



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

ESTATUTO SOCIOECONOMICO, SAÚDE E PATOLOGIA MENTAL
NA ADOLESCÊNCIA

Nuno Filipe da Silva Almeida

Orientador da Dissertação

Prof. Doutor Joaquim Eduardo Sá

Relatório submetido como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

2009

Dissertação de Mestrado orientada realizada sob a orientação de Prof. Doutor Joaquim Eduardo Sá apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

Resumo

Influências socioculturais na saúde de um indivíduo têm sido alvo de diversos estudos nas últimas décadas, pretendendo compreender de que forma e em que grau o ambiente influencia a construção de uma personalidade mais ou menos saudável. Alguns autores salientam aspectos de natureza interna como principais modeladores da personalidade, outros afirmam que aspectos sociais e culturais desempenham um papel tão importante como os de natureza interna.

Neste estudo tentámos entender *se e de* que forma o Estatuto Socioeconómico (ESE) influencia o desenvolvimento de uma personalidade saudável. A população alvo foi constituída por 65 adolescentes da zona de Lisboa e Vale do Tejo, com uma média de idades de 14,52. Posteriormente divididos em dois grupos consoante o ESE: Alto ($n= 33$) e Baixo ($n= 32$). Quarenta sujeitos pertenciam a uma família tradicional, enquanto 25 pertenciam a uma família monoparental.

Aplicou-se o SCL-90-R e uma folha para recolha de dados sociofamiliares. Os resultados demonstram que existem diferenças nas escalas de Somatização, Depressão, Ansiedade e Psicoticismo entre adolescentes de ESE Alto e Baixo, sendo mais elevados na classe Baixa. Não foram encontradas diferenças entre as famílias Tradicionais das classes Alta e Baixa nem entre as famílias Monoparentais das classes Alta e Baixa. Encontraram-se diferenças relativamente ao género que estão de acordo com os valores da população normativa Portuguesa.

Concluiu-se que as diferenças encontradas entre os ESEs poderão dever-se à existência de um tipo de comunicação que dificulta o acesso ao simbólico, à capacidade de fantasiar e consequentemente a uma maior somatização, no sentido lato do sintoma.

Palavras-chave: saúde mental, adolescência, estatuto socioeconómico, SCL-90-R

Abstract

Aiming to understand how and in what degree the environment influences the structure of a healthy personality. Socio-cultural influences in the individual's health have been investigated on several studies throughout the last decades: some authors emphasize internal issues as the major shapers of personality, others argue that social and cultural aspects play a role as important as the internal ones.

In this study we tried to understand whether and how the socio-economical status (SES) influences the development of a healthy personality. The target population was composed by 65 adolescents from Lisbon e Vale do Tejo, with an average age of 14.52. The target population has been further divided into two groups according to the SES: High ($n=33$) and Low ($n=32$). Forty individuals were part of a traditional family, while 25 belonged to a single-parent family.

We used the SCL-90-R and a sheet to collect socio-family data. The results show that there are differences on the scales of Somatization, Depression, Anxiety and Psychoticism in teenagers of high and low SES, although the highest scores occur in the Low Class. No differences were found between the Traditional families in the upper and lower classes nor between single-parent families of upper and lower classes. Differences were found on gender that are consistent with the values of the Portuguese population.

We concluded that the differences between SESs may be due to the existence of a type of communication that prevents access to the symbolic, to the ability to fantasize and consequently to a the greater somatization in the broadest sense of the symptom.

Key-words: mental-health, adolescence, socio-economical status, SCL-90-R

1	ÍNDICE	
2	INTRODUÇÃO	1
3	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
3.1	O PROCESSO <i>ADOLESCERE</i>	2
3.2	SAÚDE MENTAL – APREÇOS.....	13
3.3	INFLUÊNCIAS SOCIAIS E CULTURAIS NA SAÚDE E PATOLOGIA MENTAL.....	16
4	MÉTODO	23
4.1	INSTRUMENTO	23
4.2	METODOLOGIA	25
4.3	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	25
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS	27
5.1	RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL ESTATUTO SOCIOECONOMICO	27
5.2	RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL TIPO DE FAMÍLIA	28
5.3	RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL GÊNERO	30
5.4	RESULTADOS RELATIVOS À COMPARAÇÃO COM VALORES MÉDIOS NACIONAIS	31
5.5	RESULTADOS REFERENTES CONSULTAR UM TÉCNICO DE SAÚDE MENTAL (PSICÓLOGO/PSIQUIATRA) OU NECESSIDADE DE CONSULTAR UM.....	33
6	DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO	34
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
9	ANEXOS	45

2 INTRODUÇÃO

Alguns adultos negam-se a tomar consciência do significado dos problemas da juventude porque temem rever-se inconscientemente nesta, no que ela expressa de agressividade, violência latente ou explícita, de «generosidade» e disponibilidade a tipos de sacrifícios – que o adulto já não consente –, como temem a intensidade dos afectos amorosos juvenis. Estes modos de viver, adormecidos mas não desaparecidos, podem provocar nostalgia de algo que jamais voltará, a não ser como resposta inadequada de um estado de maturidade não alcançada (Quintas, 1977, p. 127-128).

Compreender *se e como* o Estatuto Socioeconomico (ESE) influencia a Saúde e Patologia Mental na adolescência é a principal finalidade desta dissertação. A história narra diversos estigmas relativamente a classes desfavorecidas económica e culturalmente. Na actualidade, e numa dinâmica dita científica, estuda-se a actuação do ESE nas diversas áreas da vida de um indivíduo, a saúde mental não é excepção. Todavia os estudos encontrados não são concordantes entre si.

Sabe-se que existem influências internas e externas na construção da personalidade, particularmente na adolescência, altura de crescimento e maturação – uma fase de consolidação/reestruturação do seu devir.

Para melhor compreender, talvez até reviver, como é ser adolescente, abarca-se aqui, maioritariamente, um perspectiva dinâmica, psicosexual do desenvolvimento, porém não se descaram outros olhares como perspectivas sócio-cognitivas que dão ênfase a aspectos mais extra-individuais.

Fazem-se apreciações sobre Saúde Mental, uma visão da história e definição do que se considera ser, nos dias de hoje, a Saúde Mental e um adolescente dito “saudável”.

Por último, no que respeita a conhecimentos teóricos, tenta-se depreender *como e se* a sociedade e cultura, onde os indivíduos estão embebidos, inculcam quadros de valores e crenças e de que forma é que este influencia a saúde física e mental dos sujeitos.

Passa-se então a uma fase empírica onde se aplicam testes e recolhe informação sobre adolescentes de classes Alta e Baixa e faz-se uma análise e discussão dos resultados obtidos numa tentativa de compreender as influências do ESE na saúde e patologia mental na adolescência.

3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 O processo *adolescere*

Desde há muito que a adolescência suscita curiosidade, suscita-nos dúvidas, deixa-nos perplexos e inquietos. Talvez por isso tem sido amplamente pensada e estudada por sábios. Porventura esta curiosidade estará associada, quem sabe, a um saudosismo dessa época, áurea para uns e certamente tumultuosa para outros; e ou a uma tentativa de compreender, explicar, desvendar o mistério do que é um complexo e emaranhado universo. Enquanto isto abrem-se novas portas para uma dimensão fascinante onde caminham lado a lado a descoberta do outro e a nossa própria descoberta.

A etiologia da palavra adolescência vem do verbo latim *adolescere*, que significa crescer, esclarecendo, com Amaral Dias (1988), que crescer, significa crescer bio-psico-socialmente.

É por volta do século XVIII que a adolescência aparece com uma configuração particular que ainda hoje persiste (Marques, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o adolescente é o indivíduo que se encontra entre os dez e vinte anos de idade. Não sendo, no entanto, esta classificação etária consensual, variando consoante as culturas e sociedades onde nos encontramos.

Por exemplo, Laufer (2000), caracteriza a adolescência como um período de desenvolvimento físico, social e psicológico desenvolvendo que este período se situa entre os 14 e os 21 anos de idade e que é um período crucial para o futuro da saúde e não-saúde mental e social de pessoa.

Daniel Sampaio (1991), por seu lado, refere-se à adolescência como a etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta, ou seja, desde a altura em que as alterações psicobiológicas iniciam a sua maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadram numa identidade estabelecida.

Ora, de um ângulo analítico, Coimbra de Matos (2002) compõe que a adolescência representa uma fase de reorganização psíquica, havendo uma repetição do passado com o conflito pré-genital e edipiano e que é da réplica destes conflitos que resulta a construção da identidade final. Diz-nos ainda que a identidade pode ser o resultado da cristalização ou consolidação do que até aqui se tinha formado ou, por outro lado, que poder-se-á dar uma remodelação da organização do carácter.

Nesta perspectiva, a adolescência enquadra-se numa conjectura onde tudo se encontra em aberto, onde nada é inabalável, onde há um universo repleto de hipóteses permitindo uma (re)organização ou consolidação da estrutura psíquica do indivíduo.

Parece-nos importante tentar compreender, mais em pormenor, que fenómenos ocorrem a nível intrapsíquico, quais as alterações que cunham a adolescência como uma etapa marcante no desenvolvimento físico, psíquico, emocional e social.

Freud (1905) refere-se à adolescência, como sendo o período em que a pulsão sexual, até aí auto-erótica, encontra um objecto exterior em relação ao qual o adolescente vai investir a sua libido.

O autor (1917, cit. in Fleming, 1997) define o processo adolescente num duplo registo, um reflectindo o outro: o registo da realidade externa, contemporâneo e contextual que se expressa no conflito de gerações; e o conflito da realidade interna que se reporta ao abandono das ligações aos primeiros objectos de amor e ao investimento em novos objectos extrafamiliares.

No conflito da realidade interna demarca-se a perda do(s) primeiro(s) objecto(s) de amor e o seu luto, o que, conseqüentemente, leva à procura de novos objectos fora da tríade edipiana.

Neste âmbito Loewald (1962) fala do trabalho de luto enquanto processo de abandono gradual do objecto perdido dizendo-nos também que este processo de luto envolve outros processos, particularmente, o processo de internalização de elementos da relação com o objecto a ser abandonado e adquirindo daí o significado de emancipação.

Ainda dentro da concepção de luto do objecto, pelo adolescente, Max Sugar (1968), descreve o «luto normal adolescente» em três fases: *separação-protesto* que se situa na adolescência inicial; a *desorganização*, caracterizada de tumulto, rebelião, vazio e depressão, e que é característico na adolescência média; e, por último, a fase de *reorganização*, caracterizada por uma acalmia, que ocorre na adolescência tardia.

Também, Amaral Dias e Nunes Vicente (1981), reflectiram acerca deste conceito, afirmando que o luto adolescente, ou o abandono do passado, age-se através de lutos parciais obrigatórios, a saber, o luto renovado do objecto edipiano, o luto pelo ideal do Eu, o luto pela fonte de segurança, o luto pela bissexualidade e o luto pelo grupo.

Blos (1962) introduz o conceito de perda do Eu parental. Segundo propõe, o Eu parental funcionaria até à adolescência, como auxiliar do Eu infantil e que a sua perda implicaria por a descoberto uma estrutura egóica, mais ou menos intacta, ou defeituosa, consoante as condições em que ocorreu o primeiro processo de separação-individação.

Tendo por base a concepção apresentada por Blois, de perda do Eu parental, relembra-nos a ideia descrita como luto do objecto perdido (neste caso, o Eu parental), referido anteriormente (Loewald, 1962; Max Sugar, 1968; Amaral Dias & Nunes Vicente, 1981).

Considerando a noção de processo de luto, parece evidente que nas várias concepções apresentadas, sobre o processo *adolescere*, é consensual a ideia de que para crescer é necessário um luto, para que, e como consequência deste luto, o indivíduo passe a investir e a internalizar novos objectos, determinantes na consolidação da sua idiossincrasia.

É também Blois (1962) que reintroduz a sistemática de Mahler na compreensão do desenvolvimento do adolescente, pondo a tónica na importância das relações de objecto.

O autor (1962) vem dizer-nos que a adolescência é uma fase de desenvolvimento psicossocial contínuo, um período maioritariamente marcado por mudanças físicas e pelo reflexo que essas alterações têm em toda a esfera do comportamento. Acresce que, a um plano mais subtil e inconsciente, esta fase afecta os comportamentos sociais, os interesses e a qualidade da vida afectiva do adolescente, e que não é razoável encarar as alterações comportamentais somente como consequências directas de factores estritamente fisiológicos.

Como tal, refere que factores socioeconomicos, familiares, ambientais e de conflito interno, fantasmático e/ou simbólico estão sempre presentes.

Afigura-se-nos aqui pertinente acrescentar um ponto, apontado por Marques (1999, p. 263), que nos parece deveras importante e regulador da adolescência: “o espaço e o tempo reais em que vive e como se vive o adolescente, nos diferentes períodos/processos que atravessa”.

Acresce, no mesmo sentido, que “a adolescência impõe a criação de um espaço/tempo para ser vivido e para existir, e que nessa criação está sempre envolvido o experimentar, que, ao mesmo tempo, expressa e procura sentires e sentidos” (Marques, 2005, p. 20).

A *criação de um espaço/tempo para ser vivido e para existir*, à qual Marques se refere, faz-nos pensar que o existir, viver e conviver, para além do óbvio, como um corpo, exigem, sobretudo, uma identidade. Uma identidade que nos defina enquanto únicos e individuais, separados e diferentes de tudo aquilo que nos rodeia.

Coimbra de Matos (2002, p. 134), e a propósito da construção da identidade, distingue dois processos:

- Um processo auto-assimilativo que deriva da autognose, ou seja, “um conhecimento de si mesmo através de informação interna que o indivíduo colhe de próprio”;
- E/ou através de um processo de alo-assimilação (alotriomorfia), isto é “assimilação da identidade do outro” onde “as figuras de identificação (...) vão sendo cada vez mais da escolha do próprio indivíduo e menos modelos impostos pela necessidade e circunstância”.

O autor (2002, p. 182) acresce que a construção da identidade pelo próprio, faz-se “por um processo de afirmação e consolidação de características próprias (...) é uma construção da identidade de tipo idiomórfico” e conclui explicando que “Idiomorfia e alotriomorfia conjugam-se, em qualquer pessoa, na constituição da sua peculiar identidade”.

Marques (2005, p. 22), referindo-se à construção da identidade na adolescência, diz “a exigência em investir na realidade externa com novos atributos e qualidades, a par das novas, ou melhor, das renovadas e intensas pressões internas, arrastam uma desestabilização do sentimento de identidade, arrastam uma enorme dificuldade em obter gratificação dos objectos, desequilibram as relações e as ligações entre interno-externo, entre Eu-Outro”.

Todo este quadro, é, sem dúvida, desestabilizante para o adolescente, nomeadamente na construção da sua identidade. Contudo, e simultaneamente, o mesmo quadro, poder-se-á converter na motivação necessária para a construção dessa identidade. Ou seja, as múltiplas condições adversas, ou menos favoráveis (isto é, que o seriam no caso do desenvolvimento infantil, ou no adulto) para adolescente, podem ser o impulso, ou mesmo propulsão basilar da individuação.

Como Erikson (1963) considerava, os adolescentes procuram criar uma identidade que lhes permita a participação no mundo adulto, adquirindo confiança, autonomia, iniciativa e competência para o futuro.

Outra das perspectivas incontornáveis nesta tentativa de compreensão da adolescência, enquanto etapa fundamental do desenvolvimento de um indivíduo, é a de Wilfred Bion.

Bion a este propósito, apresenta-nos um Modelo Relacional Continente-Conteúdo. Para Bion, continente-conteúdo (cit in Zimerman, 1995, p. 162) é uma “forma consistente e sistemática para caracterizar as identificações projectivas que se processam entre as necessidades e ansiedades do bebé (conteúdo), projectadas na mãe, e a capacidade desta em contê-las (continente), até ela poder devolvê-las de forma adequada ao bebé”.

Aprimorando, o autor descreve três Tipos de Relação continente-conteúdo: Relação Parasitária, Relação Comensal e Relação Simbiótica:

- A Relação Parasitária acontece quando o conteúdo vive às custas do continente ou vice-versa, o que tende para uma destruição recíproca;
- A Relação Comensal no caso em que continente e conteúdo convivem numa adaptação harmónica, embora sem crescimento significativo de ambos;
- A Relação Simbiótica existe, quando tanto o continente com o conteúdo crescem beneficiando-se mutuamente.

