 2001) – versão portuguesa adaptada de Campos, Besser e Blatt (2013) (Veja-se anexo 4). A escala desenvolvida por Lineham (1981) pretende avaliar a frequência e a severidade dos comportamentos suicidários e a história passada de tentativas e ideação suicida. É constituída por 4 itens: ideação/tentativa (item 1), ideação recente (item 2), intenção suicida (item 3) e, por último, probabilidade futura de vir a cometer suicídio (item 4).

Ao longo dos anos existiram diversas versões reduzidas desenvolvidas a partir da versão original de 34 itens (referência). Contudo, Osman e colaboradores (2001), com o intuito de utilizar a escala tanto em amostras clínicas como em amostras não clínicas, validaram o presente instrumento de quatro itens. Para tal, recolheram dados com quatro amostras diferentes. A primeira era constituída por adultos internados com diversas perturbações psiquiátricas, a segunda amostra era composta por adolescentes com perturbações psiquiátricas, também eles internados, a terceira amostra era constituída por adolescentes, estudantes do ensino secundário, e a última por adultos licenciados da comunidade. Após a análise dos resultados, verificaram que nas amostras de adolescentes com perturbações psiquiátricas internados, adolescentes estudantes do ensino secundário e adultos com perturbações psiquiátricas em regime de internamento, a consistência interna avaliada através do alfa de Cronbach, era moderadamente elevada ( $\alpha = 0.88$ ;  $\alpha = 0.87$ ;  $\alpha = 0.87$ , respetivamente). Na amostra com adultos licenciados da comunidade, o valor de  $\alpha$  foi também adequado (0.76). Quanto ao ponto de corte da escala, o mesmo difere em amostras clínicas e não-clínicas. Nas primeiras, para os autores, parece adequado um ponto de corte de 8 ou mais, enquanto para as segundas um ponto de corte de 7 mostra-se mais adequado, tendo em conta a sensibilidade e especificidade da escala.

A versão portuguesa de Campos et al. (2013) foi utilizada neste estudo, para avaliar a suicidalidade. Estes autores recorreram a uma amostra de conveniência de 200 adultos da comunidade. O alfa de Cronbach foi aceitável à semelhança do que acontece na presente investigação (0.71).

### 3- Estratégia de Análise de Dados

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

A Modelação por Equações Estruturais permitirá, neste caso, estudar a influência das variáveis de personalidade, necessidade e auto-criticismo, das emoções vergonha e culpa e da depressão na variável dependente suicidalidade. Foi especificada uma variável latente, suicidalidade, com quatro indicadores – ideação / tentativa de suicídio, ideação recente, intenção suicida e probabilidade futura de vir a cometer uma tentativa de suicídio (itens 1, 2, 3 e 4, respetivamente, do QCS-R) – sendo as restantes variáveis no modelo variáveis observadas. As variáveis predictoras tipo traço, personalidade, e as emoções vergonha e culpa, foram avaliadas num momento 1, bem como a variável depressão e a variável dependente suicidalidade, foi avaliada num momento 2, em média, três meses depois, num *design* longitudinal. Testou-se as relações entre o auto-criticismo e a culpa, a vergonha e a depressão e entre a necessidade e a vergonha e a depressão controlando a variância comum entre a depressão e os dois tipos de emoção. O modelo permitirá testar se as variáveis depressão, culpa e vergonha medeiam a relação entre as variáveis de personalidade, necessidade e auto-criticismo, e a suicidalidade.

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

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

tolerância indicaram a ausência de multicolinearidade. Também se examinou a normalidade das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov Z. Os resultados indicam que algumas das distribuições se afastam da normalidade.

Consequentemente, o método *bootstrapping* (com 5.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) foi usado para testar os níveis de significância (e. g., Mooney & Duval, 1993; Yung & Bentler, 1996). O método de *bootstrapping* também testou a significância dos efeitos indiretos (e. g., MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West & Sheets, 2002; Mallinckrodt, Abraham, Wei & Russell, 2006).



## Capítulo V – Resultados

### 1- Análise preliminar

Calcularam-se as correlações entre as variáveis relativas à suicidalidade e as variáveis demográficas dos participantes. Verificou-se que a variável sexo se correlacionou significativamente com a variável ideação e tentativa ( $r = .24, p < .001$ ) e com a variável ideação recente ( $r = .17, p < .05$ ). A variável escolaridade correlacionou-se significativamente com a variável ideação recente ( $r = .15, p < .05$ ). A variável ter uma doença crónica correlacionou-se significativamente com a ideação recente ( $r = .16, p < .05$ ) e com a probabilidade futura ( $r = .33, p < .001$ ). Ter ido ao psicólogo correlacionou-se significativamente com a ideação e tentativa ( $r = .17, p < .05$ ). Finalmente, ter uma doença psiquiátrica correlacionou-se significativamente com a variável ideação e tentativa ( $r = .25, p < .001$ ), com a variável ideação recente ( $r = .23, p < .001$ ) e com a variável probabilidade futura ( $r = .25, p < .001$ ).

As correlações bi-variadas entre as variáveis incluídas no modelo são apresentadas na Tabela 2.



