

DM
GALH.1


Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**O Adolescente que faz uma
Tentativa de Suicídio e o seu
Processo de Autonomia**

João Gonçalo Almeida Galhordas

Lisboa, Outubro de 2000

93

 ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Documentação

Registo: 14455
Data: 31/10/2003

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**O Adolescente que faz uma Tentativa de
suicídio e o seu processo de Autonomia**

João Gonçalo Almeida Galhordas

Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica

2000

Agradecimentos

Gostaria de Agradecer a todos os jovens que fizeram parte desta Amostra. Este Trabalho pretendeu conhecê-los cada vez melhor.

Gostaria de Agradecer ao Professor Eurico de Figueiredo, pela sua orientação, pelo interesse que mostrou neste trabalho e por me ter convencido a aumentar o número de instrumentos, permitindo assim uma avaliação mais aperfeiçoada e uma informação mais rica.

Agradeço a todas as pessoas do Núcleo de Estudos do Suicídio. Por tudo.

Os meus Agradecimentos à minha amiga Mafalda. Foste um Marco neste Trabalho e sem a tua ajuda na estatística ... e não só. Este Trabalho teria sido muito mais difícil.

Ao Professor Filipe, à Professora Carla Sales e aos outros professores da Escola Secundária de S. João do Estoril, pela disponibilidade e facilidade para a recolha da Amostra.

Ao Dr. Humberto Branco, pela sua disponibilidade para uma possível recolha da Amostra no Hospital Garcia de Horta.

Finalmente Agradeço também à minha família e aos meus amigos. Todos eles estiveram e estarão sempre presentes.

Resumo

Este Trabalho teve como objectivo estudar como é que os adolescentes que efectuaram uma tentativa de suicídio (Grupo Experimental) vivem o seu processo de autonomia e comparar estas vivências com o Grupo de Controlo, constituído por jovens que nunca fizeram uma tentativa de suicídio. Pretendeu-se confirmar as hipóteses de que, os jovens que tentavam o suicídio apresentavam valores mais baixos de Independência Conflitual, de Independência Ideológica, de Independência Emocional e de Independência Comportamental, que apresentavam valores mais elevados relacionados com as características de psicopatologia (nomeadamente de ansiedade e de depressão) avaliadas pelos três questionários utilizados; que existiram alguns acontecimentos de vida que poderiam predispor a este tipo de comportamento e que o suporte social era percebido por estes jovens como sendo mais limitado. Seleccionou-se uma amostra de jovens que efectuaram o comportamento suicidário, obtida através da Consulta do Núcleo de Estudos do Suicídio do Hospital de Santa Maria de Lisboa e de uma consulta privada e seleccionou-se uma amostra de adolescentes do Grupo de Controlo constituída por jovens que estudavam em escolas secundárias da Área Metropolitana de Lisboa. Utilizaram-se, um Inventário de Separação Psicológica (adaptação portuguesa do PSI de Hoffman, 1984), o Inventário de Beck, a Escala de ansiedade estado e de ansiedade traço -STAI-, o Questionário de personalidade Mini-Mult, um Inventário de Acontecimentos de Vida (adaptação portuguesa do LES, Sarason, Johnson & Siegel, 1978), um Questionário para obter informação de forma a se caracterizar a Amostra e um Questionário de Suporte Social. Os resultados obtidos permitiram encontrar diferenças significativas nos dois grupos,

no que diz respeito aos valores da Independência Emocional e aos valores de psicopatologia; tendo-se verificado a existência de acontecimentos de vida que poderão predispor a este comportamento e uma percepção mais limitada do suporte social nas pessoas do Grupo Experimental. Não foram encontradas diferenças significativas nos valores que dizem respeito à Independência Conflitual, à Independência Ideológica e à Independência Comportamental.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**O Adolescente que faz uma Tentativa de
Suicídio e o seu Processo de Autonomia**

João Gonçalo Almeida Galhordas

Licenciado em Psicologia- ramo de clínica

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Tese apresentada para a obtenção do grau de Mestre em

Psicopatologia e Psicologia Clínica

Professor Orientador: Professor Eurico de Figueiredo

2000

INDÍCE

Resumo

Índice

Índice de Quadros

Índice de Tabelas

Índice de Gráficos

Introdução	1
Parte I	4
<u>1. A Separação Individuação e o processo de autonomia na adolescência</u>	5
1.1. A Separação Individuação	5
1.1.1. Definição	5
1.1.2. As Sub-Fases do processo de Separação Individuação	6
1.1.3. Figuras de Apoio	7
1.2. O Processo de autonomia na adolescência	9
1.2.1. A adolescência e o processo de autonomia	9
1.2.2. A importância da infância no processo de autonomia na adolescência	13
1.3. As dificuldades no processo de autonomia na adolescência	15
<u>Resumo- A Separação Individuação e o processo de autonomia na adolescência</u>	18

<u>2. A tentativa de suicídio na adolescência</u>	19
2.1. A tentativa de suicídio na adolescência	19
2.1.1 A definição de tentativa de suicídio	19
2.1.2 Características da tentativa de suicídio na adolescência	21
2.1.3 Etiologia da tentativa de suicídio	22
2.2. A personalidade do adolescente que tenta o suicídio	23
2.2.1. Depressão	23
2.2.2. Ansiedade	24
2.2.3. Abordagem Psicodinâmica	25
2.3. Aspectos psico-sociais da tentativa de suicídio na adolescência	27
2.3.1. As relações familiares	27
2.3.2. Acontecimentos de vida	30
2.3.3. Aspectos sociais	31
2.4. Tratamento	33
2.4.1. A primeira abordagem	35
2.4.2. Abordagem psicoterapêutica individual	36
2.4.3. Intervenção com a família	37
<u>Resumo- A tentativa de suicídio na adolescência</u>	39
<u>3. . A tentativa de suicídio e o processo de autonomia na adolescência</u>	41
Parte II	44
<u>4. Definição do problema</u>	45
<u>5. Hipóteses</u>	47