Marques (2005, p. 21) enfatiza, acerca do paradigma continente-conteúdo, no caso do adolescente, que “na adolescência, o ser, ou melhor, as diversas pressões do *vir a ser* e do *tornar-se pela experiência*, têm uma inscrição relacional inequívoca e devem ser consideradas inscritas numa relação continente-conteúdo, ou seja, as expressões adolescente devem ser inscritas no contexto relacional e transformacional (...) onde se inscreverá o seu devir”.

Albano (2005), refere que, na teoria proposta por Bion, impõe-se uma ligação entre os tipos de Relação por si edificados e a Teoria das Transformações. Crê, nesta perspectiva, que a cada tipo de Relação pode associar-se uma Transformação específica.

Vejamos então as associações presumidas e as suas dinâmicas:

- No caso da Transformação em Movimento Rígido (isto é, o sujeito praticamente não distorce o facto original e é mais comum em pacientes neuróticos cujo mecanismo de defesa predominante é a repressão), associa-se a uma Relação do tipo Simbiótica;

- Na Transformação Projectiva (onde o sujeito distorce o facto original, desvirtuando as noções de espaço e tempo, sendo mais comum em sujeitos com um funcionamento psíquico limite com mecanismos de defesa mais primitivos como as projecções) associa-se a uma Relação do tipo Comensal;

- Por último, a Transformação em Alucinação (que consiste numa deformação de tal grandeza, por parte do sujeito, que está associada a uma angústia de aniquilamento, mais frequente em sujeitos psicóticos), liga-se a uma Relação do tipo Parasitária.

Albano (2005), propõe ainda outra associação, além da associação entre Tipos de Relação e Tipos de Transformação, a autora sugere que do quociente da interacção entre os tipos de relação e os tipos de transformação resulte, aquilo que denominou, diferentes Tipos de Vir a Ser. Ou seja, da relação do tipo Parasitária, a que se associa uma transformação em Alucinação resultará um Tipo de Vir a ser de Exterioridade; por seu lado, uma relação do tipo Comensal, articulado com uma transformação Projectiva originará um Tipo de Vir a Ser Sem Limites; e, por último, da relação do tipo Simbiótica, ligada a uma transformação em Movimento Rígido, derivará um Tipo de Vir a ser Intra-Subjectivo.

A esta articulação de conceitos, a autora (2005), designou como As Tríplices Basilares do Funcionamento Psicológico do Sujeito.

Como tal, evolvendo todos estes arquétipos à adolescência, Albano (2005, p. 42) compõe que no “processo adolescente, o qual é detentor de uma *pulsão epistimofílica* inata ao sujeito e estimuladora do desejo de conhecer e de se vir a conhecer na e a realidade, na e a verdade e na e a vida que o abarcam, forças impulsionadoras de uma busca activa, dolorosa e incessante” onde nesta “realidade do adolescente, portador de uma tal estrondosa e estonteante pulsão, indutora de

transformação porque em busca da verdade do próprio e do sentido de si, porque em busca de novos vínculos do conhecimento, exige a significação de si para si”.

Por seu lado, discorrer acerca de Tipos de Relação, Tipos de Transformação e Tipos de Vir a Ser, implica, forçosamente, discorrer acerca de um mecanismo que influi assumidamente sobre *As Tríplices Basilares do Funcionamento Psicológico do Sujeito* – a Identificação Projectiva.

O termo foi introduzido por Melanie Klein e que “se traduz por fantasmas (fantasias), em que o indivíduo introduz a sua própria pessoa totalmente ou em parte no interior do objecto para o lesar, para o possuir ou para o controlar” (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 302).

Os autores Zinner & Shapiro (1972, cit in Fleming, 1997, p. 65) expressam que a compreensão da importância da Identificação Projectiva, na relação pais-adolescentes, apela a uma inclusão do passado dos próprios pais, afirmando que na natureza do material projectado estão “elementos altamente conflituosos numa relação de objecto com os pais da sua própria família de origem. Nestas situações a projecção por parte dos pais de elementos das suas próprias relações previamente internalizadas serve não somente uma função defensiva, mas também a função de restaurar: a de trazer de volta à vida, através dos descendentes, os seus próprios objectos perdidos, bons e maus “.

Como tal, crescer significa construir-se na relação com o outro, significa estruturar e dar um sentido, não só às suas tensões e inquietações interiores, mas também, de incorporar e pelear com aquilo que é projectado do exterior no adolescente. É de toda esta dinâmica relacional e do produto das interações que fará do adolescente um indivíduo singular e diferenciado, com uma identidade própria. É também desta constelação de factores que dependerá um bom funcionamento psíquico futuro, isto é, a sua saúde mental.

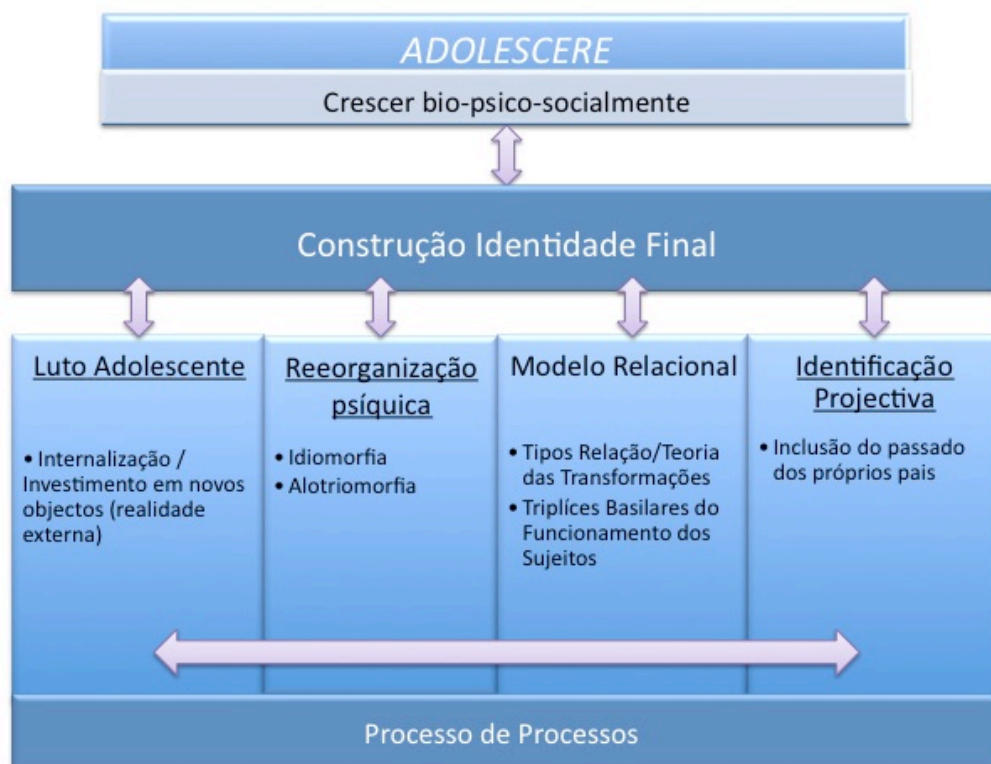


Figura 1. Diferentes processos para a construção da Identidade Final na adolescência

As perspectivas de orientação psicanalítica, que muito contribuíram para a compreensão que temos hoje da adolescência enfatizam, sobretudo, aspectos intra-individuais do processo do desenvolvimento descurando, por vezes, a relação e uma troca mútua e constante do adolescente com o seu meio, como os pares, a cultura e a sociedade onde estão envolvidos.

Numa perspectiva Social-Cognitiva destacamos Jean Piaget e a sua teoria dos estádios de desenvolvimento.

Jean Piaget (1932), relatou que durante a adolescência ocorrem grandes alterações, designadamente, um aumento das aptidões cognitivas. Exemplo disto, temos que é no início da adolescência que transitamos do pensamento lógico-concreto para o pensamento lógico-abstracto e que com esta transição é-nos então permitido lidar com hipóteses e possibilidades.

A teoria dos estádios de desenvolvimento expressa que na adolescência os indivíduos, vão gradualmente mudando de um pensamento operacional-concreto, para um tipo de pensamento operacional-formal, acabando por atingir o estádio das operações formais que se caracteriza por um novo tipo de pensamento e raciocínio – o pensamento abstracto. Todavia, Piaget salienta o

facto de que o nível de maturidade atingido nas várias as áreas de funcionamento não é necessariamente equitativo.

Posto isto, temos que o pensamento adolescente caracteriza-se pelas capacidades de pensar através de hipóteses, sendo capaz de postular diferentes possibilidades e alternativas de pensar acerca dos próprios pensamentos – o meta pensamento.

Com esta nova forma de pensar – o pensamento formal-abstracto – o adolescente é capaz de pensar segundo as perspectivas de outros, de rever o passado, de pensar o presente e até de acautelar o futuro, de uma forma muito distinta da anterior, caracterizada pelo pensamento concreto. Tudo isto permite ao adolescente poder imaginar futuros papéis sociais, equacionar possibilidades e escolhas.

O mesmo autor discorre sobre o raciocínio moral na infância e adolescência e sobre a forma como os diferentes tipos de raciocínio moral (heterónimo ou autónomo) influenciam o desenvolvimento do sujeito.

Piaget (1932) refere que é por volta dos 8 anos de idade a criança começa a desenvolver um raciocínio moral autónomo tornando-se possível internalizar normas e lidar com questões morais de uma forma mais elaborada.

O autor diz-nos ainda que só através da relação e da interacção com os pares da sua idade, os seus amigos, é que o indivíduo consegue atingir um grau superior de internalização das regras e normas sociais.

De acordo com a teoria psicossocial do desenvolvimento de Erikson (1950), a personalidade desenvolver-se-á segundo uma sequência de estádios. Cada um destes estádios caracteriza-se pela resolução de um conflito e possibilidade de prosseguir para o estádio seguinte (com maior ou menor maturidade consoante a resolução do conflito anterior).

Na perspectiva de Erikson (1963), o conflito dominante na adolescência seria a *formação de identidade vs. difusão de identidade*.

Neste conflito os resultados dos conflitos anteriores agregam-se num todo coerente com a finalidade de criar um sentimento de que o adolescente é agora distinto e diferenciado dos seus pais.

Segundo Erikson (1963), o processo de formação de identidade inclui, a integração das identificações infantis precoces com outros aspectos psicológicos e psicossociais, sendo que aquisição da identidade do ego liquida a necessidade desenvolvimental de novas identificações. Porém, ao longo da vida, o indivíduo terá, no entanto, outros conflitos desenvolvimentais.

Uma proposta acrescida aos trabalhos de Erikson é de Marcia (1968) que propôs uma tipologia dos estatutos de identidade. Afirma ser necessário, do ponto de vista desenvolvimental,

que o adolescente experiencie um período de crise e que este seja caracterizado por um (auto e hetero) questionamento e por uma tomada de decisão e participação activa em vários contextos sociais, antes dos compromissos de que fala Erikson, sob pena de não atingir um estatuto de *achiever* ficando preso às identificações parentais.

Um outro arquétipo é o paradigma etológico de Bowlby (cit in Fleming, 1997) onde as figuras de vinculação servem de base segura a partir da qual se parte para uma exploração activa do meio ambiente, numa ponderação gradual, maturativa entre proximidade e afastamento dos pais.

O autor afirma que através deste modelo é possível explicar não só a persistência dos laços familiares aos pais, mas também, e em simultâneo, a sua transformação, pressupondo concomitantes transformações e rearranjos quer dos objectos internos quer das relações que esses mesmos objectos internos enredam entre si.

Fleming (1997, p. 52-53), argumenta que “as teorias de vinculação são compatíveis com um grande número de observações e posições teóricas (psicodinâmicas, biológicas, sociológicas) e constituem um modelo explicativo geral sobre o comportamento e sobre o desenvolvimento” sendo que “durante a adolescência, a vinculação da criança aos pais cresce mais fracamente. Outros adultos podem vir a assumir importância maior ou igual à dos pais e a atracção sexual pelos pares de idade entra em jogo” onde “não há portanto, nesta perspectiva, desvinculação aos pais durante a adolescência, mas sim crescimento da vinculação, embora de forma menos intensa do que na infância, podendo esses laços alargarem-se a outras figuras”.

Acresce a autora (1997, p. 56), que “o adolescente confrontado com o desafio da mudança interna e externa (mudanças corporais, de papéis, de relações perdidas e ganhas; novas ideias e conceitos; novos ambientes e situações vivenciais) conta não só com o seu «mundo interno», povoado (ou não) de «bons objectos», propiciadores de confiança básica e de segurança, mas também com as relações actuais com os seus pais, pares, amigos e adultos significativos”.

Bloom (cit in Fleming, 1997), apensa que a tendência dos adolescentes para internalizar as qualidades dos adultos, à medida que se tornam mais independentes, é uma característica comum encontrada, quer nas culturas de caçadores e agricultores, quer nas culturas de chimpanzés. Este facto confere um suporte adicional ao carácter inato do processo. Torna-se ainda evidente que as culturas que promovem o processo de identificação através do desenvolvimento da criança, encontra-se muito menos stress do que nas culturas que não o promovem.

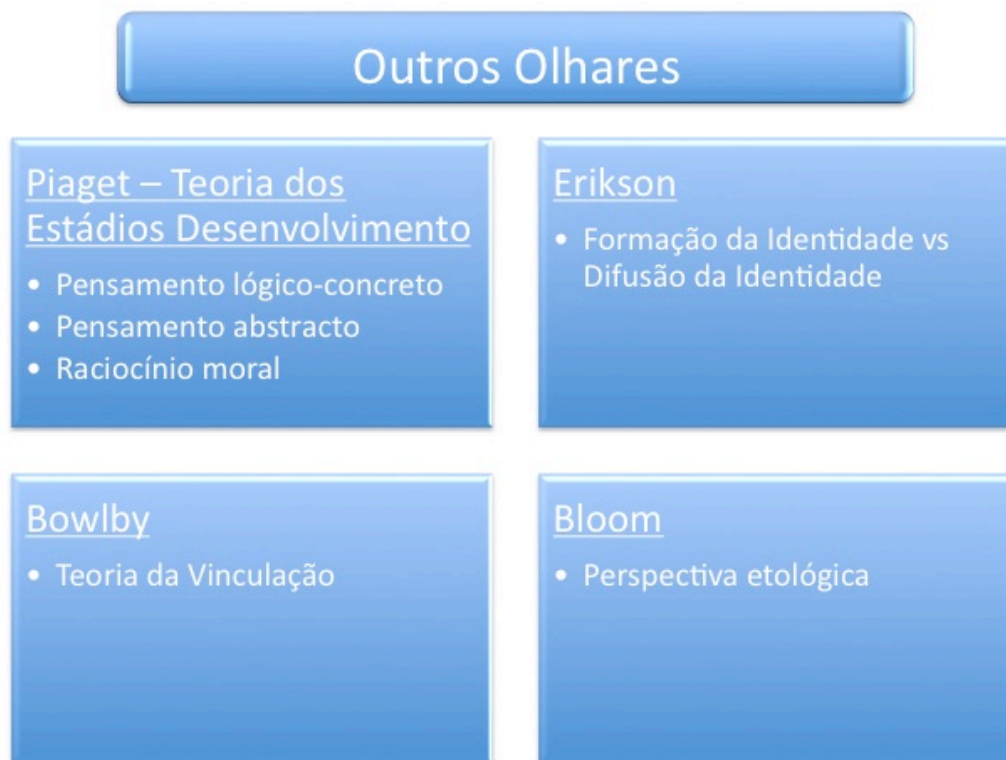


Figura 2. Outras perspectivas sobre a construção da Identidade do adolescente

Tendo em conta as várias concepções *de* e *acerca* da adolescência parece evidente que não pode ser restringida a um processo único de mudança mas sim, como refere Albano (2005), ser determinada por um *Processo de Processos*. É um *Processo* inscrito num universo de transformações, de pensamentos, emoções, vivências e experiências, impossíveis de balizar numa simples palavra, conceito ou mesmo num paradigma simplista. É um infundável interagir de dúvidas e certezas, de angústias e euforias, de relações e ralações.