## 2- Teste do modelo através de Modelação de Equações Estruturais

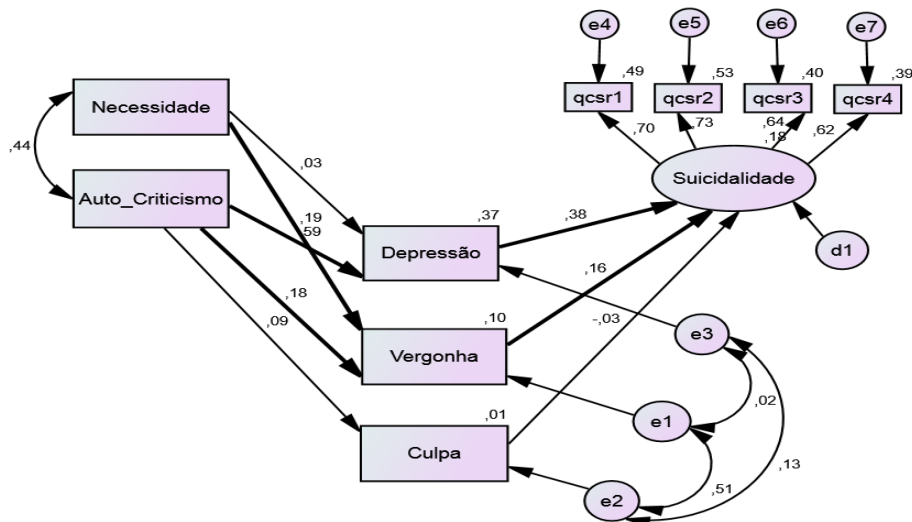
O modelo de equações estruturais (veja-se figura 2) ajusta-se aos dados de forma satisfatória ( $\chi^2 [20] = 26.47$ ,  $p > .05$ ,  $\chi^2 / df = 1.324$ , CFI = .095, SRMR = 0.045, RMSEA = 0.041, 90% CI [0.000, 0.079]). O modelo explica 18% da variância da suicidalidade.

Na figura 2, as trajetórias (efeitos diretos) assinaladas a negrito são significativas. Assim, verifica-se que o auto-criticismo se associa significativamente com a vergonha ( $\beta = .19$ ,  $t = 2.50$ ,  $p < .05$ ;  $SE = 0.078$ , 95% CI [0.027, 0.335],  $p < .05$ ) e com a depressão 1 ( $\beta = .60$ ,  $t = 9.38$ ,  $p < .001$ ;  $SE = 0.048$ , 95% CI [0.496, 0.684],  $p < .001$ ) e que a necessidade se associa significativamente com a vergonha ( $\beta = .19$ ,  $t = 2.91$ ,  $p < .01$ ;  $SE = 0.067$ , 95% CI [0.055, 0.318],  $p < .01$ ). A depressão associa-se significativamente com a suicidalidade ( $\beta = .38$ ,  $t = 4.55$ ,  $p < .001$ ;  $SE = 0.089$ , 95% CI [0.196, 0.543],  $p < .001$ ). A vergonha associou-se de forma tendencialmente significativa com a suicidalidade ( $\beta = .16$ ,  $t = 1.84$ ,  $p < .07$ ;  $SE = 0.107$ , 95% CI [-0.046, 0.373],  $p < .10$ ).

Relativamente ao cálculo dos efeitos indiretos, apenas o auto-criticismo se associou com a suicidalidade ( $\beta = .25$ ,  $t = 3.72$ ,  $p < .002$ ;  $SE = 0.061$ , 95% CI [0.137, 0.372],  $p < .001$ ). A necessidade não se associou indiretamente com a suicidalidade.

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

**Figura 2. Modelo de previsão da suicidalidade testado**



Legenda. Os retângulos indicam as variáveis observadas e o círculo largo representa a variável latente. Os círculos pequenos dizem respeito aos resíduos (e) ou distúrbios (d). As setas bidirecionais indicam covariância, e as unidirecionais indicam ligações direcionais hipotéticas. Foram utilizados parâmetros de probabilidade máxima normalizados. As estimativas indicadas a negrito são estatisticamente significativas.

**Tabela 2. Correlações entre as Variáveis em Estudo**

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	M	SD
<i>Predisposições da Personalidade</i>											
1. Auto-Criticismo	—									-43	1
2. Necessidade	.44***	—								.12	.83
<i>Sintomas de Distress</i>											
3. Depressão	.61***	.30***	—							18.46	10.44
<i>Emoções Auto-Conscientes</i>											
4. Vergonha	.27***	.30***	.18*	—						41.57	10.15
5. Culpa	.09	.10	.16*	.52***	—					59.98	6.99
<i>Suicidalidade</i>											
6. qcsr1 - Ideação/Tentativa	.30***	.13	.33***	.15*	.08	—				1.45	.76
7. qcsr2 - Ideação Recente	.30***	.02	.28***	.08	.08	.50***	—			1.20	.56
8. qcsr3 - Intensão Suicida	.27***	.07	.20**	.16*	.03	.45***	.49***	—		1.17	.48
9. qcsr4 - Probabilidade Futura de Cometer Suicídio	.28***	.15*	.27***	.24**	.11	.43***	.47***	.36***	—	.86	1.13

Nota. \* $p < .05$ , two-tailed. \*\* $p < .01$ , two-tailed. \*\*\* $p < .001$ , two-tailed.



## Capítulo VI – Discussão

A presente investigação pretendeu avaliar, numa amostra de adultos da comunidade residentes em Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade, o papel mediador da depressão, da vergonha e da culpa na relação entre os estilos de personalidade anaclítica (necessidade) e introjetiva (auto-criticismo) e a suicidalidade. Tanto quanto é do nosso conhecimento, nenhum estudo tinha previamente avaliado o efeito mediador das emoções culpa e vergonha na relação entre estes estilos da personalidade e a suicidalidade.

Tal como foi observado previamente noutros estudos (Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013; Yamaguchi et al., 2000), no presente estudo verificamos que o auto-criticismo se encontrava positivamente associado com a depressão e que esta última desempenhava um papel mediador na associação entre o auto-criticismo e a suicidalidade.