Em suma, é neste caldo que consideramos o desenvolvimento do adolescente como um fenómeno complexo que se instala pelo final da infância, dando início a uma progressiva notável série de mudanças: modificações hormonais, físicas, fisiológicas, comportamentais, psicológicas e de relação com o meio social e os pares, que se traduz numa época de crise interna, externa e relacional; de conflito e ambivalência, também na relação com os limites e na sua transgressão. Este processo acha-se dependente, não só das circunstâncias (sociais, culturais e políticas) em que o adolescente cresce, mas também do peso de um passado e de uma história pessoal (mais ou

menos complexa), de uma personalidade (construída até aí) mais ou menos madura, etc. Em síntese de um infindável conjunto de factores, dos quais estão dependentes a estrutura psíquica e saúde mental do futuro adulto.

A Adolescência é o Carnaval da Vida!

3.2 Saúde Mental – apreços

A história da Psicologia diz-nos que a Saúde Mental tem uma tendência para ser conceptualizada numa perspectiva psicopatológica própria do modelo biomédico. As técnicas de avaliação, no passado, tendiam unicamente a detectar falhas funcionais, ou entidades psicopatológicas. O objectivo principal e muitas vezes único da avaliação psicológica era diferenciar os indivíduos funcionais dos indivíduos disfuncionais.

É na década de 70 que começam a surgir críticas em relação a esta perspectiva, donde surgem propostas claras de acção diferentes de as de até então, num movimento que ficou conhecido por Segunda Revolução da Saúde. Uma das principais marcas desta reorientação da maneira de pensar consistia em passar a considerar a Saúde como *objecto epistemológico* das ciências médicas (Pais Ribeiro, 2001).

Pais Ribeiro (2001), considera que um dos conspectos que levou à emergência deste movimento – Segunda Revolução da Saúde – foi a evidência que as principais causas de mortalidade e morbidade estavam associadas ao comportamento humano, perspectiva esta que além da acção propriamente dita incluía antecedentes dessa acção como: expectativas, crenças, motivações, atitudes, atribuições, auto-conceito e auto-estima. Há que convir que estas variáveis podem não ser dependentes de qualquer patologia.

Por seu lado Veit e Ware (1983, cit in Pais Ribeiro, 2001) explicam que, “inicialmente, as medidas de avaliação em Saúde Mental possuíam, características muito heterogéneas, que incluíam medidas de sintomas psicossomáticos e físicos, estado funcional, outros problemas de saúde ou preocupações, hábitos de saúde a par de construtos psicológicos mais evidentes como sintomas de ansiedade e depressão. Posteriormente as medidas de saúde mental passaram a focar quase exclusivamente sintomas como a ansiedade e a depressão que, em geral, eram a evidência mais expressiva de *distress* psicológico” (p. 78). Então, para melhorar a precisão das medidas torna-se necessário expandir a definição de saúde mental para incluir características de bem-estar psicológico, tais como, bem-estar, alegria, prazer de viver, felicidade (Pais Ribeiro, 2001).

Também, a propósito de saúde mental na infância e adolescência, Emílio Salgueiro em conjunto com outros autores (1994, p. 49), relatou que “a saúde mental constrói-se a partir da infância mais precoce” e que “é necessária a existência, nos primeiros anos de vida de cada criança, de condições familiares e sociais adequadas, para que venha a emergir um desenvolvimento equilibrado (...) é aqui essencial a qualidade dos vínculos afectivos estabelecidos”.

Os autores, referem ainda que, as perturbações da vida mental das crianças resultam, por norma, de *situações prolongadas de crise na família* e com uma *dificuldade de relacionamento entre os seus membros*, como referem: “sucessivos afrontamentos conflituosos, alternâncias entre grandes aproximações e abandonos, a insegurança e o desamor e o sofrimento que essas situações provocam, podem conduzir a modos de funcionamento da criança bem abaixo do seu potencial” e que “podem vir, mais tarde, estruturar-se em verdadeiras doenças mentais” (1994, p. 50).

Acrescentam que estas perturbações precoces acarretam, no futuro, custos pessoais, sociais e até políticos significativos, como, e a título de exemplo, os comportamentos anti-sociais na adolescência.

Posto isto, depreendem que o resultado final da construção precoce de uma saúde mental equilibrada será “um adulto saudável sob o ponto de vista somático, que se sinta bem consigo próprio e com os outros, que seja capaz de pensar bem sobre a realidade, e que tenha afectos ricos, apropriados a cada circunstância de vida. Esta boa saúde mental permitir-lhe-á conduzir bem a sua vida social (convivial, solidária e profissional), bem como a sua vida pessoal (sentimental, sexual e cultural). Para além disso, uma boa saúde mental tenderá, ainda, a manter equilibrados os mecanismos reguladores da saúde somática” (1994, p. 50).

Outra óptica, relativa à “saúde mental” do adolescente, é a de Laufer (2000), que amplamente estudou o desenvolvimento do adolescente e que fez uma caracterização do que considerou que seria o “adolescente normal”.

Parece-nos pertinente descrever aqui a sua concepção acerca deste conceito, tão raramente descrito e ainda mais raramente consensual. De entre os diversos pontos descritos por Laufer, acerca do “adolescente normal”, destacamos:

- “(...) o adolescente sabe que tem modos de se sentir valorizado e admirado sem ter de continuar dependente das pessoas”;
- “(...) por mais que ele se possa sentir culpado ou envergonhado de alguns dos seus pensamentos e sentimentos íntimos (...) pode procurar relações que, em parte, lhe permitam continuar em contacto com estes sentimentos vindos do seu próprio corpo”;
- “Apesar de haver momentos em que ele possa ter pensamentos que não só o envergonham como também o preocupem (...) ele está também consciente que estes pensamentos não o esmagam”;
- “(...) apesar dos sentimentos de vazio e de ansiedade experimentados no processo de se tornar menos dependente dos pais da infância, existe amor interno por si suficiente, trazido da infância para permitir encarar o futuro (...) corrigir os seus

próprios ódios ou as suas frustrações (...) ter liberdade interna que lhe permita perdoar aos pais do passado”. (Laufer, 2000, p. 73)

Coimbra de Matos (2004), atesta que o crescimento/desenvolvimento mental se processa na relação do sujeito como o mundo, nomeadamente na relação do sujeito com o seu objecto, como nos diz “somos animais narcísicos com necessidade de valorização pessoal (...) precisamos do olhar valorizante, identificador e unificador do outro” (p. 27). Para o autor, a dimensão narcísica tem um papel primordial na psicologia e psicopatologia, ou seja, na saúde e doença mental.

Como o próprio nos diz (2004) “na realidade não há doença mental sem défice de amor próprio ou desequilíbrio na sua regulação (...) o primeiro e essencial processo de constituição do ser humano é a organização da constância do sujeito no interior do seu objecto (...) no fundo, é o envolvimento amoroso pelo objecto que cria e recria o verdadeiro sujeito: o sujeito livre, espontâneo, expansivo e feliz” (p. 28).

No passado, a saúde mental foi definida, numa perspectiva biomédica, como ausência de patologia, isto além de epistemologicamente dubitável não permitia discriminar entre as pessoas que não possuem doença mental diversos patamares de saúde mental.

A investigação evidenciou a existência de outras dimensões relativas à saúde mental; uma mais positiva como o bem-estar psicológico e outra mais negativa como *distress* psicológico. Donde se foram intrincando na linguagem psi construtos como bem-estar, alegria, prazer de viver e felicidade – indicadores e discriminadores de saúde mental.

Saúde Mental é um tópico onde não se encontram muitos consensos, todavia atributos como valorização pessoal e resiliência parecem ser denominadores comuns, na construção de uma personalidade saudável – livre e feliz.

3.3 Influências Sociais e Culturais na Saúde e Patologia Mental

Num espaço de compreensão do processo *adolescere*, é impreterível abarcar o contexto em que o adolescente cresce, se desenvolve e adquire uma identidade e individualidade próprias. Influências sociais e culturais na saúde e desenvolvimento de um indivíduo, têm sido alvo de diversos estudos nas últimas décadas. Na maioria dos estudos pretende-se deslindar de que forma e em que grau o ambiente determina ou pode determinar a construção de uma personalidade mais ou menos saudável.

Em 1981, Sutherland, considerou que, apesar de muito direccionada para uma perspectiva individual, na teoria das relações objectais, Fairbairn, começa a valorizar o impacto das relações interpessoais no desenvolvimento humano, permitindo-nos inferir que o contexto em que o indivíduo se insere é, de facto, importante para o seu desenvolvimento.

A propósito das diversas sociedades e de que forma poderão modelar a construção da personalidade, Fleming (1997) afirma que “todas as sociedades esperam portanto que um certo grau de autonomia e de responsabilidade social seja atingido após a adolescência dos seus membros. A «quantidade e qualidade» de autonomia requerida difere de acordo com as expectativas relativas aos estereótipos dos papéis sexuais e de acordo ainda com o sistema de valores de cada sociedade. As sociedades industrializadas ocidentais (...) erigiram como um dos seus valores centrais a liberdade individual, a possibilidade de atingir um estatuto de indivíduo autónomo, capaz de decidir sobre a sua própria vida” (p.33-34).

A autora (1997) realça ainda a importância das tradições e normas familiares na saúde mental dos seus membros. Entende a autora que a família é a subcultura mais próxima de qualquer indivíduo e que, portanto, é a que maior influência pode ter na transmissão de valores morais e formas de comportamento.

Por seu lado, Srole e Langner (1962, cit in Dohrenwend e Dohrenwend, 1965), estudaram a relação entre psicopatologia e a situação económica dos seus pacientes bem com a dos seus pais. Concluíram que carências sociais durante a infância dos indivíduos avaliados e que, ainda de maneira mais significativa, os seus níveis sociais actuais, estariam fortemente relacionados com a presença de sintomatologia psiquiátrica.

Igualmente focando a subcultura família, Cockerham (1985) aponta o facto de que um grande número de indivíduos por unidade residencial estaria relacionado com uma maior desorganização familiar e, conseqüentemente, dificuldades no planeamento das suas vidas.

Porquanto, é conhecido que uma desorganização familiar pode estar associada a ausência de regras e limites pré-estabelecidos. Tal irá influenciar certamente o desenvolvimento

de personalidades em construção no seio dessa família. Um exemplo característico de organização da personalidade patológica, resultante deste modelo de (des)organização familiar são as personalidades limite ou borderline.

Em virtude da organização familiar, autores afirmam haver uma modelação das relações intra-familiares em função da classe social a que pertencem, narrando que a estrutura social determina *códigos de comportamento*, entre os quais os comportamentos linguísticos (Marcellesi, J. & Gardin, 1975).

Segundo Marcellesi e Gardin (1975), “não é só o capital que está sujeito à apropriação, à manipulação e à exploração, mas também o capital cultural na forma dos sistemas simbólicos através dos quais o homem pode estender e mudar as fronteiras da sua experiência (...) de cada vez que a criança fala ou escuta, a estrutura social é reforçada nela e formada a sua identidade social (...) a criança adquire os valores da sociedade ao mesmo tempo que adquire o sistema de símbolos comum contido na linguagem. As palavras da mãe reflectem os postulados ideológicos fundamentais do grupo de base que é a família (...) a estrutura social torna-se a realidade psicológica através do mundo dos actos da palavra. A criança que aprende a falar não aprende só um sistema de regras linguísticas (...) ela forma ao mesmo tempo a sua personalidade social, o seu acesso ao saber, a sua atitude em face do mundo” (p. 184-185).

Aderimos aqui à noção de *código restrito* e *código elaborado* introduzidos por Bernstei (cit in Marcellesi, J. & Gardin, 1975).

Por *código restrito* o autor entende que o indivíduo não expressa as suas intenções verbalmente mas antes através de elementos paralinguísticos: ele não aparece como criador de uma mensagem ou de significações pessoais destinadas aos outros. Isto é, “a distância social entre os participantes na comunicação é considerada fraca: eles partilham os mesmos axiomas de sentido, as mesmas experiências e os mesmos valores. Paralelamente à ausência de eu **eu** verbalmente diferenciado, pressupõe-se um **nós**” (p. 193). Para o autor o *código restrito* não é um código de descoberta onde os princípios e as operações sobre os quais existe um consenso não são pois explicitados e por isso mesmo não são discutidos nem modificados.

Ao invés, por *código elaborado* surge onde a cultura coloca o **eu** por cima do **nós**, e admite uma maior distancia entre os participantes na comunicação, isto leva à existência da necessidade de explicitar todos os princípios e operações e de desembarcar do contexto limitado da experiência pessoal pela utilização da metalinguagem. Afirma o autor que o *código elaborado* “permite assim a afirmação da identidade e da autonomia da pessoa do locutor, do seu reconhecimento pelos outros, do seu papel de criador de significações” (p. 193)

Gorer (1971), refere que, por exemplo, na sociedade ocidental é mais marcante a valorização da consciência individual, em detrimento de uma consciência mais colectiva, considerando que tal fomenta a autonomia mas também a culpa. Acrescenta que os sistemas influenciados pela cultura ocidental parecem favorecer processos introjectivos, em oposição a outras culturas onde a aprovação ou desaprovação advém muito mais do exterior.

Conclui o autor que, neste sentido, o funcionamento psicopatológico é mais previsível na cultura ocidental do que em outro tipo de culturas.

No que é concernente à interacção entre saúde mental e Estatuto Socioeconomico (ESE), os autores não são unânimes existindo diversas hipóteses, sendo algumas destas contraditas. Todavia parece uniforme a opinião de que existe uma relação entre estas duas variáveis (Gaspar et al 2006; Hanson & Chen, 2007). A discordância aparece relativamente à forma como o ESE influencia a saúde.

Apesar dos resultados não serem plenamente consensuais a maioria considera que adolescentes provenientes de estatutos socioeconómicos baixos apresentam maiores défices ao nível da saúde (Gaspar et al, 2006; Huurre et al, 2005; Tuvblad et al, 2006; Steele et al, 2007; Hanson & Chen, 2007).

Fundamentam autores (Gaspar et al, 2006) que tal poder-se-á justificar devido a maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, aos custos ligados a opções de vida saudáveis, a maiores défices de informação de cuidados primários e preventivos na área da saúde e a um baixo nível de formação académica.

Estes resultados reportam-se à saúde física, que terá seguramente repercussões na saúde mental e vice-versa.

Restringindo-nos à saúde mental, alguns estudos mais clássicos, como os pioneiros do estudo entre classe social e doenças mentais, Hollingshead e Redlich (1958) que avaliaram a incidência de doenças mentais (pacientes psicóticos e neuróticos), nas distintas classes sociais de uma cidade americana.

Os autores, tendo controlado as variáveis idade, sexo, raça, religião e estado civil, demonstraram haver uma relação significativa entre classe social e doenças mentais, sendo que a proporção de pacientes na classe social baixa era maior do que na classe social alta. Também evidenciaram que os tipos de doenças mentais eram distintos conforme as classes sociais, isto é, a incidência de distúrbios emocionais era mais alta na Classe V do que na Classe III, e os índices de psicose eram pronunciadamente mais elevados nas classes IV e V.

Myers e Roberts (1959), autores que realizaram a segunda parte do estudo iniciado por Hollingshead e Redlich (1958), concluíram que existem diferenças entre tipos de sintomas da linha psicótica conforme a classe social a que pertenciam os pacientes.

Partindo destes resultados, os autores concluíram que o esforço que um indivíduo tem de empregar para batalhar com o nível e intensidade das forças e tensões relativas à sua classe social, ir-se-á traduzir em problemas sociais e emocionais que irão condicionar o seu comportamento, atitudes, sentimentos e, conseqüentemente, as características da sua personalidade.

Dohrenwend e Dohrenwend (1999, cit in Oliveira, 2000) verificaram que nos filhos de indivíduos que viviam em condição de pobreza, apresentarem maior risco de desenvolverem distúrbios da personalidade, perturbações ansiosas e depressivas.