Os indivíduos com uma configuração introjetiva da personalidade caracterizam-se pela ênfase que atribuem à autodefinição: autocontrolo, valor próprio e identidade. Quando essas características são exageradas e desadaptativas podem traduzir-se numa vulnerabilidade a diversos tipos de psicopatologia, nomeadamente à depressão (Blatt, 2008). São indivíduos que enfatizam de um forma distorcida, uma preocupação com o estabelecimento e manutenção de um sentido de *self* consolidado e autónomo. Temáticas como a assertividade e a agressividade, direcionadas para o próprio e para os outros são centrais, numa tentativa de proteger a autoestima e valor próprio. Quando deprimidos os indivíduos introjetivos apresentam um sentido de autocrítica destrutiva, dúvidas sobre o próprio e sentimentos de vergonha e culpa intensos. Os indivíduos introjetivos são "duros" e "implacáveis" consigo próprios (Blatt, 2008).

Indivíduos com elevados níveis de perfeccionismo autocrítico são especialmente vulneráveis ao fracasso e a um aumento da intensidade da sintomatologia depressiva. Para além disto, experienciam sentimentos de inferioridade e uma permanente sensação de fracasso, bem como um medo crónico da crítica e da desaprovação. Este perfeccionismo leva a uma intensa competição, na qual o indivíduo é bastante crítico com o próprio e com os outros (Blatt, 1974). Indivíduos com elevados níveis de perfeccionismo autocrítico parecem também manifestar uma grande dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais sustentáveis (Blatt, Zuroff, Sanislow, & Pilkonis, 1998). Esta experiência social de fracasso e de dificuldades em

lidar com esse fracasso, bem como os sentimentos de vergonha associados, podem contribuir para a suicidalidade (Blatt, 1995).

De acordo com os nossos resultados e contrariamente aos resultados de alguns estudos prévios (e.g., Loas & Defélice, 2012; Klomek et al., 2008), o estilo de personalidade anaclítica, não se relacionou com a suicidalidade. Na verdade, e como discutimos na parte teórica desta dissertação, a literatura é ambígua no que toca à relação entre este estilo de personalidade e a suicidalidade (Campos, Besser & Blatt, 2013; Klomek et al., 2008; Loas & Defélice, 2012; O'Connor, 2007), sendo que alguns estudos apontam para uma relação entre este estilo de personalidade e a suicidalidade (Klomek et al., 2008), nomeadamente uma relação mediada pelo *distress* psicológico (Campos, Besser e Blatt, 2012) e outros não (e. g., Apter & Ofek, 2001; Fazaá & Page, 2003).

De acordo com os resultados do presente estudo, também a depressão se associa significativamente com a suicidalidade. Numa perspetiva psicanalítica, a vivência depressiva constitui-se como um fator motivacional para desejar a morte (Coimbra de Matos, 2001). Na depressão o indivíduo pode reagir de forma onipotente à realidade das perdas (objetais e narcísicas). A negação das partes negativas do objeto e a idealização das partes positivas é a principal característica da relação depressiva.

Para o indivíduo depressivo o objeto é, em grande medida, um prolongamento do *self*, um complemento do próprio e, por isso mesmo, aquando do seu naufrágio, é arrastada uma parcela do próprio, daí que seja tão dolorosa e incapacitante a sua perda, equivalendo a uma amputação do Eu. Um indivíduo com um narcisismo deficitário, normalmente reage à realidade das perdas (objetais e narcísicas), à realidade de uma auto valoração negativa e de uma idealização e dependência do objeto, através da negação onipotente dessa realidade. É a partir daqui que se organiza a razão masoquista para a morte, pois sofrer é demonstrativo da bondade e valor do próprio e, no futuro (nem que seja após a morte), o indivíduo acredita que será reconhecido e retribuído pelo objeto. É neste contexto imaginário que o suicídio muitas vezes se insere, como um ato derradeiro de renúncia ao prazer de viver, um triunfo pela aceitação da derrota ou a alucinação da vitória pela concretização do sacrifício máximo (permanecendo na memória dos vivos de modo idealizado) (Coimbra de Matos, 2001).

De facto a depressão parece ser uma razão fundamental da desistência da vida e do viver (Coimbra de Matos, 2001). Para Melanie Klein, o suicídio representa



um ataque ao objeto internalizado, com a diferença de que esse ataque foi direcionado primariamente à parte má do objeto e foi motivado pelo desejo de preservar o objeto bom internalizado. A origem da agressão ao mau objeto emerge do instinto da morte e do medo de que essa agressão pudesse aniquilar o objeto bom (Siqueira, 2007).

De acordo com os nossos resultados verificou-se também que a vergonha, tal como a depressão, assumiu um papel mediador na relação entre o auto-criticismo e a suicidalidade, contudo bastante mais fraco que o papel que a depressão assumiu nessa relação.

Kohut (1966) postula que a vergonha surge quando o *Ego* é incapaz de permitir uma descarga às exigências exibicionistas do *self* narcísico e idealizado. Um indivíduo predisposto para experienciar vergonha é ambicioso e responde ao fracasso através da busca da perfeição e sucesso externo (Kohut, 1971; Morrison, 1989). Esta emoção é experienciada quando o indivíduo se sente inferior, sem poder ou falhado em comparação com os outros (Gilbert, 1998, 1992). A vergonha parece estar relacionada com o medo de uma avaliação negativa e com o medo de assumir um comportamento submisso, o que pode conduzir ao afeto depressivo e conseqüentemente ao risco suicidário (Gilbert, Pehl & Allan, 1994).

No presente estudo a culpa não se relacionou com a suicidalidade, nem com os estilos de personalidade (anaclítico e introjetivo), o que sugere que o constructo culpa avaliado pelo TOSCA pode ter um carácter adaptativo. Uma análise crítica do TOSCA parece demonstrar que este avaliará, sobretudo, dimensões adaptativas da culpa e dimensões desadaptativas da vergonha. Um estudo efetuado com uma amostra de adultos e adolescentes demonstrou que os itens que tiveram uma elevada saturação no fator culpa eram, sobretudo, itens que se referiam a um comportamento reparador (Luyten, Fontaine, & Corveleyn, 2002). Por outro lado, os itens que tiveram uma elevada saturação no fator vergonha consistiam principalmente em itens relacionados a baixa autoestima (Luyten, Fontaine, & Corveleyn, 2002).