Porém, os mesmos autores (1965), também chamaram à atenção para o risco de se concluir existirem diferenças quanto à incidência de psicopatologia entre as classes sociais, principalmente quando o alvo do estudo são pacientes em tratamento (como era o caso dos estudos de Myers e Roberts, 1959 e Hollingshead e Redlich, 1958).

Em 1967, Dohrenwend e Dohrenwend realizaram um estudo comunitário que pretendia avaliar a incidência psicopatologia (psicose, neurose e perturbações da personalidade) em populações clínicas (que se encontravam em tratamento), assim como, em populações não clínicas (que não se encontravam em tratamento).

Os resultados indicaram maior incidência de perturbações da personalidade nas classes mais baixas e não apontaram diferenças entre classes sociais no que diz respeito à psicose mas apenas quanto aos seus subtipos. Também não indicaram haver diferenças entre classes no que diz respeito a neuroses.

No que se refere aos resultados relativos às perturbações da personalidade, os autores sugeriram que poderiam ser explicados pela aceitação social dos comportamentos típicos destas patologias, sendo que seriam encarados como comuns nos ambientes socioeconómicos mais baixos.

Uma outra nota discordante é a de Miller e Mishler (1966) que reprovaram as conclusões a que chegaram Myers e Roberts (1959) e Hollingshead e Redlich (1958), considerando que nos estudos efectuados foi negligenciado o facto de que nessa altura haviam ainda maiores dificuldades da população das classes mais baixas americanas em ter acesso a recursos psicoterapêuticos e pondo igualmente em causa aspectos de ordem metodológica.

Apesar das diversas críticas a trabalhos no âmbito da influência da classe social na saúde mental, parece-nos válido referir o trabalho de Seidman (1999, cit in Oliveira, 2000), que se propôs a compreender o impacto das relações estabelecidas entre os adolescentes e os seus pares

na depressão e comportamentos anti-sociais de adolescentes pobres ou a residir próximo de zonas de pobreza. Foi tido em conta o suporte social (amizade recíproca e bem estar psicológico), o envolvimento (envolvimento social e tempo despendido) e as frustrações¹.

Os autores discriminaram as seguintes tipologias de funcionamento e respectiva influência:

- a) “Ligações a valores pró-sociais / Ligações a valores anti-sociais (a nível do envolvimento com a delinquência, uso de drogas ou comportamentos agressivos): ambas as formas de funcionamento atenuam um risco de depressão, o que se pode compreender na medida em que as ligações anti-sociais proporcionam um espaço para o acting-out (fuga à depressão) e as ligações pró-sociais parecem funcionar como ambientes estimulantes e de apoio, atenuando, assim, o risco de comportamentos anti-sociais. Tal como seria de esperar as ligações a valores anti-sociais propiciam o comportamento anti-social” (p. 46);
- b) “Rejeitante / Negligente: os níveis de suporte, envolvimento e aceitação são baixos. O funcionamento rejeitante favorece o isolamento, a baixa auto-estima e as relações com os pares são vividas como stressantes, de forma que o risco de depressão aumenta. Pelo facto da tipologia de funcionamento negligente não produzir situações sentidas como stressantes parece haver menor risco de depressão nestes casos” (p. 46);
- c) “Desligante-aceitante: apresenta níveis de suporte social e de envolvimento bastante diferentes. Apesar de neste caso não haver uma ligação activa (o envolvimento é baixo), a ausência de rejeição leva a que o adolescente não viva a relação como stressante. A aceitação, por sua vez, favorece o adolescente de tal maneira que esta tipologia de funcionamento é a que melhor protege da depressão e de comportamentos anti-sociais” (p. 46-47);
- d) “Enredado: há uma percepção de suporte social e envolvimento, apesar da percepção de altos níveis de hassles, o que conduz a riscos medianos de depressão e de comportamentos anti-sociais” (p. 47);

Como citado anteriormente, a opinião relativamente à forma como o estatuto socioeconómico influencia a saúde mental não é consensual. Apesar da grande maioria dos resultados dos estudos efectuados indicarem que indivíduos de classes sociais mais baixas,

¹ Nota de tradução: termo original *hassle*.

tendencialmente, apresentarem maior sintomatologia psicopatológica, alguns autores argumentam que indivíduos de classes socioeconômicas mais elevadas sofrem de pressões a outros níveis, nomeadamente a um nível académico, para seguirem até ao ensino superior, para ingressarem em universidades prestigiadas. Referem ainda que, por norma, existe um maior isolamento dos adolescentes relativamente aos pais e à família devido a tarefas académicas/profissionais exigentes e um desapego emocional, incitado pelos pais, com o objectivo do adolescente se tornar auto-suficiente. Mencionam também que, em regra, os adolescentes de classes sociais mais altas têm um maior número de actividades extra-curriculares, como ateliers de dança ou música e desportos regulares (por vezes mais do que um e até com níveis de competição elevados) o que lhes limita o tempo para serem adolescentes (Luthar & Latendresse, 2005).

Segundo Luthar & Latendresse (2005) a conjugação de todos os aspectos citados conduz ao aumento dos níveis de ansiedade, stress e depressão.

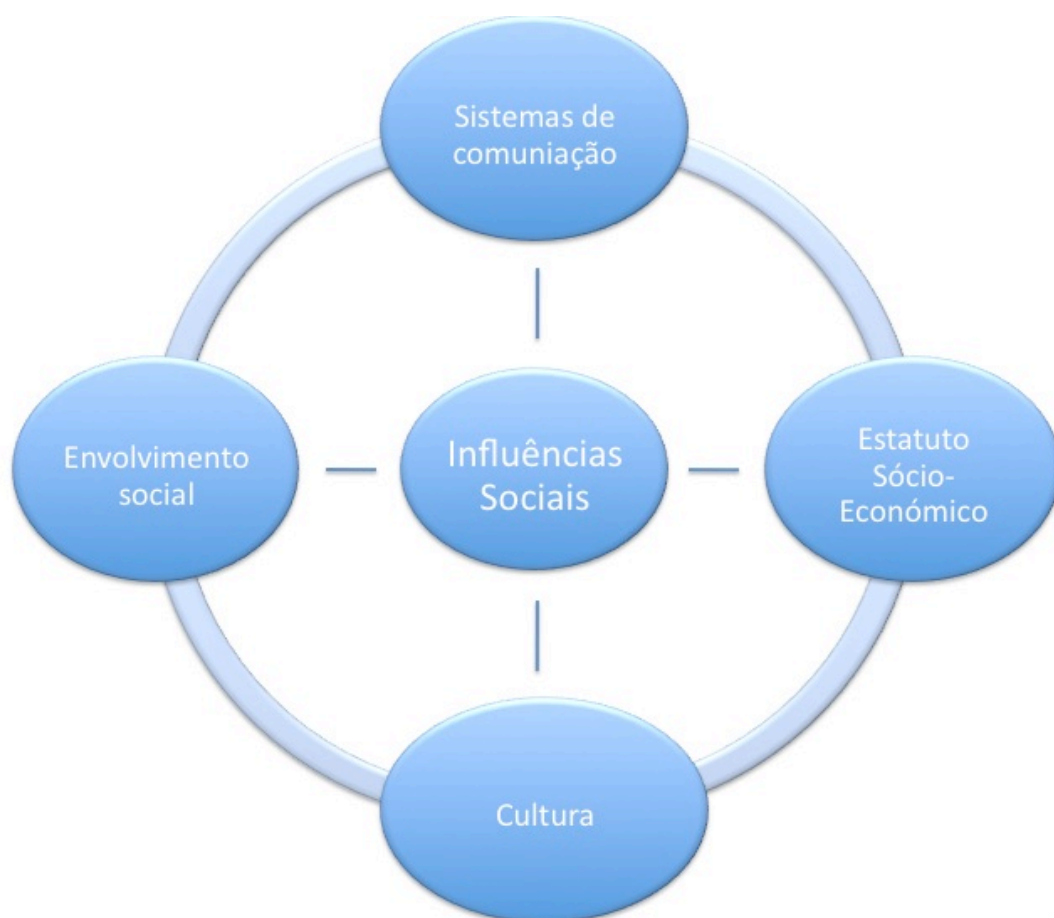


Figura 3. Influências sociais no processo *adolescere*

Em suma, temos que existem autores que salientam aspectos de natureza interna como factores primordiais e modeladores da personalidade do adolescente, outros destacam que os aspectos sociais e culturais em que o adolescente está inserido desempenham um papel tão importante como os de natureza interna nessa edificação do ser. A nossa perspectiva não se limita a um pólo isolado, a apenas um dos hemisférios mas sim à conjugação de ambos para uma boa compreensão do *adolescere*, da construção da personalidade, da sua saúde e doença.

Como Oliveira (2000), descreve “para se poder compreender a influência de ambos os factores no comportamento humano, necessariamente o foco de análise deixa de se restringir a qualquer dos aspectos referidos e acaba por convergir nas questões relacionais, isto é, no interjogo entre as características idiossincráticas e o ambiente” (p. 22) acrescentado que “a compreensão do desencadeamento e desenvolvimento das doenças mentais terá sempre de ter em conta a influência não de apenas uma, mas de uma multiplicidade de factores. É nesta óptica que as condições sociais em que o ser humano vive ganham relevo” (p. 26).

Posto isto, considera-se a seguinte hipótese:

- Se o Estatuto Socioeconomico influencia o desenvolvimento da saúde mental nos adolescentes então existiram diferenças nos resultados obtidos nas escalas clínicas, de uma prova de personalidade, entre adolescentes da classe socioeconómica alta e baixa;

4 MÉTODO

4.1 Instrumento

O SCL-90-R Symptom Checklist – 90 – R é uma prova clínica de auto-avaliação composto por 90 itens que se encontra aferida para a população portuguesa (Tavares Marques, 2003; Baptista, 1993) (ver Anexo A). Segundo Derogatis (1994) cada item descreve uma alteração psicopatológica ou psicossomática concreta, sendo que a intensidade do sofrimento causado por cada sintoma deve ser cotada pelo sujeito de 0 (ausência total de perturbação relacionada com o sintoma) até 4 (perturbação máxima). Este procedimento é conhecido como “escala de tipo Likert” que no caso da adaptação portuguesa da prova se traduz por: Nunca (0); Pouco (1); Moderadamente (2); Bastante (3); Extremamente (4).

Esta escala pode ser aplicada a doentes psiquiátricos, doentes médicos, a indivíduos sem qualquer patologia diagnosticada, incluindo aqui adolescentes (desde os 13 anos de idade) (Derogatis, 1994 *cit in* Tavares Marques, 2003).

Os 90 itens, distribuem-se, segundo as suas analogias, em 10 grupos ou dimensões somáticas onde cada uma das quais mede um aspecto psicopatológico diferente, a saber: Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo e Sintomas Variados (Itens adicionais) (Derogatis, 1994).

Passando a uma análise mais detalhada de cada dimensão, temos (Derogatis, 1994):

Somatização (SOM)- Composta por 12 itens, compreende sintomas relacionados com vivências de disfunção corporal. Inclui sintomas relacionados com alterações neurovegetativas em geral, sobre tudo nos sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal e muscular. Constitui um grosso das manifestações psicossomáticas ou funcionais, sendo que é preciso ter em conta que também pode reflectir uma patologia médica subjacente;

Obsessão-Compulsão (OBS) – Constituída por 10 itens que descrevem comportamentos, pensamentos e impulsos que o sujeito considera absurdos e indesejados que geram angústia e que são difíceis de resistir, evitar ou eliminar, além de outras vivências e fenómenos cognitivos característicos das perturbações e personalidades obsessivas;

Sensibilidade Interpessoal (INT) – São nove itens que reconhecem sentimentos de timidez e vergonha, tendência a sentir-se inferior aos outros, hipersensibilidade às opiniões e atitudes externas e, em geral, incómodo e inibição nas relações interpessoais;

Depressão (DEP) – É uma dimensão de 13 itens que comportam sinais e sintomas clínicos próprios das perturbações depressivas. Incluem vivências disfóricas, de desânimo, anhedonia,

falta de esperança, impotência e falta de energia, assim como ideias auto-destrutivas e outras manifestações cognitivas e somáticas características dos estados depressivos;

Ansiedade (ANS) – Constituída por 10 itens classicamente referidos nas manifestações clínicas de ansiedade tanto generalizada como aguda (pânico), incluem também sinais gerais de tensão emocional e suas manifestações psicossomáticas;

Hostilidade (HOS) – São 6 itens que aludem a pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios de estados de agressividade, ira, irritabilidade, raiva e ressentimento;

Ansiedade Fóbica (FOB) – Composta por 7 itens que pretendem classificar as diferentes variantes da experiência fóbica, entendida como um medo persistente, irracional e desproporcionado a um animal ou pessoa, lugar, objecto ou situação geralmente acompanhada de comportamentos evitantes ou de fuga. Têm maior peso nesta dimensão os sintomas relacionados com agorafobia e fobia social do que os típicos de fobias simples;

Ideação Paranóide (PAR) - É uma dimensão com 6 itens que reconhecem diferentes aspectos do comportamento paranóide, considerado fundamentalmente como resposta a uma perturbação da ideação. Inclui características próprias do pensamento projectivo, como suspeição, centralismo auto-referencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda da autonomia e necessidade de controlo;

Psicoticismo (PSI) – São 10 itens que configuram um espectro psicótico que se estende desde a esquizóidia e esquizotipia leves até à psicose florida. Na população geral, esta dimensão está mais relacionada com sentimentos de alienação social que com a psicose clinicamente manifesta;

Escala adicional (itens adicionais) – Organizada por 7 itens de sintomas mistos. São considerados como adicionais porque o seu peso factorial em diferentes subescalas não permite assinalar nenhuma delas em particular. De um ponto de vista estritamente psicométrico poderiam ser eliminados, contudo a sua importância clínica é tão grande que foram mantidos. O autor considera que são indicadores da gravidade do estado do sujeito embora não constituam nenhuma dimensão sintomática específica, sendo que clinicamente constituem uma referência à depressão melancólica.

A prova, segundo o seu autor, dá-nos ainda índices globais, cada um deles indicativo de diferentes aspectos de sofrimento psicopatológico geral, são estes: GSI – que é uma medida generalizada e indiscriminada da intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático global; o PST – que contabiliza o número total de sintomas presentes, ou seja, a amplitude e diversidade psicopatológica; e o PSDI – que relaciona o *distress* (angústia) global com o número de sintomas, sendo portanto um indicador da intensidade sintomática média (Derogatis, 1994).

4.2 Metodologia

Este estudo empírico teve como população alvo adolescentes que frequentavam escolas da zona de Lisboa e Vale do Tejo. Para a sua execução foi requerida autorização aos Conselhos Executivos das escolas bem como aos pais dos alunos (ver Anexo B), sendo que neste pedido de consentimento informado, estavam explícitos os objectivos do trabalho, como descrito o processo de aplicação da escala, o seu conteúdo, propósito e quais os dados pessoais dos alunos a recolher.

Foi aplicada a escala clínica SCL-90-R e, em ambas as escolas, foi aplicado em mais do que uma turma, sendo sempre aplicado no início de uma aula, determinada pelo Conselho Executivo dessa escola. Anexada à escala estava uma folha que continha algumas questões sobre os sujeitos e o seu agregado familiar (ver Anexo C). A aplicação da escala foi acompanhada pela professora responsável da aula, no início foi pedida a colaboração dos alunos, clarificando o propósito do trabalho. Àqueles que acederam foi distribuída a prova, tendo-se ainda solicitado leitura da instrução antes do preenchimento da mesma.

4.3 Caracterização da amostra

Amostra de conveniência constituída por sessenta e cinco sujeitos ($N=65$), trinta e um do género masculino e trinta e quatro do género feminino. A média de idades da amostra é de 14,52 anos. No que é relativo ao estatuto sócio económico (ESE) foram inicialmente divididos em quatro grupos: Alto ($n= 18$); Médio Alto ($n= 15$); Médio Baixo ($n= 17$); e Baixo ($n= 15$) – sendo mais tarde apensados em apenas dois grupos: Alto ($n= 33$) e Baixo ($n= 32$). A distribuição dos sujeitos segundo descrito foi feita de acordo com três parâmetros: nível de formação académica dos pais; profissão dos pais; e frequência de escola pública ou privada.