Apesar de alguns autores postularem a culpa, essencialmente, como uma dimensão desadaptativa (e. g., Stewig & McCloskey, 2005), outros (e. g., Ferguson & Crowley, 1997; Tangney & Dearing, 2002) descrevem-na sobretudo como uma dimensão complexa que pode ter uma componente adaptativa e outra desadaptativa. Note-se que o instrumento utilizado nesta investigação para avaliar a culpa (TOSCA), baseia-se numa visão/teoria adaptativa da mesma (Woien, Ernst, Patock-Peckham, & Nagoshi, 2003). Possivelmente, se tivéssemos utilizado um outro instrumento de

avaliação, que permitisse avaliar uma dimensão mais desadaptativa e patológica da culpa teríamos encontrado uma relação desta emoção com a suicidalidade.

A culpa foi descrita por Hoffman (2000) como uma emoção caracterizada pela tensão e pelo arrependimento, o que por sua vez leva a que a pessoa sinta empatia perante o outro. Tangney (1998) definiu a culpa como uma emoção adaptativa, a qual direciona o comportamento no sentido de reparar uma ação negativa. No entanto, Greenberg (2000) faz referência a uma culpa patogénica e persecutória como o núcleo central do ato suicida, em que o sujeito numa tentativa derradeira de se “livrar” dessa culpa insuportável, projeta-a nos objetos. Esta emoção desencadeia no indivíduo a necessidade de autopunição, a qual é vivida como um triunfo maníaco sobre os outros (*“Não é justo que seja eu a carregar com esta culpa, quando vocês não me compreenderam e nem sequer me ajudaram a livrar-me dela. Por isso, agora mato-me para serem vocês a carregar com ela.”*). Com bastante frequência esta fantasia torna-se consciente, levando o indivíduo a recorrer ao suicídio como consequência de um plano premeditado de vingança contra o outro que, direta ou indiretamente fez parte da origem ou do aumento dessa culpa persecutória (Greenberg, 2000).

#### ***Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros***

A primeira limitação à presente investigação prende-se com o facto da amostra recolhida ser de conveniência, ser uma amostra não clínica e não ser representativa da população. Ainda no que toca aos aspetos metodológicos, pode-se referir outra limitação, nomeadamente o facto de o tempo decorrido entre os dois momentos da recolha de dados ter sido relativamente curto (cerca de 3 meses).

Por outro lado, a utilização exclusiva de medidas de autorrelato pode ser considerada só por si uma desvantagem, uma vez que a validade das respostas obtidas poderá ser posta em causa por estilos de resposta desadequados.

Por último, tal como já foi referida anteriormente acresce que o instrumento utilizado nesta investigação para avaliar a culpa, o TOSCA, se basear numa visão/teoria adaptativa desta emoção (Woien et al., 2003). Provavelmente, caso tivéssemos utilizado um outro instrumento para avaliar a culpa, que permitisse avaliar uma dimensão mais desadaptativa da mesma teríamos encontrado uma relação desta emoção com a suicidalidade. No entanto, que tenhamos conhecimento trata-se do único instrumento para avaliar as emoções culpa e vergonha adaptado para a população portuguesa.

Contudo, apesar das limitações, a presente investigação apresenta aspetos positivos, tais como o facto da amostra utilizada (embora de conveniência) apresentar um número equivalente de participantes de ambos os sexos e outro aspeto foi a fraca mortalidade experimental.

Finalmente, também se pode considerar uma mais-valia a utilização de um *design* longitudinal.

Relativamente a sugestões futuras, podemos referir a necessidade de utilizar outros tipos de métodos de recolha de dados ao invés de utilização exclusiva de medidas de autorrelato (e. g., entrevistas). Por outro lado, importa ainda referir a necessidade de espaçar, em termos temporais, os dois momentos da recolha de dados. Seria também interessante a utilização de uma amostra clínica em investigações futuras. Finalmente, seria interessante adaptar e utilizar, em investigações futuras, um instrumento capaz de avaliar uma vertente mais desadaptativa da culpa (Ferguson & Crowley, 1997; Tangney & Dearing, 2002).



### Conclusões

A presente investigação avaliou o papel mediador da depressão, da vergonha e da culpa na relação entre os estilos de personalidade (anaclítico e introjetivo) e a suicidalidade, através do teste de um Modelo de Equações Estruturais e um *design* longitudinal.

Podemos verificar que a literatura mostra que o suicídio é um fenómeno multifatorial, dependente de diversas variáveis, nomeadamente variáveis psicológicas como a personalidade, a depressão e emoções desadaptativas.

No que toca ao papel da personalidade, tal como comprovam estudos anteriores, constatámos que o estilo de personalidade introjetivo se relaciona com a suicidalidade, sendo esta relação mediada pela depressão e pela vergonha. No que toca ao estilo de personalidade anaclítico, de acordo com alguns estudos, mas contrariamente a outros não se relacionou com a suicidalidade.

Finalmente, pôde-se verificar que apesar da vergonha assumir um papel mediador na relação entre o auto-criticismo e a suicidalidade, a depressão assume um papel muito mais forte e preponderante nessa relação, acabando por enfraquecer o efeito da vergonha.

Quanto às implicações clínicas, os resultados desta investigação sugerem que avaliar as predisposições da personalidade, ao invés de ter apenas em conta a sintomatologia manifesta pelos indivíduos, parece ser o caminho mais correto a tomar em futuras investigações. Para além disto, é também de ressaltar a importância de efetuar rastreios de depressão e avaliação das emoções básicas na comunidade, essencialmente àqueles que experienciam vergonha.



## Referências

- Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1994). An exploration of shame measures-II: Psychopathology. *Personality and Individual Differences, 17*, 719-722.
- Apter, A., & Ofek, H. (2001). Personality constellations and suicidal behavior. In K. Van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behavior: The suicidal process approach to research, treatment and prevention* (pp. 94-120). New York: Wiley.
- Baldwin, M. W. (2005). *Interpersonal cognition*. New York: Guilford.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: how and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Bausmeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*, 497-529.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: new perspectives. In P. Clayton & J. E. Barret (Ed.), *Treatment of depression: old controversies and new approaches* (pp.265-290). New York: Raven.
- Benedict, R. (1946). *The chrysanthemum and the sword: patterns of Japanese culture*. Boston: Houghton Mifflin.
- Bennett, D., Sullivan, M., & Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreatment, 10*, 311-323.
- Bertolote, M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 25*, 147-155.
- Besser, A., Guez, J., & Priel, B. (2008). The association between self-criticism and dependency and incidental learning of interpersonal and achievement words. *Personality and Individual Differences, 44*, 1696-1710.
- 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.
- Besser, A., Priel, B., Flett, L. G., & Wiznitzer, A. (2007). Linear and nonlinear models in vulnerability to depression: personality and postpartum depression in a high risk population. *Individual Differences Research, 5*, 1-29.

- Besser, A., Vliegen, N., Luyten, P., & Blatt, S. J. (2008). Vulnerability to postpartum depression from a psychodynamic perspective: systematic empirical base commentary in issues raised by Blum (2007). *Psychoanalytic Psychology, 25*, 392–410.
- Birtchnell, J. (1971). Motivation and emotional state of 91 cases of attempted suicide. *British Journal of Medical Psychology, 44*, 45-52.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in analytic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child, 29*, 107-157.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp.299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 449-458.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: implications for the treatment of self-depression. *American Psychologist, 53*, 103-120.
- 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., Cornell, C. E., & Eskholl, E. (1993). Personality styles, differential vulnerability and clinical course in immunological and cardiovascular diseases. *Clinical Psychology Review, 13*, 421-450.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 383-389.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 47-91.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 113-124.



- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.
- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 319-39.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Sanislow, C. A., & Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression. Further analyses of the national institute of mental health treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 423-428.
- Blum, A. (2008). Shame and guilt, misconceptions and controversies: a critical review of the literature. *Traumatology*, 14, 91 -102
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bradshaw, J. (1988). *Healing the shame that binds you*. Deerfield Beach: Health Communications.
- Breed, W. (1972). Five components of a basic suicide syndrome. *Life-Threatening Behavior*, 2, 3-18.
- Brown, H. (1991). Shame and relapse issues with the chemically dependent client. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 77-82.
- Bryan, C., Morrow, C., Etienne, N., & Ray-Sannerud, B. (2012). Guilt, Shame, and Suicidal Ideation in a military outpatient clinical sample. *Depression and Anxiety*, 30, 55-60.
- Bryan, C., Ray-Sannerud, B., Morrow, C., & Etienne, N. (2013a). Guilt is strongly associated with suicidal ideation among military personnel with direct combat exposure. *Journal of Affective Disorders*, 148, 37-41.
- Bryan, C., Ray-Sannerud, B., Morrow, C., & Etienne, N. (2013b). Shame, pride, and suicidal ideation in military clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 147, 212-216.
- Byrne, R. W. (1995). *The thinking ape*. Oxford: Oxford University Press.
- Campos, R. C. (2000). Adaptação do questionário de experiências depressivas (de Sydney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 23, 285-309.
- Campos, R. C. (2003). Síntese integrativa dos aspetos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre a psicopatologia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 91-99.

- Campos, R. C. (2009). Questionário de experiências depressivas: manual. Évora: edição do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.
- Campos, R. C., Besser, A., Abreu, H., Parreira, T., & Blatt, S. J. (2014). Personality vulnerabilities in adolescent suicidality: the mediating role of psychological distress. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78, 115-39.
- 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., 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., 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., & Holden, R. (Submetido). Testing a theory based model of suicidality. *Omega: Journal of Death and Dying*.
- Campos, R., Sobrinho, A., & Mesquita, C. (2013). Relacionamento, auto-definição e suicídio: Uma breve discussão teórica. In A., Pereira, M., Calheiros, P., Vagos, I., Direito, P., Monteiro, C., Silva, & A., Gomes (Orgs.), *Livro de Atas - VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 185-189). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Cassidy, J. & Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Chevron, E. S., Quinlan, D., M., & Blatt, S. (1978). Sex role and gender differences in the experiences of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 680-683.
- Coimbra de Matos, A. (2001). Razões da morte; morte da razão: abordagem psicanalítica do suicídio. In A., Coimbra de Matos (Ed.), *A depressão* (pp. 1-544). Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2007). *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cooke, R., Kruger, S., & Shugar, S. (1996). Comparative evaluation of two self-report mania rating scales. *Biological Psychiatry*, 40, 279-283.