No que respeita ao tipo de famílias, 40 sujeitos afirmam pertencer a uma constelação familiar tradicional, enquanto que 25 dizem pertencer a uma família do tipo monoparental, não existindo referência a outros tipos de agregações familiares.

Dos sessenta e cinco sujeitos, vinte assumiram já ter consultado um técnico de saúde mental (psicólogo e/ou psiquiatra), dos restantes, que não consultaram técnicos de saúde mental, apenas nove afirmaram alguma vez ter sentido necessidade de consultar um.

Distribuição da variável Idade

	Frequência	Percentagem	Média	Desvio padrão	Min	Máx
Idade	65	100.0	14.52	1.12	13	18

Tabela 1. Distribuição da variável idade.

Distribuição das variáveis qualitativas

		Frequência	Percentagem (%)
Gênero	Masculino	31	47.7
	Feminino	34	52.3
Tipo Família	Tradicional	40	61.5
	Monoparental	25	38.5
	Outras	0	0
Estatuto Socioeconomico	Alto	33	50.8
	Baixo	32	49.2
Consultou Psicólogo/Psiquiatra	Sim	20	30.8
	Não	44	67.7
Necessidade Consultar Psicólogo/Psiquiatra	Sim	9	13.8
	Não	34	52.3

Tabela 2. Distribuição das variáveis qualitativas.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para toda a inferência estatística foi utilizado o SPSS Statistics 17.0® para Microsoft Windows®. Os testes utilizados foram, para as variáveis contínuas, o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* e o teste de homogeneidade de variâncias de *Levene*. Para comparação de médias de duas amostras independentes utilizou-se o teste paramétrico *t-student* e o não-paramétrico de *Mann-Whitney*. Utilizou-se ainda o teste não-paramétrico de comparação da mediana *Wilcoxon*.

A fiabilidade da escala foi testada na amostra seleccionada através do *alpha de Chronbac*. Os resultados indicaram boa fiabilidade da escala encontrando-se o alpha entre 0.741 e 0.899 (apenas a escala de Ansiedade Fóbica pontuou abaixo dos 0.8, ver Anexo D).

O nível de significância estatística máximo estabelecido como válido para todos os testes foi de 0.05 e o intervalo de confiança de 95%.

5.1 Resultados relativos à variável Estatuto Socioeconomico

Criticando a normalidade das amostras, segundo o Estatuto Socioeconomico (Alto/Baixo), nas escalas clínicas e índices globais do SLC-90-R, verificou-se uma distribuição normal, em ambas as amostras, nas seguintes escalas **OBS** (Baixo – $ET=0.979$, $p=0.762$, Alto – $ET=0.936$, $p=0.058$), **ANS** (Baixo $ET=0.973$, $p=0.574$; Alto $ET=0.949$, $p=0.121$), **PAR** (Baixo – $ET=0.974$, $p=0.607$, Alto – $ET=0.973$, $p=0.057$), **PST** (Baixo – $ET=0.942$, $p=0.085$, Alto – $ET=0.950$, $p=0.134$) e **GSI** (Baixo – $ET=0.972$, $p=0.560$, Alto – $ET=0.$, $p=0.058$). De seguida analisou-se essas variáveis quanto à sua homogeneidade, apurando-se que eram homogêneas: **OBS** ($ET=0.862$, $p=0.357$), **ANS** ($ET=0.857$, $p=0.358$), **PAR** ($ET=0.995$, $p =0.322$), **PST** ($ET=0.116$, $p =0.734$) e **GSI** ($ET=0.016$, $p =0.901$).

Validados os pressupostos para aplicação de um teste paramétrico, procedeu-se à utilização do *t-student* nessas variáveis, verificando-se diferenças estatisticamente significativas na **ANS** ($t=2.980$, $p=0.004$) e **PST** ($t=2.374$, $p=0.021$). Em ambas as variáveis os valores médios eram mais elevados na classe Socioeconomica **Baixa** (ver tabela 3).

Valores médios da Ansiedade e Amplitude Psicopatológica nas classes de Estatuto Socioeconômico Alto e Baixo

	ESE 2	N	Média	Desvio-padrão
Ansiedade (ANS)	Baixo	32	1.16	.61
	Alto	33	.74	.51
Amplitude Psicopatológica (PST)	Baixo	32	57.31	19.29
	Alto	33	45.55	20.63

Tabela 3. Valores médios das variáveis Ansiedade (ANS) e Amplitude Psicopatológica (PST) nas classes de Estatuto Socioeconômico Alto e Baixo.

Para as restantes variáveis (SOM, INT, DEP, HOS, FOB, PSI, PSDI) aplicou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* e inferiu-se existirem diferenças estatisticamente significativas nas escalas **SOM** ($ET=376$, $p=0.046$), **DEP** ($ET=362.5$, $p=0.029$) e **PSI** ($ET=375$, $p=0.044$). Igualmente aqui verificou-se que os valores médios mais elevados pertenciam à classe Sócio-Econômica **Baixa** (ver tabela 4).

Valores médios da Somatização, Depressão e Psicoticismo nas classes de Estatuto Socioeconômico Alto e Baixo

	ESE 2	N	Média
Somatização (SOM)	Baixo	32	37.75
	Alto	33	28.39
	Total	65	
Depressão (DEP)	Baixo	32	38.17
	Alto	33	27.98
	Total	65	
Psicoticismo (PSI)	Baixo	32	37.78
	Alto	33	28.36
	Total	65	

Tabela 4. Valores médios das variáveis Somatização (SOM), Depressão (DEP) e Psicoticismo (PSI) nas classes de Estatuto Socioeconômico Alto e Baixo.

5.2 Resultados relativos à variável Tipo de Família

Apreciando a normalidade das amostras, segundo o Tipo de Família (Tradicional/Monoparental), nas escalas clínicas e índices globais do SLC-90-R, verificou-se uma distribuição normal, em ambas as amostras, nas escalas **OBS** (Tradicional – $ET=0.967$, $p=0.284$ e

Monoparental – $ET=0.978, p=0.848$) e **PSDI** (Tradicional – $ET=0.948, p=0.066$ e Monoparental – $ET=0.939, p=0.138$). No que concerne à sua homogeneidade de variâncias conclui-se que eram homogêneas: **OBS** ($ET=0.181, p=0.672$), **PSDI** ($ET=0.062, p=0.804$).

Reunidas as condições para a aplicação do *t-student*, conferiu-se que não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos oriundos de famílias tradicionais ou monoparentais, nessas variáveis.

Para as outras variáveis (SOM, INT, DEP, ANS, HOS, FOB, PAR, PSI, PST e PSDI) aplicou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Deste procedimento estatístico pode-se concluir que existirem diferenças estatisticamente significativas nas escalas **SOM** ($ET=287, p=0.004$), **DEP** ($ET=311.5, p=0.01$), **PSI** ($ET=340.5, p=0.031$), **PST** ($ET=316.5, p=0.013$) e **GSI** ($ET=342.5, p=0.033$). Em todas estas as escalas os valores mais elevados referem-se aos sujeitos de famílias do tipo **Monoparental** (ver tabela 5).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as famílias **Tradicionais** das classes **Alta** e **Baixa** nem entre as famílias **Monoparentais** das classes **Alta** e **Baixa**.

Valores médios das variáveis SOM, DEP, PSI, PST e GSI nos tipos de Família Tradicional e Monoparental

	Tipo de Família	N	Média
Somatização (SOM)	Tradicional	40	27.68
	Monoparental	25	41.52
Depressão (DEP)	Tradicional	40	28.29
	Monoparental	25	40.54
Psicoticismo (PSI)	Tradicional	40	29.01
	Monoparental	25	39.38
Ideação Paranóide (PAR)	Tradicional	40	30.19
	Monoparental	25	37.50
Amplitude Psicopatológica (PST)	Tradicional	40	28.41
	Monoparental	25	40.34
Intensidade Sofrimento Psic (PSDI)	Tradicional	40	29.06
	Monoparental	25	39.30

Tabela 5. Valores médios das variáveis Somatização (SOM), Depressão (DEP), Psicoticismos (PSI), Amplitude Psicopatológica (PST) e Intensidade do Sofrimento Psicológico (GSI) nos tipos de Família Tradicional e Monoparental.

5.3 Resultados relativos à variável Género

No que diz respeito à normalidade das amostras, segundo o género (Masculino/Feminino), nas escalas clínicas e índices globais do SLC-90-R, verificou-se uma distribuição normal, em ambas as amostras, nas escalas **OBS** (Masc – $ET=0.949$, $p=0.145$ e Fem – $ET=0.980$, $p=0.775$), **PAR** (Masc – $ET=0.940$, $p=0.082$ e Fem – $ET=0.964$, $p=0.308$) e **PST** (Masc – $ET=0.976$, $p=0.709$ e Fem – $ET=0.961$, $p=0.265$). Em virtude da homogeneidade de variâncias conclui-se que também eram homogêneas: **OBS** ($ET=1.342$, $p=0.254$), **PAR** ($ET=0.061$, $p=0.805$) e **PST** ($ET=1.296$, $p=0.259$).

Aplicando um *t-student* às variáveis em questão, outorgou-se que existirem diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas nas escalas **OBS** ($t=-2.276$, $p=0.026$) e **PST** ($t=-3.189$, $p=0.002$). A dimensão **Feminino** revelou valores mais elevados em ambas as escalas (ver tabela 6).

Valores médios da Obsessão-Compulsão e Amplitude Psicopatológica em rapazes e raparigas

	Género	N	Média	Desvio-padrão
Obsessão-Compulsão (OBS)	Masculino	31	1.14	.64
	Feminino	34	1.48	.57
Amplitude Psicopatológica (PST)	Masculino	31	43.32	21.82
	Feminino	34	58.65	16.80

Tabela 6. Valores médios das variáveis Obsessão-Compulsão (OBS) e Amplitude Psicopatológica (PST) em rapazes e raparigas.

Às variáveis que não reuniram condições de normalidade e/ou homogeneidade de variâncias (SOM, INT, DEP, ANS, HOS, FOB, PSI, GSI e PSDI) aplicou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, de onde se pode concluir que existiem diferenças estatisticamente significativas nas escalas **SOM** ($ET=309.5$, $p=0.004$), **INT** ($ET=310$, $p=0.004$), **DEP** ($ET=316$, $p=0.005$), **ANS** ($ET=333.5$, $p=0.010$), **PSI** ($ET=356$, $p=0.024$) e **GSI** ($ET=324$, $p=0.007$). Nas escalas referidas os valores mais elevados referem-se à dimensão **Feminino** (ver tabela 7).

Valores médios das variáveis SOM, INT, DEP, ANS, PSI e GSI em rapazes e raparigas

	Género	N	Média
Somatização	Masculino	31	25.98
	Feminino	34	39.40
	Total	65	
Sensibilidade Interpessoal	Masculino	31	26.00
	Feminino	34	39.38
	Total	65	
Depressão	Masculino	31	26.19
	Feminino	34	39.21
	Total	65	
Ansiedade	Masculino	31	26.76
	Feminino	34	38.69
	Total	65	
Psicoticismo	Masculino	31	27.48
	Feminino	34	38.03
	Total	65	
Intensidade Sofrimento Psic	Masculino	31	26.45
	Feminino	34	38.97
	Total	65	

Tabela 7. Valores médios das variáveis Somatização (SOM), Sensibilidade Interpessoal (INT), Depressão (DEP), Ansiedade (ANS), Psicoticismos (PSI), e Intensidade do Sofrimento Psicológico (GSI) em rapazes e raparigas.

5.4 Resultados relativos à comparação com valores médios nacionais

Comparando os resultados obtidos com valores normativos da população Portuguesa (Baptista, 1993) (ver Anexo H), através do *t-student* (para as variáveis com uma distribuição normal) e do Wilcoxon (teste de comparação da mediana, não-paramétrico, para as variáveis que não tinham distribuição normal) obteve-se os seguintes resultados:

Nos rapazes, não se verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, relativamente à população normativa, em qualquer escala clínica ou índice geral (ver anexo I).

Nas raparigas, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas escalas **SOM** ($t=3.129$, $p=0.004$), **OBS** ($t=3.747$, $p=0.001$), **INT** ($t=2.937$, $p=0.005$), **DEP** ($t=2.447$, $p=0.02$), **ANS** ($t=2.255$, $p=0.031$), **PAR** ($t=3.247$, $p=0.003$), **PSI** ($\chi^2=-2.969$, $p=0.002$), **PST** ($\chi^2=-3.24$,

$p=0.001$), **GSI** ($z=-3.154$, $p=0.001$) e **PSDI** ($z=-2.85$, $p=0.003$). Apesar de um grande número de escalas clínicas e índices globais apresentarem valores diferentes, estatisticamente significativos, todos os valores médios das escalas encontram-se dentro do desvio padrão da população normativa (ver tabela 9).

Valores médios e desvio-padrão das notas do SCL-90-R na amostra feminina e na população normativa feminina

		Média	Desvio Padrão
Somatização (SOM)	Valores normativos	0.85	0.58
	Amostra	1.19	0.64
Obsessão-Compulsão (OBS)	Valores normativos	1.12	0.62
	Amostra	1.5	0.57
Sensibilidade Interpessoal (INT)	Valores normativos	0.95	0.63
	Amostra	1.3	0.74
Depressão (DEP)	Valores normativos	0.99	0.64
	Amostra	1.27	0.66
Ansiedade (ANS)	Valores normativos	0.89	0.59
	Amostra	1.1	0.54
Ideação Paranóide (PAR)	Valores normativos	1.02	0.68
	Amostra	1.46	0.79
Psicoticismo (PSI)	Valores normativos	0.51	0.49
	Amostra	0.96	0.67
Amplitude Psicopatológico (PST)	Valores normativos	47.99	20.19
	Amostra	58.65	16.8
Intensidade Sofrimento Psicológico (GSI)	Valores normativos	0.87	0.50
	Amostra	1.19	0.49
Intensidade Somática Média (PSDI)	Valores normativos	1.54	0.38
	Amostra	1.75	0.37

Tabela 9. Valores médios e desvio-padrão das notas do SCL-90-R na amostra feminina e na população normativa feminina.

5.5 Resultados referentes consultar um Técnico de Saúde Mental (Psicólogo/Psiquiatra) ou necessidade de consultar um.

Neste âmbito verificou-se que doze indivíduos da classe socioeconomica alta e oito da classe baixa já consultaram um técnico de saúde mental, enquanto que vinte e um da classe alta e vinte e três da classe baixa nunca consultaram (ver tabela 10).

Quando questionados acerca de alguma vez terem sentido a necessidade de recorrer a um técnico de saúde mental, cinco sujeitos da classe baixa e quatro da classe alta responderam afirmativamente enquanto que dezassete da classe alta e dezassete da classe baixa responderam que não (ver tabela 10).

Frequências do número de sujeitos que consultaram um Psicólogo/Psiquiatra ou que sentiram necessidade de consultar um segundo o Estatuto Socioeconomico

	Consultou Psicólogo/Psiquiatra		Sentiu necessidade consultar Psicólogo/Psiquiatra	
	Sim	Não	Sim	Não
Classe Sócio- Económica Alta	12	21	4	17
Classe Sócio- Económica Baixa	8	23	5	17

Tabela 10. Frequências do número de sujeitos que consultaram um Psicólogo/Psiquiatra ou que sentiram necessidade de consultar um segundo o Estatuto Socioeconomico

6 DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO

Numa análise primária podemos concluir que:

- Os resultados demonstram que existem diferenças (estatisticamente significativas) nas escalas clínicas de Somatização, Depressão, Ansiedade e Psicoticismo entre adolescentes de Estatuto Sócio-económico Alto e Baixo, revelando valores mais elevados aos indivíduos pertencentes ao ESE Baixo. Estes resultados estão de acordo com o que foi encontrado na literatura (Dohrenwend e Dohrenwend, 1999, cit in Oliveira, 2000; Gaspar et al, 2006; Hanson & Chen, 2007, Huurre et al, 2005; Tuvblad et al, 2006; Steele et al, 2007);

- Não foram encontradas diferenças (estatisticamente significativas) entre as famílias Tradicionais das classes Alta e Baixa nem entre as famílias Monoparentais das classes Alta e Baixa. Verificaram-se, no entanto, diferenças (estatisticamente significativas) nos valores das escalas clínicas de Somatização, Depressão e Psicoticismo entre adolescentes de famílias Tradicionais e Monoparentais, independentemente da classe;

- Encontraram-se diferenças (estatisticamente significativas) entre sujeitos do género masculino e feminino nas escalas de Obsessão-Compulsão; Amplitude Psicopatológica; Somatização; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Psicoticismo; Intensidade Sofrimento Psicológico. Nas escalas referidas os valores mais elevados referem-se ao género Feminino.

Porém, apesar de os resultados serem concordantes com a maioria dos autores, as ilações e discussões feitas pelos mesmos parecem-nos insuficientes ou até mesmo desajustadas à realidade aqui escrutinada. Isto é, no caso da comparação entre os diferentes ESEs, Gaspar e seus colaboradores (2006) postularam que as diferenças encontradas dever-se-iam a maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos custos ligados a opções de vida saudáveis. Neste estudo verificou-se que esse não será o problema de fundo dado que o número de adolescentes que haviam consultado um técnico de saúde mental era praticamente equivalente nas classes altas e baixas, assim como, é também equitativo, entre as classes, o número de

adolescentes que afirmaram alguma vez ter sentido (ou não) necessidade de consultar um técnico deste âmbito (ver tabela 10).

Assim sendo, relativamente ao primeiro bloco de resultados, parece-nos pertinente fazer um juízo analítico-dinâmico, nomeadamente ao nível da dimensão das escalas clínicas onde se encontraram diferenças. Procurou-se entender de que forma essas diferenças se articulam com um ESE Baixo, numa tentativa de compreender o real problema subjacente.

Retomamos aqui a definição de Derogatis (1994), relativamente às escalas clínicas onde foram encontradas diferenças quanto ao ESE: Somatização – incluindo sintomas relacionados com alterações neurovegetativas, sobretudo nos sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal e muscular; Depressão – que inclui vivências disfóricas, de desânimo e falta de energia; e Ansiedade – estão incluídos sinais gerais de tensão emocional e suas manifestações psicossomáticas.

Como tronco comum a todas estas escalas está implícito um agir no corpo ou, o que é muitas vezes denominado por *acting-in*. Acontece quando, segundo Sperling (cit in Coimbra de Matos, 2003), os impulsos em vez de se descarregarem pelo comportamento no exterior, são dirigidos ao soma, ou seja são orientados para dentro – é o agir através dos órgãos internos – dá-se uma inversão pulsional sobre o organismo.

De acordo com Coimbra de Matos (2003), “sempre que o sofrimento psíquico não é suficientemente expresso a nível afectivo e ideativo – por emoções e pensamentos –, comunicado em palavras e gestos e descarregado em actos, a saúde física periga” (p. 90). Por outras palavras, quando não há lugar para o afecto e para a fantasia (enquanto estado onde acto e pensamento estão ao serviço da satisfação do desejo e da construção/invenção do novo) as acções manifestam-se no corpo ao invés de no pensamento, na esfera do simbólico.

O mesmo autor (2002), referindo-se ao acesso à fantasia na adolescência, descreve que a fantasia diurna e consciente, ou o *sonhar acordado*, possui sistemas de simbolização secundários como a palavra, a lógica, a matemática e toda a linguagem de signos que a cultura lhes ensina.

É com um paradigma análogo que Marcellesi e Gardin (1975), descrevem que é principalmente através da comunicação que as famílias socializam e que nessa comunicação está implícito um código que a própria classe social produz, que determina a orientação intelectual, social e afectiva da criança. Acrescem que é desta forma que se dá a reprodução das relações sociais.

Segundo os autores (1975), as classes desfavorecidas utilizam principalmente um *código restrito* e as classes médias e elevadas conjugam um *código elaborado* juntamente com um *código*

restrito. Como vimos inicialmente, ao *código restrito* está associada uma ausência de **eu** pressupondo-se um **nós** e a uma ausência de descoberta, discussão ou modificação de princípios.

Parece-nos então patente a existência de um paralelo entre a utilização de um *código restrito* e uma diminuta capacidade de *sonhar acordado*, de fantasiar.

Piaget (1932), afirma que os indivíduos, vão gradualmente mudando de um pensamento operacional-concreto, para um tipo de pensamento operacional-formal caracterizado por um novo tipo de pensamento e raciocínio – o pensamento abstracto ou o meta pensamento. Tal parece não acontecer da mesma forma na classe social alta e baixa da nossa amostra. É como se na classe social baixa existisse maior dificuldade no acesso ao pensamento operacional-formal o que nos remete novamente para a utilização de uma forma de comunicação do tipo de *código restrito*, uma menor capacidade de aceder ao simbólico, de fantasiar e consequente somatização das problemáticas vividas.

Uma maior dificuldade em aceder ao simbólico é certamente multifactorial, existindo diversos agentes que condicionam esse acesso. Todavia destacamos dois que nos parecem ter um papel fundamental a tal bloqueio e que contribuem para a repetição deste paradigma ao longo das gerações, a saber: a comunicação como meio de reprodução das relações sociais (Bernstein, cit in Marcellesi & Gardin 1975) e a existência de um hiato entre os sistemas simbólicos da escola e os da família (Henderson, cit in Marcellesi & Gardin 1975).

Por um lado, e de acordo com Bernstein, é pelo processo de comunicação que se realiza a comunicação na família, segundo este “os germes da classe social (...) são transmitidos através de um código de comunicação que a própria classe social produz, isto é, por uma certa forma da comunicação que determina a orientação intelectual, social e afectiva da criança” (cit in Marcellesi & Gardin 1975, p.184-185).

Também Erikson (1963), refere que o processo de formação de identidade inclui a integração das identificações infantis precoces com aspectos psicológicos e psicossociais – como é o caso da comunicação.

Do outro lado temos a distância entre o sistema simbólico da escola e o da família identificado por Henderson (cit in Marcellesi & Gardin 1975).

Este autor afirma que a criança da classe média, pela *socialização linguística* está mais apta a tirar proveito da escola do que a da classe operária, dado que a escola funciona em *código elaborado*, ou seja, maioritariamente ao nível do simbólico. Esclarecendo, no entanto, que este problema é mais de ideologia que da prática real.

Porém, leva-nos a concluir que parece haver uma inadaptação da instituição escolar aos alunos de classes de ESE mais baixo pela utilização de um tipo de comunicação diferente daquele

que esses alunos possuem, acarretando uma elevada probabilidade de maior insucesso escolar destes alunos.

Tal transporta-nos para outra escala clínica, onde se obteve diferenças estatísticas significativas – o Psicoticismo. Convém aqui lembrar que, segundo Derogatis (1994), na população geral, esta dimensão está mais relacionada com sentimentos de alienação social que com a psicose clinicamente manifesta.

Ou seja, uma elevação dos valores nesta escala clínica nos adolescentes de um ESE mais baixo poderá ser justificado por um sentimento de inadaptação ao meio social (como a escola).

Ainda, para Bernstein (cit in Marcellesi & Gardin 1975), uma família com um tipo de comunicação do tipo *código restrito* favorece a construção de uma identidade social fraca, que acarreta dificuldades psicológicas e uma certa insegurança – o que *per si* pode levar a uma certa alienação social.

Uma das críticas muitas vezes ouvida em relação aos trabalhos de Bernstein é o facto de que os defensores deste paradigma apenas pretendem inculcar os valores da classe média (alta) às crianças da classe operária (baixa) pela aprendizagem de um “palavreado elaborado” (Labov, cit in Marcellesi & Gardin 1975).

Estamos em crer que as conclusões a que aqui chegámos não são abrangidas nesta nota dissonante pois o que é defendido vai muito além da utilização (ou não) de um “palavreado elaborado” mas à existência (ou não) da capacidade de aceder, manipular e transformar no simbólico, de jogar na fantasia e de incorrer no meta-pensamento. Tudo isto é possível sem se possuir um vocabulário abundante e diversificado, porém reconhecemos que será mais fluido e fluente fazê-lo quando se possui um.

Mais, também acreditamos que a esta aparente intransitabilidade para o campo do simbólico não é uma posição rígida e/ou imutável. Como referia Henderson (cit in Marcellesi & Gardin 1975) este problema é mais de ideologia que da prática real, ou seja, no real a transposição de uma comunicação em código do tipo restrito para elaborado pode ser levada a cabo por um adolescente que encontre na sua vida figuras identificatórias (p.e. professores e/ou algum membro da sua família alargada) que o leve a quebrar este ciclo.

Em resumo, a utilização de um sistema de comunicação de um tipo de *código restrito* (que parece existir predominantemente nos sujeitos de um ESE Baixo), arrasta uma dificuldade em aceder ao simbólico, à capacidade de fantasiar e conseqüentemente a uma maior somatização (que no seu sentido lato, inclui sintomas depressivos e ansiosos) das problemáticas vivenciais. Pressupõe-se uma enfatização e difusão deste aumento, pela reprodução das relações sociais

através da comunicação e à existência de um hiato entre os sistemas simbólicos da escola e os da família. Estes paradigmas levam à construção de uma identidade social mais fraca e a um maior insucesso escolar que se poderá traduzir numa auto-alienação social destes adolescentes.

No que se refere ao segundo bloco de resultados, oferece-nos dizer que não é propósito deste estudo inferir sobre presença/ausência de patologia ou sintomas psicopatológicos nas diversas constelações familiares, mas sim no que é respeitante às diferenças entre ESEs. Dado que não foram encontradas diferenças (estatisticamente significativas) entre as famílias Tradicionais das classes Alta e Baixa nem entre as famílias Monoparentais das classes Alta e Baixa, serão apenas tecidas elementares considerações dentro deste âmbito.

Acreditamos que as diferenças encontradas não se devam única e exclusivamente ao tipo de constelação familiar a que os adolescentes pertencem, mas sim a uma multiplicidade de circunstâncias, mais ou menos determinantes.

Mais, a amostra relativa às famílias Monoparentais é de 25 sujeitos, não sendo representativa.

Poder-se-ia criar uma relação de causalidade entre ausência de um dos progenitores e valores elevados em determinadas escalas clínicas. Porém, na definição de família Monoparental não pode estar subentendida uma alienação do progenitor com quem a criança não co-habita. Apesar de que nove em cada dez vezes a mãe é o progenitor mais presente, é preciso não esquecer que um pouco mais de metade dos divórcios têm lugar por mútuo consentimento e que, nove em cada dez vezes, os pais estão de acordo quando há atribuição do poder parental e quanto à guarda dos filhos (Belmokhtar, 1999, cit it Mucchielli, 2002).

Acresce que a observação de uma situação familiar num determinado momento, não é suficiente. É necessário considerar o conjunto do ciclo de vida. Fundamental também é não esquecer que, nos dias de hoje, a família monoparental não pode ser encarada como estática no tempo mas que por vezes apenas o é temporariamente, desembocando numa recomposição familiar (Mucchielli, 2002).

As investigações mostram igualmente que, muitas vezes, os pais que não mantêm laços com os filhos na sequência de um divórcio ou de uma separação, são pais que já antes se desinteressavam da educação dos filhos ou que não conseguem ultrapassar o choque afectivo que constitui a ruptura (Quéniart, 1999, cit it Mucchielli, 2002).

Grande parte dos autores clássicos defendem que os factores relacionais são mais determinantes que os factores estruturais. Todavia não podemos deixar de assinalar que, por

vezes, famílias dissociadas acarretam conflitos parentais graves e/ou pobreza sócio-económica (Mucchielli, 2002).

No terceiro bloco de resultados, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em diversas escalas clínicas do SCL-90-R entre rapazes e raparigas.

Contudo, não se nos oferece fazer qualquer interpretação clínica e analítica destes resultados dado que as diferenças encontradas estão de acordo com os de estudos efectuados na população portuguesa (Baptista, 1993).

De acordo com Baptista (1993), os valores normativos de homens e mulheres foram criados separadamente. Pelo que as diferenças encontradas apenas relevam o facto de que os resultados estão em consonância com os da população portuguesa.

O bloco de resultados referente à comparação dos valores médios obtidos neste estudo com os da população normativa portuguesa revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas nos valores dos rapazes, comparativamente aos valores normativos nacionais, e que nas raparigas existem diferenças em todas as escalas excepto nas escalas de Hostilidade e Ansiedade Fóbica.

Todavia, apesar das diferenças estatisticamente significativas, note-se que tantos os valores médios obtidos nas escalas clínicas como nos índices globais estão dentro de um desvio-padrão.

Tal leva-nos a concluir que apesar de todas as diferenças encontradas, não são exorbitantemente discrepantes com a realidade do nosso país e que as diferenças existentes entre as classes Alta e Baixa são de bom prognóstico no sentido em que não possuem, a nosso ver, um cunho irreversível. Se considerarmos a Saúde e Patologia Mental num espectro, e não numa visão dicromática, estes resultados suportam a ideia que há uma boa probabilidade de sucesso numa intervenção clínico-prática em sujeitos de um ESE Baixo.

As diferenças encontradas, mesmo estatisticamente significativas, não fogem ao grosso da população, podendo-se considerar assim que é possível compor o que muitas vezes é dado como perdido ou irreparável – patologia e/ou dificuldades de aprendizagem nos ESEs baixos.

7 Considerações finais

Este trabalho foi mais um passo importante na minha formação enquanto psicólogo e enquanto pessoa. Muitos outros se avizinham.

Nem sempre as decisões tomadas foram as mais correctas, provavelmente, com os conhecimentos de hoje, algumas variáveis cairiam dando lugar a outras. Seria de considerar aumentar a dimensão e variabilidade da amostra para, por exemplo, poder comparar eficazmente famílias monoparentais das classes Alta e Baixa. Faria igualmente sentido utilizar, conjuntamente, uma escala de Alexitimia e/ou outra mais ligada à psicossomática.

Não é propósito deste estudo fomentar um perspectiva elitista da sociedade, antes pelo contrário, o objectivo foi compreender se o ESE influencia ou não a saúde mental e como o faz.

Concluiu-se, portanto, que existem na saúde mental influências socioeconómicas desfavoráveis na classe baixa. O que se tentou fazer de seguida foi compreender que diferenças eram essas e como poderiam ser explicadas de um ponto de vista clínico.

De acordo com o que foi aqui defendido é possível inverter estas diferenças; é possível sensibilizar e formar técnicos (professores, psicólogos, etc.) para combater o que é um real problema – o insucesso escolar e alienação social de crianças, jovens e adolescentes em zonas economicamente deficitárias.

Não se pretende mudar valores, crenças ou culturas, apenas desejamos fornecer ferramentas, tanto aos técnicos como aos adolescentes, que ajudem a melhorar a qualidade da sua saúde (mental e física) e que auxiliem no combater ao insucesso escolar e alienação social.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albano, C. (2005). *O método rorschach : do adolescente ao risco, do risco ao adolescente: a expressão dos processos psicológicos do adolescente e do risco no método Rorschach - contributos para uma grelha de análise*. Tese de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior Psicologia Aplicada.
- Amaral Dias, C. (1988). *Para uma psicanálise de relação*. Porto: Afrontamento/R. Costa Cabral.
- Amaral Dias, C. & Nunes Vicente, T. (1981). *A depressão no adolescente*. Porto: Afrontamento.
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico*. Tese de Doutoramento (documento não publicado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar-Universidade do Porto.
- Blos, P. (1962). *On adolescence – A psychoanalytic interpretation*. New York: Free Press.
- Blos, P. (1962). *On adolescence. The Free Press of Glencoe*. Trad. Brasileira: *Adolescência. Uma interpretação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- Cockerham, W. (1985). Sociology and psychiatry. In Kaplan, H. & Sadock, B. (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry / IV* (vol. 1, 4ª ed., pp. 265 – 273). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência: O triunfo do pensamento e a descoberta do amor*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais amor menos doença – a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2004). *Saúde mental*. Lisboa: Climepsi.
- Derogatis, L. (1994). SCL-90-R Symptom checklist 90 revised. NCS Pearson, Inc. Minnesota. Adaptação espanhola: *SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA, 2002.
- Dohrenwend, B. P. & Dohrenwend, B. S. (1965). The problem of validity in field studies of psychological disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 52 – 69.