- Covert, M. V., Tangney, J. P., Maddux, J. E., & Heleno, N. M. (2003). Shame-proneness, guilt-proneness, and interpersonal problem solving: a social cognitive analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*, 1-12.
- Cunha, M., Matos, M., Faria, D., & Zagalo, S. (2012). Shame memories and psychopathology in adolescence: the mediator effect of shame. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 12*, 203-218.
- Dwivedi, K., Brayne, E., & Lovett, S. (1992). Group work with sexually abused adolescent girls. *Group Analysis, 25*, 477-489.
- Ectoff, N. (1999). *Survival of the prettiest: the science of beauty*. New York: Doubleday.
- Fawcett, J., Busch, K. A., Jacobs, D., Kravitz, H. M., & Fogg, L. (1997). Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Annals of the New York Academy of Sciences, 836*, 288-301.
- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*, 172-185.
- Ferguson, T. J., & Crowley, S. L. (1997). Measure for measure: guilt is not a unitary construct. *Journal of Personality Assessment, 69*, 425-441.
- Ferguson, T. J., Stegge, H., & Damhuis, I. (1991). Children's understanding of guilt and shame. *Child Development, 62*, 827-839.
- Fletcher, K. (2011). Understanding and assessing traumatic responses of guilt, shame, and anger among children, adolescents, and young adults. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 4*, 339-360.
- Franche, R., & Dobson, K. (1992). Self-criticism and interpersonal dependency as vulnerability factors to depression. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 419-435.
- Freud, S. (1905/1953). Three essays on the theory of sexuality. In J., Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 153-243). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1930/1961a). Civilization and its discontents. In J., Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 57-146). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1930/1961b). Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes. In J., Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 248-258). London: Hogarth Press.
- Fusé, T. (1980). Suicide and culture in Japan: a study of *seppuku* as an institutionalized form of suicide. *Social Psychiatry, 15*, 57-63.

- Garma, A. (1952). *Sadismo y masoquismo em la conducta humana*. Buenos Aires: Editorial Nova.
- Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, P., et al. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, *90*, 483-485.
- Gilbert, P. (1992). *Counseling for depression*. London: Sage
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, *70*, 113-147.
- Gilbert, P. (1998). *Depression: the evolution of powerlessness*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: a biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. In P., Gilbert, & J., Miles (Eds.), *Body shame: conceptualization, research and treatment* (pp. 3-54). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly of the Social Sciences*, *70*, 1205-1230.
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J., Tracy, R., Robins, & J., Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: theory and research* (pp. 283-309). New York: Guilford Press.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. In N., Allen (Ed.), *Psychopathology in Adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gilbert, P., Pehl, J., & Allan, S. (1994). The phenomenology of shame and guilt: an empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, *67*, 23-36.
- Goldney, R. D., & Schioldann, J. A. (2004). Evolution of the concept of altruistic suicide in pre-durkheim suicidology. *Archives of Suicide Research*, *8*, 23-27.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (C.E.S.-D.). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L.S. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 33-43). Coimbra: Quarteto Editora.
- Greenberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guisinger, S., & Blatt, S. J. (1994). Individuality and relatedness: evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist*, *49*, 104-111.

- Harder, D., Cutler, L., & Rockhart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, *59*, 584-604.
- Harris, E., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *170*, 205-228.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (2007). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 65-72.
- Hendin, H., & Haas, A. P. (1991). Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 586-591.
- Hoblitzelle, W. (1987). Differentiating and measuring shame and guilt: the relation between shame and depression. In H. B., Lewis (Ed.), *The role of shame in symptoms formation*. London: Erlbaum.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: implications for caring and justice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hooven, C., Snedker, K. A., & Thompson, E., A. (2011). Suicide risk at young adulthood: continuities and discontinuities from adolescence. *Youth & Society*, *44*, 524-547.
- Hoyle, R. H., & Smith, G. T. (1994). Formulating clinical research hypotheses as structural equation models: a conceptual overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 429-440.
- Ivanoff, A. (1989). Identifying psychological correlates of suicidal behavior in jail and detention facilities. *Psychiatric Quarterly*, *60*, 73-84.
- Kalafat, J., & Lester, D. (2000). Shame and suicide: a case of study. *Death Studies*, *24*, 157-162.
- Kernberg, O. F. (1992). *Aggressions in personality disorders and perversions*. New Haven: Yale University Press.
- Kim, H. S., & Kim, H. S. (2008). Risk factors for suicide attempts among Korean adolescents. *Child Psychiatry Human Development*, *39*, 221-235.
- 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.
- Kohut, H. (1966). Forms and Transformations of Narcissism. In C., Strozier (Ed.), *Self psychology and the humanities* (pp. 97-123). New York: Norton.
- Krystal, H. (1998). Affect regulation and narcissism – trauma, alexithymia and psychosomatic illness in narcissistic patients. In E., Ronningstam (Ed),

- Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications* (pp. 299-326). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kuwabara, H., Sakado, K., Sakado, M., Sato, T., & Someya, T. (2004). The Japanese version of the depressive experiences questionnaire: its reliability and validity for lifetime depression in a working population. *Comprehensive Psychiatry*, *45*, 311–315.
- Leary, M. R. (2007). Motivational and emotional aspects of the self. *Annual Review of Psychology*, *58*, 317-344.
- Lester, D. (1997). The role of shame in suicide. *The American Association of Suicidology*, *27*, 352-361.
- Lester, D. (1998). The association of shame and guilt with suicidality. *The Journal of Social Psychology*, *138*, 535-536.
- Lester, D., & Yang, B. (1997). *The economy and suicide: economic perspectives on suicide*. Commack: Nova Science.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, H. B. (1987). The role of shame in depression over the life span. In H. B., Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation* (pp. 29-50). Hillsdale: Erlbaum.
- Lewis, H. B. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: Free Press.
- Lewis, H. B. (2003). The role of the self in shame social research. *An International Quarterly of the Social Science*, *70*, 1181-1204.
- Lewis, M. (2008). Self-conscious emotions. Embarrassment, pride, shame, and guilt. In M., Lewis, J., Haviland-Jones, & L., Barret (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 1-864). New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1981). A social-behavior analysis of suicide and parasuicide: implications for clinical assessment and treatment. In J. Clarkin, & H. Glazer (Eds.), *Depression: behavioral and directive interventions strategies*. New York: Garlands Press.
- Liotti & Gilbert (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *84*, 9–25
- Litman, R. E. (1964). Immobilization response to suicidal behavior. *The Journal of the American Medical Association*, *11*, 282-285.
- Litman, R. E. (1966). *Psychoanalysis in the Americas*. New York: International Universities.