- Dohrenwend, B. P. & Dohrenwend, B. S. (1967). Field studies of social factors in relation to three types of psychological disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 369 – 378.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York, W. W. Norton & Company. Trad. Brasileira: *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.
- Erikson, E. (1963). Identity, youth and crisis. New York: W. W. Norton & Company. Tradução brasileira: *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.
- Fleming, M. (1997). Adolescência e autonomia – O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais. Porto: Afrontamento.
- Gaspar, T. e tal (2006). *Desvantagem socio-económica, etnicidade e consumo de álcool na adolescência. Análise Psicológica*, 24(4), 495-508.
- Gorer, G. (1971). The congruent society. In J. D. Sutherland (Ed.), *Towards community mental health*. London: Tavistock Publications.
- Hanson, M. & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal Behav Med*, 30, 263–285
- Hollingshead, A. & Redlich, F. (1958). *Social class and mental illness*. New York: John Wiley & Sons.
- Hurre, T. et al (2005). Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 580–587.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Press Universitaires de France. Tradução portuguesa : *vocabulário da psicanálise* (6ª edição). Lisboa: Moraes, 1985.
- Laufer, M. (2000). *O adolescente suicida*. Lisboa: Climepsi
- Loewald, H. (1962). Internalization, separation, mooring and superego. *Psychoanalytic Quarterly*, 31, 483-504.

- Luthar, S. & Latendresse, S. (2005). Children of affluent: challenges to well-being. *Psychosomatic Medicine*, 14,49 – 53.
- Marcellesi, J. & Gardin, B. (1975). Introdução à sociolinguística. Lisboa: Áster.
- Marcia, J. (1968). The case history of a construct: ego identity status. In Vinacke, E. (ed.), *Reading in General Psychology*. New York: American Book Co.
- Marques, M. (1999). *A psicologia clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi.
- Marques, M (2005). Avaliação psicológica do adolescente e do risco. *Análise Psicológica*, 1(XXIII), 19 – 26.
- Miller, S. & Mishler, E. (1966). Social class, mental illness and american psychiatry: an expository review. In Reissman, F., Cohen, J. & Pearl, A. (Eds.), *Mental Health of the Poor* (2ª ed., 17 – 36). New York: The Free Press of Glencoe, 1964.
- Mucchielli, L. (s.d.). Comportamento anti-social e família. In A. C. Fonseca (Ed). *Monoparentalidade, divórcio e delinquência juvenil: uma relação empiricamente controversa*. 213-243. Coimbra: Livraria Almedina.
- Myers, J. & Roberts, B. (1959). *Family and class dynamics in mental illness*. New York: John Wiley & Sons.
- Oliveira, S. (2000). *Equilíbrio emocional e rendimento mínimo garantido*. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Pais Ribeiro, J. (2001). Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99
- Piaget, J. (1932). Lejugement moral chez l'enfant. Presses Universitaires de France. Tradução brasileira: *O juízo moral na criança*. São Paulo: Summus, 1994.

- Quintas, A. (1977). Adolescência, sociedade e ideologia. *Saúde Mental*, 9(9), 125 – 133.
- Salgueiro, E. et al (1994). A saúde mental na infância e na adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 7, 49 – 64.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.
- Steele, L. et al (2007). Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (3), 201-206
- Sugar, M. (1968). Normal adolescent mourning. *Amer. J. Psychother.* 22, 58-269.
- Tavares Marques, E. (2003). *Da loucura à doença mental, da doença mental à inimputabilidade*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Tuvblad, C. et al (2006). Heritability for adolescent antisocial behavior differs with socioeconomic status: gene–environment interaction. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 734–743
- Zimmerman, D. (1995). *Bion: da teoria à prática – Uma leitura didáctica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zinner, J. & Shapiro, R. (1972). Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents. *Journal of Psycho-Analysis*, 53, 523 – 530.

9 ANEXOS

ANEXO A – SCL-90-R	46
ANEXO B – CONSENTIMENTO INFORMADO.....	52
ANEXO C – FOLHA PARA RECOLHA DE DADOS.....	53
ANEXO D – ANÁLISE DO ALPHA DE CRONBACH.....	54
ANEXO E – INFERÊNCIA ESTATÍSTICA RELATIVA AO ESTATUTO SOCIOECONOMICO	56
ANEXO F – INFERÊNCIA ESTATÍSTICA RELATIVA À FAMÍLIA.....	59
ANEXO G – INFERÊNCIA ESTATÍSTICA RELATIVA AO GÉNERO.....	61
ANEXO I – TABELA COM VALORES NORMATIVOS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA.....	63
ANEXO J – INFERÊNCIA ESTATÍSTICA RELATIVA À COMPARAÇÃO COM OS VALORES NORMATIVOS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA.....	64

SCL-90-R

QUESTIONÁRIO DE 90 SINTOMAS¹ (SYMPTOM CHECKLIST 90 – REVISED)

DEROGATIS, L.R., Ph.D. (1977, 1983, 1994)

INSTRUÇÕES

Leia atentamente as frases que se encontram nas páginas seguintes. São frases que dizem respeito a problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor o descreve, ou seja, o grau com que este o afectou nas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). Não deixe nenhuma questão por responder.

OS RESULTADOS DESTA PROVA SÃO CONFIDENCIAIS

¹ Tradução Portuguesa experimental de Alexandra Anciães (2004) a partir da adaptação Espanhola de González de Riviera e colaboradores (1988).

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
1. Dores de cabeça					
2. Nervosismo ou tensão interior					
3. Pensamentos, palavras ou ideias repetitivas e não desejadas, que não lhe deixam a mente					
4. Sensações de desmaio ou tonturas					
5. Perda de desejo ou prazer sexual					
6. Ter a impressão de ser criticado pelos outros					
7. Ter a impressão que alguém pode controlar os seus pensamentos					
8. Ter a impressão que os outros são culpados da maioria dos seus problemas					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas					
10. Preocupado(a) com a sujidade, a falta de cuidado ou a desorganização					
11. Sentir-se facilmente irritado(a) ou zangado(a)					
12. Dores no coração ou no peito					
13. Medo da rua ou dos espaços abertos					
14. Falta de forças ou lentidão					
15. Pensamentos de acabar com a vida					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem					
17. Tremuras					
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança					
19. Falta de apetite					
20. Chorar facilmente					
21. Timidez ou sentir-se incomodado(a) perante o sexo oposto					
22. Ter a impressão de se sentir preso(a) ou apanhado(a) em falta					
23. Sentir medo súbito sem razão aparente					
24. Impulsos de raiva ou fúria que não consegue controlar					
25. Sentir medo de sair de casa sozinho(a)					
26. Sentimentos de culpa					
27. Dores no fundo das costas					
28. Sentir-se incapaz para terminar as tarefas					
29. Sentir-se só					
30. Sentir-se triste					
31. Preocupado(a) em demasia					

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
32. Não ter interesse por nada					
33. Sentir-se amedrontado(a)					
34. Melindrar-se facilmente					
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos					
36. Sentir que os outros não compreendem ou não vivem os seus problemas					
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si					
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem feitas					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração					
40. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago					
41. Sentir-se inferior aos outros					
42. Sentir dores nos músculos					
43. Sentir que é observado(a) ou comentado(a) pelos outros					
44. Dificuldades em adormecer					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
46. Dificuldade em tomar decisões					
47. Medo de viajar de carro, autocarro, metro ou comboio					
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta ar)					
49. Afrontamentos ou calafrios					
50. Evitar certos lugares, coisas ou actividades porque lhe causam medo					
51. Sensação de cabeça vazia					
52. Adormecimentos ou picadas (formigueiro) no corpo					
53. Sentir um nó na garganta					
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
55. Dificuldades de concentração					
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo					
57. Sentir-se tenso(a) ou aflito(a)					
58. Sentir as pernas ou os braços pesados					
59. Pensar na morte ou que vai morrer					
60. Comer demais					
61. Não se sentir à vontade quando é observado(a) ou falam a seu respeito					

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca 0	Pouco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremamente 4
------------	------------	--------------------	---------------	-------------------

	0	1	2	3	4
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios					
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
64. Acordar muito cedo de manhã					
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas acções como tocar, contar ou lavar-se					
66. Sono agitado ou perturbado					
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas					
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham					
69. Sentir-se muito embaraçado(a) junto a outras pessoas					
70. Sentir-se mal no meio de muitas pessoas, como em lojas ou cinema					
71. Sentir que tudo constitui esforço					
72. Ataques de terror ou pânico					
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos					
74. Envolver-se frequentemente em discussões					
75. Sentir-se nervoso(a) quando fica só					
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades					
77. Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com pessoas					
78. Sentir-se tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a)					
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor					
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer					
81. Gritar ou atirar coisas					
82. Medo de desmaiar em público					
83. Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si					
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o(a) incomodam bastante					
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros					
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora					
87. Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo					
88. Sentir-se distante ou sem intimidade com alguém					
89. Sentimentos de culpa					
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente					

CORRECÇÃO E PERFIL

SOMATIZAÇÃO (12)		OBSESSÃO-COMPULSÃO (10)		SENSIBILIDADE INTERPESSOAL (9)		DEPRESSÃO (13)		ANSIEDADE (10)	
ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO
1		3		6		5		2	
4		9		21		14		17	
12		10		34		15		23	
27		28		36		20		33	
40		38		37		22		39	
42		45		41		26		57	
48		46		61		29		72	
49		51		69		30		78	
52		55		73		31		80	
53		65				32		86	
56						54			
58						71			
						79			
Σ		Σ		Σ		Σ		Σ	

HOSTILIDADE (6)		ANSIEDADE FÓBICA (7)		IDEAÇÃO PARANÓIDE (6)		PSICOTICISMO (10)		ESCALA ADICIONAL (7)	
ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO
11		13		8		7		19	
24		25		18		16		44	
63		47		43		35		59	
67		50		68		62		60	
74		70		76		77		64	
81		75		83		84		66	
		82				85		89	
						87			
						88			
						90			
Σ		Σ		Σ		Σ		Σ	

TOTAL + + + + + + + + + +
SOM OBS INT DEP ANS HOS FOB PAR PSI Item Adic.
 12 10 9 13 10 6 7 6 10 7

PD

= / N° Itens = **PST** (Total Respostas Positivas)

GSI X 90 / **PST** = **PSDI** **→** **Converter em Pontuação T**

PD – Pontuação Directa

GSI – Índice Global de Severidade ou Gravidade

PST – Total de Sintomas Positivos

PSDI – Índice de Sintomas Positivos

PD													PD
PC	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI	T
99													75
97													70
95													67
90													63
85													60
80													58
75													57
70													55
65													54
60													53
55													51
50													50
45													49
40													47
35													46
30													45
25													43
20													42
15													40
10													37
5													34
PC	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI	T

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI
PC												
T												

ANEXO B – CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, tutor legal de _____, aceito que o meu educando participe no estudo acerca da existência de uma eventual relação entre saúde mental e estatuto socioeconómico em adolescentes.

Concordo que o meu educando participe neste estudo onde será passado um questionário de auto-preenchimento, completamente anónimo, que terá a duração de aproximadamente 15 minutos.

Este estudo é realizado no âmbito da conclusão do Mestrado Integrado em Psicologia, na especialidade de Psicologia Clínica e está sob a orientação do Prof. Doutor Eduardo Sá, professor no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Toda a informação recolhida será mantida em absoluta confidencialidade. Só serão publicadas as médias do grupo, sendo que apenas os profissionais que realizam o estudo terão acesso aos resultados individuais.

A participação do meu educando é absolutamente voluntária e autorizando agora a sua participação posso mudar de opinião a qualquer altura e suspender este consentimento.

O tutor _____ Data: ___/___/___

O educando _____ Data: ___/___/___

O investigador _____ Data: ___/___/___

ANEXO C – FOLHA PARA RECOLHA DE DADOS

A participação neste estudo é voluntária. Toda a informação recolhida será mantida em absoluta confidencialidade. Caso o estudo venha a ser publicado só serão publicados os resultados médios do grupo. Apenas os profissionais que realizam este estudo terão acesso aos resultados individuais. Obrigado pela sua colaboração.

1. Idade: _____ 2. Sexo: _____

3. Ano de escolaridade: _____

4. Tipo de família:

Tradicional Monoparental Outra

5. Profissão do pai:

Formação académica do pai:

Básico Secundário Superior Iltrado

6. Profissão da mãe:

Formação académica da mãe:

Básico Secundário Superior Iltrada

7. Já alguma vez consultou um técnico de saúde mental (psicólogo e/ou psiquiatra)?

Sim Não

8. Caso tenha respondido negativamente à questão anterior, alguma vez sentiu necessidade ou gostaria de ter consultado um técnico de saúde mental (psicólogo e/ou psiquiatra)?

Sim Não

ANEXO D – ANÁLISE DO ALPHA DE CRONBACH

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.868	12

```
RELIABILITY /VARIABLES=VAR00003 VAR00009 VAR00010 VAR00028  
VAR00038 VAR00045 VAR00046 VAR00051 VAR00055 VAR00065  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
```

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.813	10

```
RELIABILITY /VARIABLES=VAR00006 VAR00021 VAR00034 VAR00036  
VAR00037 VAR00041 VAR00061 VAR00069 VAR00073 /SCALE('ALL  
VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
```

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.899	9

```
RELIABILITY /VARIABLES=VAR00005 VAR00014 VAR00015 VAR00020  
VAR00022 VAR00026 VAR00029 VAR00030 VAR00031 VAR00032 VAR00054  
VAR00071 VAR00079 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
```

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.856	13

```
RELIABILITY /VARIABLES=VAR00002 VAR00017 VAR00023 VAR00033  
VAR00039 VAR00057 VAR00072 VAR00078 VAR00080 VAR00086  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
```

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.863	10

RELIABILITY /VARIABLES=VAR00011 VAR00024 VAR00063 VAR00067
VAR00074 VAR00081 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.850	6

RELIABILITY /VARIABLES=VAR00013 VAR00025 VAR00047 VAR00050
VAR00070 VAR00075 VAR00082 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.741	7

RELIABILITY /VARIABLES=VAR00008 VAR00018 VAR00043 VAR00068
VAR00076 VAR00083 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.822	6

RELIABILITY /VARIABLES=VAR00007 VAR00016 VAR00035 VAR00062
VAR00077 VAR00084 VAR00085 VAR00087 VAR00088 VAR00090
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.844	10

ANEXO E – INFERÊNCIA ESTATÍSTICA RELATIVA AO ESTATUTO SOCIOECONOMICO

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
		Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	.862
	Equal variances not assumed			1.824
Ansiedade	Equal variances assumed	.857	.358	2.980
	Equal variances not assumed			2.972
Ideação Paranóide	Equal variances assumed	.995	.322	.330
	Equal variances not assumed			.331
Amplitude Psicopatológica	Equal variances assumed	.116	.734	2.374
	Equal variances not assumed			2.376
Intensidade Sofrimento Psic	Equal variances assumed	.016	.901	1.980
	Equal variances not assumed			1.980

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
		Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	63
	Equal variances not assumed	62.045	.073	.27457
Ansiedade	Equal variances assumed	63	.004	.41693
	Equal variances not assumed	60.592	.004	.41693
Ideação Paranóide	Equal variances assumed	63	.743	.06770
	Equal variances not assumed	61.086	.742	.06770
Amplitude Psicopatológica	Equal variances assumed	63	.021	11.76705
	Equal variances not assumed	62.920	.021	11.76705
Intensidade Sofrimento Psic	Equal variances assumed	63	.052	.27712
	Equal variances not assumed	62.878	.052	.27712

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
			95% Confidence Interval of the Difference

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	.862	.357	1.820
	Equal variances not assumed			1.824
Ansiedade	Equal variances assumed	.857	.358	2.980
	Equal variances not assumed			2.972
Ideação Paranóide	Equal variances assumed	.995	.322	.330
	Equal variances not assumed			.331
Amplitude Psicopatológica	Equal variances assumed	.116	.734	2.374
	Equal variances not assumed			2.376
	Equal variances assumed	.016	.901	1.980
		Std. Error Difference	Lower	Upper
Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	.15089	-.02695	.57610
	Equal variances not assumed	.15052	-.02631	.57546
Ansiedade	Equal variances assumed	.13993	.13730	.69657
	Equal variances not assumed	.14030	.13634	.69752
Ideação Paranóide	Equal variances assumed	.20539	-.34274	.47814
	Equal variances not assumed	.20473	-.34166	.47706
Amplitude Psicopatológica	Equal variances assumed	4.95735	1.86057	21.67352
	Equal variances not assumed	4.95217	1.87067	21.66342
Intensidade Sofrimento Psic	Equal variances assumed	.13993	-.00250	.55675
	Equal variances not assumed	.13996	-.00257	.55681

Test Statistics^a

	Somatização	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Hostilidade	Ansiedade Fóbica
Mann-Whitney U	376.000	404.000	362.500	425.000	488.000
Wilcoxon W	937.000	965.000	923.500	986.000	1049.000
Z	-1.996	-1.629	-2.175	-1.358	-.531
Asymp. Sig. (2-tailed)	.046	.103	.030	.175	.595
Exact Sig. (2-tailed)	.046	.104	.029	.177	.600

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	
Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	.862	.357	1.820	
	Equal variances not assumed			1.824	
Ansiedade	Equal variances assumed	.857	.358	2.980	
	Equal variances not assumed			2.972	
Ideação Paranóide	Equal variances assumed	.995	.322	.330	
	Equal variances not assumed			.331	
Amplitude Psicopatológica	Equal variances assumed	.116	.734	2.374	
	Equal variances not assumed			2.376	
Equal variances assumed		.016	.901	1.980	
Exact Sig. (1-tailed)	.023	.052	.015	.088	.300
Point Probability	.000	.001	.000	.001	.002

a. Grouping Variable: ESE 2

Test Statistics^a

	Psicoticismo	Intensidade Somática Média
	Mann-Whitney U	375.000
Wilcoxon W	936.000	1010.500
Z	-2.011	-1.030
Asymp. Sig. (2-tailed)	.044	.303
Exact Sig. (2-tailed)	.044	.307
Exact Sig. (1-tailed)	.022	.153
Point Probability	.000	.002

a. Grouping Variable: ESE 2

ANEXO F – INFERÊNCIA ESTATÍSTICA RELATIVA À FAMÍLIA

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	.181	.672	-1.558
	Equal variances not assumed			-1.522
Intensidade Somática Média	Equal variances assumed	.062	.804	-1.542
	Equal variances not assumed			-1.487

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	63	.124	-.24320
	Equal variances not assumed	47.224	.135	-.24320
Intensidade Somática Média	Equal variances assumed	63	.128	-.18780
	Equal variances not assumed	45.210	.144	-.18780

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		95% Confidence Interval of the Difference		
		Std. Error Difference	Lower	Upper
Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	.15610	-.55514	.06874
	Equal variances not assumed	.15980	-.56464	.07824
Intensidade Somática Média	Equal variances assumed	.12181	-.43121	.05561
	Equal variances not assumed	.12628	-.44210	.06650

Test Statistics^a

	Somatização	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Hostilidade	Ansiedade Fóbica
Mann-Whitney U	287.000	418.500	311.500	384.500	447.000
Wilcoxon W	1107.000	1238.500	1131.500	1204.500	1267.000
Z	-2.875	-1.100	-2.545	-1.564	-.723
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004	.271	.011	.118	.470
Exact Sig. (2-tailed)	.004	.275	.010	.119	.475
Exact Sig. (1-tailed)	.002	.137	.005	.060	.237
Point Probability	.000	.001	.000	.001	.002

a. Grouping Variable: Tipo de Família

Test Statistics^a

	Psicoticismo	Ansiedade	Ideação Paranóide	Amplitude Psicopatológica	Intensidade Sofrimento Psic
Mann-Whitney U	340.500	374.500	387.500	316.500	342.500
Wilcoxon W	1160.500	1194.500	1207.500	1136.500	1162.500
Z	-2.155	-1.695	-1.521	-2.475	-2.124
Asymp. Sig. (2-tailed)	.031	.090	.128	.013	.034
Exact Sig. (2-tailed)	.031	.091	.130	.013	.033
Exact Sig. (1-tailed)	.015	.045	.065	.006	.017
Point Probability	.000	.001	.001	.000	.000

a. Grouping Variable: Tipo de Família

ANEXO G – INFERÊNCIA ESTATÍSTICA RELATIVA AO GÊNERO

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
		Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	1.324
	Equal variances not assumed			-2.264
Amplitude Psicopatológica	Equal variances assumed	1.296	.259	-3.189
	Equal variances not assumed			-3.151
Ideação Paranóide	Equal variances assumed	.061	.805	-1.673
	Equal variances not assumed			-1.669

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
		Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	63
	Equal variances not assumed	60.338	.027	-.33904
Amplitude Psicopatológica	Equal variances assumed	63	.002	-15.32448
	Equal variances not assumed	56.251	.003	-15.32448
Ideação Paranóide	Equal variances assumed	63	.099	-.33675
	Equal variances not assumed	61.704	.100	-.33675

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Obsessão-Compulsão	Equal variances assumed	.14895	-.63669	-.04140
	Equal variances not assumed	.14976	-.63858	-.03950
Amplitude Psicopatológica	Equal variances assumed	4.80587	-24.92824	-5.72072
	Equal variances not assumed	4.86385	-25.06699	-5.58197
Ideação Paranóide	Equal variances assumed	.20134	-.73909	.06560
	Equal variances not assumed	.20183	-.74023	.06674

Test Statistics^a

	Somatização	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiedade	Hostilidade
Mann-Whitney U	309.500	310.000	316.000	333.500	396.500
Wilcoxon W	805.500	806.000	812.000	829.500	892.500
Z	-2.859	-2.854	-2.775	-2.546	-1.722
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004	.004	.006	.011	.085
Exact Sig. (2-tailed)	.004	.004	.005	.010	.086
Exact Sig. (1-tailed)	.002	.002	.003	.005	.043
Point Probability	.000	.000	.000	.000	.001

a. Grouping Variable: Sexo

Test Statistics^a

	Ansiedade Fóbica	Psicoticismo	Intensidade Sofrimento Psic	Intensidade Somática Média
Mann-Whitney U	414.500	356.000	324.000	392.500
Wilcoxon W	910.500	852.000	820.000	888.500
Z	-1.495	-2.250	-2.666	-1.767
Asymp. Sig. (2-tailed)	.135	.024	.008	.077
Exact Sig. (2-tailed)	.137	.024	.007	.078
Exact Sig. (1-tailed)	.068	.012	.004	.039
Point Probability	.001	.000	.000	.001

a. Grouping Variable: Sexo

ANEXO I – TABELA COM VALORES NORMATIVOS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Tabela 2.8. Médias e desvios padrão das notas do SCL-90-R para os homens (n=107) e para as mulheres (n=195): * p<0.05; ** p<0.01; ***p<0.001.

	HOMENS	MULHERES	F
Somatização	0.55 (0.48)	0.85 (0.58)	20.79 ***
Obsessões Compulsões	0.98 (0.53)	1.12 (0.62)	4.10 *
Sensibilidade Interpessoal	0.73 (0.54)	0.95 (0.63)	9.10 **
Depressão	0.65 (0.45)	0.99 (0.64)	24.54 ***
Ansiedade	0.67 (0.48)	0.89 (0.59)	10.40 ***
Hostilidade	0.79 (0.60)	0.86 (0.64)	0.87 NS
Ansiedade Fóbica	0.29 (0.38)	0.48 (0.53)	10.82 ***
Ideação Paranóide	0.94 (0.56)	1.02 (0.68)	1.14 NS
Psicoticismo	0.40 (0.42)	0.51 (0.49)	3.89 *
Índice Geral Sintomas	0.66 (0.40)	0.87 (0.50)	13.66 ***
Número Sintomas Positivos	40.32 (20.54)	47.99 (20.19)	9.84 **
Índice Sintomas Positivos	1.42 (0.27)	1.54 (0.38)	8.65 **

ANEXO J – INFERÊNCIA ESTATÍSTICA RELATIVA À COMPARAÇÃO COM OS VALORES NORMATIVOS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Somatização	.160	31	.041	.864	31	.001
Obsessão-Compulsão	.190	31	.006	.949	31	.145
Sensibilidade Interpessoal	.148	31	.080	.877	31	.002
Depressão	.173	31	.019	.927	31	.036
Ansiedade	.142	31	.116	.904	31	.009
Hostilidade	.222	31	.000	.874	31	.002
Ansiedade Fóbica	.243	31	.000	.704	31	.000
Ideação Paranóide	.112	31	.200*	.940	31	.082
Psicoticismo	.175	31	.016	.875	31	.002
Amplitude Psicopatológica	.103	31	.200*	.976	31	.709
Intensidade Sofrimento Psic	.141	31	.116	.911	31	.014
Intensidade Somática Média	.164	31	.034	.864	31	.001

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Somatização	.128	34	.171	.966	34	.358
Obsessão-Compulsão	.129	34	.161	.980	34	.775
Sensibilidade Interpessoal	.119	34	.200*	.948	34	.108
Depressão	.105	34	.200*	.946	34	.096
Ansiedade	.101	34	.200*	.972	34	.509
Hostilidade	.168	34	.016	.849	34	.000
Ansiedade Fóbica	.223	34	.000	.868	34	.001
Ideação Paranóide	.111	34	.200*	.964	34	.308
Psicoticismo	.169	34	.015	.933	34	.039
Amplitude Psicopatológica	.091	34	.200*	.961	34	.265
Intensidade Sofrimento Psic	.109	34	.200*	.975	34	.609
Intensidade Somática Média	.111	34	.200*	.957	34	.197

a. Lilliefors Significance Correction

Test Statistics^c

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Somatização	.160	31	.041	.864	31	.001
Obsessão-Compulsão	.190	31	.006	.949	31	.145
Sensibilidade Interpessoal	.148	31	.080	.877	31	.002
Depressão	.173	31	.019	.927	31	.036
Ansiedade	.142	31	.116	.904	31	.009
Hostilidade	.222	31	.000	.874	31	.002
Ansiedade Fóbica	.243	31	.000	.704	31	.000
Ideação Paranóide	.112	31	.200 [*]	.940	31	.082
Psicoticismo	.175	31	.016	.875	31	.002
Amplitude Psicopatológica	.103	31	.200 [*]	.976	31	.709
Intensidade Sofrimento Psic	.141	31	.116	.911	31	.014
Intensidade Somática Média	.164	31	.034	.864	31	.001

a. Lilliefors Significance Correction

	Som_M - Somatização	Int_M - Sensibilidade Interpessoal	Dep_M - Depressão	Ans_M - Ansiedade	Hos_M - Hostilidade
Z	-1.137 ^a	-.020 ^a	-.931 ^a	-.333 ^a	-.039 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.256	.984	.352	.739	.969
Exact Sig. (2-tailed)	.262	.988	.359	.746	.973
Exact Sig. (1-tailed)	.131	.494	.180	.373	.486
Point Probability	.002	.004	.003	.004	.004

a. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^c

	Fob_M - Ansiedade Fóbica	Psi_M - Psicoticismo	Gsi_M - Intensidade Sofrimento Psic	Psdi_M - Intensidade Somática Média
Z	-.141 ^b	-1.502 ^a	-.936 ^a	-1.491 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.888	.133	.349	.136
Exact Sig. (2-tailed)	.893	.136	.357	.139
Exact Sig. (1-tailed)	.447	.068	.179	.069
Point Probability	.004	.001	.003	.001

- a. Based on positive ranks.
- b. Based on negative ranks.
- c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^b

	Hos_F - Hostilidade	Fob_F - Ansiedade Fóbica	Psi_F - Psicoticismo	Pst_F - Amplitude Psicopatológica
Z	-1.532 ^a	-.026 ^a	-2.969 ^a	-3.240 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.125	.979	.003	.001
Exact Sig. (2-tailed)	.128	.983	.002	.001
Exact Sig. (1-tailed)	.064	.492	.001	.000
Point Probability	.001	.003	.000	.000

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^b

	Gsi_F - Intensidade Sofrimento Psic	Psdi_F - Intensidade Somática Média
Z	-3.154 ^a	-2.850 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.004
Exact Sig. (2-tailed)	.001	.003
Exact Sig. (1-tailed)	.001	.002
Point Probability	.000	.000

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Obsessão-Compulsão	31	1.1442	.63564	.11416

One-Sample Test

	Test Value = .98			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Obsessão-Compulsão	1.438	30	.161	.16419

One-Sample Test

Test Statistics^b

	Gsi_F - Intensidade Sofrimento Psic	Psdi_F - Intensidade Somática Média
Z	-3.154 ^a	-2.850 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.004
Exact Sig. (2-tailed)	.001	.003
Exact Sig. (1-tailed)	.001	.002
Point Probability	.000	.000

a. Based on positive ranks.

	Test Value = .98	
	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper
Obsessão-Compulsão	-.0690	.3973

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ideação Paranóide	31	1.1235	.83230	.14948

One-Sample Test

	Test Value = .94			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Ideação Paranóide	1.228	30	.229	.18355

One-Sample Test

	Test Value = .94	
	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper
Ideação Paranóide	-.1217	.4888

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Psicoticismo	31	.6368	.61304	.11011

One-Sample Test

	Test Value = .40

Test Statistics^b

	Gsi_F - Intensidade Sofrimento Psic	Psdi_F - Intensidade Somática Média
Z	-3.154 ^a	-2.850 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.004
Exact Sig. (2-tailed)	.001	.003
Exact Sig. (1-tailed)	.001	.002
Point Probability	.000	.000

a. Based on positive ranks.

					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
Psicoticismo	2.150	30	.040	.23677	.0119	.4616

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Amplitude Psicopatológica	31	43.3226	21.81954	3.91891

One-Sample Test

	Test Value = 40.32			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Amplitude Psicopatológica	.766	30	.450	3.00258

One-Sample Test

	Test Value = 40.32	
	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper
Amplitude Psicopatológica	-5.0009	11.0061

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Intensidade Sofrimento Psic	31	.8445	.62056	.11146

One-Sample Test

	Test Value = .66			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference

Test Statistics^b

	Gsi_F - Intensidade Sofrimento Psic	Psdi_F - Intensidade Somática Média
Z	-3.154 ^a	-2.850 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.004
Exact Sig. (2-tailed)	.001	.003
Exact Sig. (1-tailed)	.001	.002
Point Probability	.000	.000

a. Based on positive ranks.

Intensidade Sofrimento Psic	1.656	30	.108	.18452
-----------------------------	-------	----	------	--------

One-Sample Test

	Test Value = .66	
	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper
Intensidade Sofrimento Psic	-.0431	.4121

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Somatização	34	1.1912	.63569	.10902

One-Sample Test

	Test Value = .85					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
Somatização	3.129	33	.004	.34118	.1194	.5630

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Obsessão-Compulsão	34	1.4832	.56521	.09693

One-Sample Test

	Test Value = 1.12
--	-------------------

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Obsessão-Compulsão		3.747	33	.001	.36324

One-Sample Test

	Test Value = 1.12	
	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper
Obsessão-Compulsão	.1660	.5604

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sensibilidade Interpessoal	34	1.3276	.74057	.12701

One-Sample Test

	Test Value = .95			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Sensibilidade Interpessoal	2.973	33	.005	.37765

One-Sample Test

	Test Value = .95	
	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper
Sensibilidade Interpessoal	.1193	.6360

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Depressão	34	1.2674	.66082	.11333

One-Sample Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean		
	Test Value = .99					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
Depressão	2.447	33	.020	.27735	.0468	.5079

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ansiedade	34	1.0994	.54147	.09286

One-Sample Test

	Test Value = .89					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
Ansiedade	2.255	33	.031	.20941	.0205	.3983

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ideação Paranóide	34	1.4603	.79069	.13560

One-Sample Test

	Test Value = 1.02			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Ideação Paranóide	3.247	33	.003	.44029

One-Sample Test

	Test Value = 1.02	
	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper
Ideação Paranóide	.1644	.7162