- 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*, 904-7.
- Luyten, P., Fontaine, J. R. J., & Corveleyn, J. (2002). Does the test of self-conscious affect (TOSCA) measure maladaptive aspects of guilt and adaptive aspects of shame? an empirical investigation. *Personality and Individual Differences, 33*, 1373-1387.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods, 7*, 83-104.
- Mallinckrodt, B., Abraham, T. W., Wei, M., & Russell, D. W. (2006). Advance in testing statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 372-378.
- Malone, K. M., Quinlivan, L., Grant, T., & Kelleher, C. C. (2012). Ageing towards 21 as a risk factor for young adult suicide in the UK and Ireland. *Epidemiology and Psychiatric Science, 22*, 263-7.
- Mokros, H. B. (1995). Suicide and shame. *American Behavioral Scientist, 38*, 1091-1103.
- Mooney, C. Z., & Duval, R. D. (1993). *Bootsrapping: a nonparametric approach to statistical inference*. Newbury, CA: Sage.
- Morrison, A. P. (1989). *Shame: The Underside of Narcissism*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Niedenthal, P. M., Tangney, J. P., & Gavanski, I. (1994). "If only I weren't" versus "If only I hadn't": Distinguishing shame and guilt in counterfactual thinking. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 585-595.
- 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.
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Suicide Statistics*. Disponível em: <http://www.befrienders.org/suicide-statistics>.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios F. X. (2001). The suicidal behaviors questionnaire revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment, 8*, 443-454.

- Ouimette, P. C., & Klein, D. N. (1993). Convergence of psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression: an empirical review and new data on Blatt's and Beck's models. In J. M. Masling, & R. F. Bornstein (Eds.), *Psychoanalytic perspectives on psychopathology* (pp. 191–223). Washington, DC: American Psychological Association.
- Park, H., Koo, H., & Schepp, K. (2005). Predictors of suicidal ideation for adolescents by gender. *Journal Korean Academy of Nursing*, 35, 1433-1442.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-337.
- Piers, G., & Singer, M. B. (1971). *Shame and guilt: a psychoanalytic and a cultural study*. New York: Norton Library.
- Preti, A., & Miotto, P. (2005). Suicide in classical mythology: cues for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 384-391.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ronningstam, E., & Maltzberger, J. (1998). Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 28, 261-271.
- Ronningstam, E., Weinberg, I., & Maltzberger, J. (2008). Eleven death of Mr. K. – contributing factors to suicide in narcissistic personalities. *Psychiatry*, 71, 169-182.
- Rudd, M.D. (2006). Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T., Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: theory, research, and therapy* (pp. 212-216). American Psychological Association, Washington, DC.
- Rude, S. S., & Burnham, B. L. (1995). Connectedness and neediness: factors of the DEQ and SAS dependency scales. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 323–340.
- Sachdev, P. S. (1990). *Whakama*: culturally determined behavior in the New Zealand Maori. *Psychological Medicine*, 20, 433-444.
- Santos, A. (2009). *Diferenças individuais na tendência para a vergonha e culpa: antecedentes motivacionais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa, Portugal.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. Hillside: Erlbaum.



- Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D, Kleinman, N., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
- Silfver-Kuhlampi, M. (2008). *The sources of moral motivation – studies on empathy, guilt, shame and values*. Helsinki: University of Helsinki.
- Siqueira, E. (2007). A depressão e o desejo na psicanálise. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7, 71-80.
- Smialek, J., & Spitz, W. (1978). Deaths behind bars. *Journal of the American Medical Association*, 240, 2563-2564.
- Smith, R. (1987). *Unemployment and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Smith, D., & Hackathorn, L. (1982). Some social and psychological factors related to suicide in primitive societies: a cross-cultural comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 12, 195-211.
- Stanley, B., Gameroff, M., Michalsen, V., & Mann, j. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *American Journal of Psychiatry*, 158, 427-432.
- Stewig, J. & McCloskey, L. A. (2005). [The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency.](#) *Child Maltreatment*, 10, 324-336.
- Suorninen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., & Achte Lonqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37 year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 562-563.
- Tangney, J. P. (1991). Moral affect: the good, the bad, and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 598-607.
- Tangney, J. P. (1993). Shame and guilt. In G. C., Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 161-180). New York: Wiley.
- Tangney, J. P. (1998). How does guilt differ from shame?. In J., Bybee (Ed.), *Guilt and children* (pp. 1-17). San Diego: Academic Press.
- Tangney, J. P. (2002). *Self-conscious emotions: the self as a moral guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangney, J. P., Wagner, P., Fletcher, C., & Gramzow, R. (1992). Shamed into anger? the relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 669-675.

- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 1256-1269.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. New York: The Guilford Press.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). *What's moral about the self-conscious emotions? the self-conscious emotions: theory and research*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1989). *The test of self-conscious affect*. Fairfax: George Mason University.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 469-478.
- Teroni, F., & Bruun, O. (2011). Shame, guilt and morality. *Journal of Moral Philosophy, 8*, 223-245.
- Tracy, J., & Robins, R. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: a theoretical model. *Psychological Inquiry, 15*, 103-125.
- Tzeng, W., & Lipson, J. (2004). The cultural context of suicide stigma in Taiwan. *Qualitative Health Research, 14*, 345-358.
- Unikel, C., Von Holle, A., Bulik, C. M., & Ocampo, R. (2012). Disordered eating and suicidal intent: the role of thin ideal internalization, shame and family criticism. *European Eating Disorders Review, 20*, 39-48.
- Van Hooff, A. J. (1990). *From euthanasia to suicide: self-killing in classical antiquity*. New York: Routledge.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica, 20*, 623-644.
- Viegas dos Santos, A. (2011). *Culpa e vergonha e experiências depressivas introjetivas e anaclíticas*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Wasserman, D. (2009). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention european psychiatry. *The Journal of the Association of European Psychiatrists, 27*, 129-41.

- Whelan, C. F. (1993). Suicide in the ancient world - a reexamination of Matthew. *Laval Theologique Et Philosophique*, 49, 505-522.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silvermann, D. (2006). Self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948.
- Witkin, H. A. (1964). Origins of cognitive style. In C. Scheerer (Ed.), *Cognition: Theory, research, promise* (pp. 172–205). New York: Harper & Row.
- Wiklander, M. (2012). *Attempted suicide and shame*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Wiklander, M. et al. (2012). Shame-proneness in attempted suicide patients. *BMC Psychiatry*, 12, 1-9.
- Woiien, S. L., Ernst, H. A. H., Patock-Peckham, J. A., & Nagoshi, C. T. (2003). Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *Personality and Individual Differences*, 35, 313-326.
- Wolfe, D., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of post-traumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 37-50.
- Wong, J. P., Stewart, S. M., Ho, S. Y., Rao, U., & Lam, T. H. (2005). Exposure to suicide and suicidal behaviors among Hong Kong adolescents. *Social Science and Medicine*, 61, 591-599.
- Yamaguchi, N., Koboayashi, J., Tachikawa, H., Sato, S., Hori, M., Suzuke, T., & Shiraishi, H. (2000). Parental representation in eating disorder patients with suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 131-136.
- Yao, S., Fang, J., Zhu, X., & Zuroff, D. C. (2009). The depressive experiences questionnaire: Construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depression and Anxiety* 26, 930-937.
- Yung, Y.F., & Bentler, P.M. (1996). Bootstrapping techniques in analysis of mean and covariance structures. In G. A., Marcoulides, & R. E., Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling. Issues and techniques* (pp. 125-157). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- 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.

# Anexos



## Anexo 2 – Escala de Depressão do Centro de Estudos Epistemológicos (CES-D)

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

J. Equiluz & B. Gonçalves, FPCE-UL. Versão para estudo. Circulação restrita.

**Está interdita a reprodução deste documento.**

### Anexo 3 – Testo f Self-Conscious Affect (TOSCA)

#### TOSCA

Apresentam-se abaixo algumas situações que as pessoas poderão encontrar no seu dia a dia a que se seguem as reacções mais comuns a essas situações.

Ao ler cada um dos cenários tente imaginar-se na referida situação. Indique a seguir qual seria, para si, a probabilidade de cada uma das reacções.

Pedimos-lhe que responda a todas as reacções apresentadas a cada cenário porque as pessoas podem sentir ou reagir por mais de uma forma à mesma situação, ou reagir de diferentes maneiras em diferentes ocasiões.

Exemplo:

**A - Acorda cedo numa manhã de sábado. O tempo está frio e chove.**

a) Telefonava a um amigo para conversar um pouco	1 nada provável	2	3	4	5 muito provável
b) Aproveitava aquele tempo extra para ver as notícias	1 nada provável	2	3	4	5 muito provável
c) Ficava desapontado por estar a chover	1 nada provável	2	3	4	5 muito provável
d) Ficava a cismar porque razão tinha acordado tão cedo num sábado depois de uma semana de tanto trabalho	1 nada provável	2	3	4	5 muito provável

No exemplo acima assinala-se cada uma das respostas pondo um círculo à volta do algarismo que achasse mais adequado.

Colocava-se por exemplo um círculo à volta de "1" para a resposta a) porque não se queria acordar um amigo tão cedo numa manhã de sábado – portanto era pouco provável que se fizesse isso. Assinalava-se o "5" na resposta b) porque quando há tempo costuma-se ver as notícias pela manhã. Assinalava-se o "3" na resposta c) porque a probabilidade de sentir, ou não, isso era aproximadamente igual: algumas vezes aborrece-se por estar o chover, outras vezes não; tudo depende do que se tenciono fazer. Colocava-se um círculo à volta do algarismo "4" na resposta d) porque provavelmente ficaria intrigado pelo facto de ter acordado tão cedo num sábado, depois de uma semana de tanto trabalho.

**POR FAVOR NÃO SALTE NENHUMA PERGUNTA :Em todas as respostas assinale apenas um dos algarismos (entre 1 e 5)**



## Anexo 4 – Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R)

### QCS-R

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

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

**INSTRUÇÕES:** Para cada uma das 4 perguntas, assinale com uma cruz a resposta que melhor se aplica a si. Para cada uma das 4 perguntas escolha apenas uma das respostas.

#### 1- Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?

- 1 - Nunca
- 2 - Tive apenas um breve pensamento passageiro
- 3a - Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, mas não o tentei fazer
- 3b - Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, e queria realmente morrer
- 4a - Tentei matar-me, mas não queria morrer
- 4b - Tentei matar-me, e esperava mesmo morrer

#### 2- Com que frequência pensou matar-se no último ano?

- 1 - Nunca
- 2 - Raramente (1 vez)
- 3 - Algumas vezes (2 vezes)
- 4 - Frequentemente (3 ou 4 vezes)
- 5 - Muito frequentemente (5 ou mais vezes)

#### 3- Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?

- 1 - Não
- 2a - Sim, uma vez, mas não queria realmente morrer
- 2b - Sim, uma vez, e queria realmente morrer
- 3a - Sim, mais do que uma vez, mas não queria fazê-lo
- 3b - Sim, mais do que uma vez, e queria realmente fazê-lo

#### 4- Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?

- 0 - Nunca
- 1 - Nenhuma possibilidade
- 2 - Bastante improvável
- 3 - Improvável
- 4 - Provável
- 5 - Bastante provável
- 6 - Muito provável

Está interdita a reprodução deste documento.