Parte III	49
<u>6. Metodologia</u>	50
6.1. Definição da População	50
6.2. Definição da Amostra	51
6.3. A apresentação dos instrumentos	57
6.3.1. Inventário de Separação Psicológica	57
6.3.2. Inventário de Beck	58
6.3.3. STAI	61
6.3.4. Mini-Mult	63
6.3.5. Inventário de Acontecimentos de Vida	64
6.3.6. Questionário	65
6.3.7. Questionário Modificado de Suporte Social	66
6.4. Descrição do procedimento	66
6.5. Análise dos dados	69
Parte IV	71
<u>7. Apresentação dos resultados</u>	72
7.1. Comportamento que caracteriza a tentativa de suicídio	72
7.2. Prova <i>U</i> de Mann-Whitney para os valores de Independência	73
7.3. Prova <i>U</i> de Mann-Whitney para as características de psicopatologia	74
7.4. Acontecimento precipitante da tentativa de suicídio	77
7.5. Acontecimentos de vida vividos como extremamente negativos	78
7.6. Suporte Social	79
7.7. Análise complementar	87

Parte V	90
<u>8. Discussão e Conclusão</u>	91
Referências Bibliográficas	102
Anexo	

Índice de Quadros

<u>Quadro 1.</u> Comportamento que caracteriza a tentativa de suicídio	73
<u>Quadro 2.</u> Acontecimentos Precipitantes	78
<u>Quadro 3.</u> Acontecimentos de vida percebidos como extremamente negativos	79
<u>Quadro 4.</u> Afinidades mencionadas - Questionário de Suporte Social	80
<u>Quadro 5.</u> “Em que medida é que esta pessoa a faz sentir querida ou amada?”	81
<u>Quadro 6.</u> “Em que medida é que esta pessoa a faz sentir respeitada ou admirada?”	82
<u>Quadro 7.</u> “Em que medida pode confiar nesta pessoa?”	83
<u>Quadro 8.</u> “Em que medida esta pessoa concorda/apoia as suas ideias e pensamentos?”	85
<u>Quadro 9.</u> “Dinheiro Transporte Médico ou ajuda imediata”	86

Índice de Tabelas

<u>Tabela 1.</u> Comparação dos Valores de Independência em função dos grupos	74
<u>Tabela 2.</u> Comparação das características de psicopatologia em função dos grupos	77
<u>Tabela 3.</u> Comparação dos Valores de Independência em função do Sexo	87
<u>Tabela 4.</u> Comparação das características de psicopatologia em função do Sexo	89

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição da Amostra pelos dois grupos: Experimental e Controlo 51

Gráfico 2. Distribuição da Variável Sexo 52

Introdução

Em muitos casos é difícil escolher-se um tema para a realização de uma tese, ou porque o que nós pensamos estudar já foi diversas vezes estudado, ou porque o tema é difícil de ser estudado e trabalhado de uma forma prática, ou pelo facto de que o autor tem muitas ideias na cabeça mas tem dificuldade em defini-las ou especificá-las e por muitas outras razões que tornam sempre difícil o arranque de um trabalho deste tipo.

Neste caso havia já uma ideia da área a estudar -a tentativa de suicídio e a adolescência- e por várias razões:

- Porque o autor tinha terminado uma monografia de fim de curso nesta área e à qual gostaria de dar continuidade.

- Porque se encontrava a trabalhar nesta área, que constituía uma das mais importantes experiências pessoais e profissionais da sua prática clínica.

Pelo especial gosto deste trabalho, pois mais do que trabalhar a tentativa de suicídio, trabalha-se com pessoas jovens, trabalha-se com música, com namoros, desporto, saídas, discussões e entendimentos com os pais, estudos, vida escolar, trabalha-se com múltiplos aspectos que nos permitem reviver e viver e partilhar com estas pessoas o que elas vivem, o que nós já vivemos e o que estamos agora a viver com elas.

Também pelo gosto em trabalhar com uma excelente equipe multidisciplinar, constituída por excelentes pessoas e excelentes profissionais, que para sempre acompanharão o autor em toda a sua actividade clínica.

Desta forma e considerando todos estes factores de motivação; para além da experiência pessoal atrás referida, alguns trabalhos ajudaram a que conseguíssemos chegar a este tema em particular -o trabalho de Sampaio (1985), em que o autor estuda a tentativa de suicídio nos seus múltiplos aspectos; individuais, familiares e sociais; o trabalho de Fleming (1993), onde se estuda o processo de autonomia na adolescência; e o contacto com o Inventário de Separação Psicológica, adaptado à população portuguesa por Almeida, Dias e Fontaine (1996)-.

Assim decidimos estudar a tentativa de suicídio e o processo de autonomia na adolescência, pretendendo compreender como é que os jovens que têm este tipo de comportamento vivem o seu processo de autonomia e como este aspecto está associado a múltiplos factores que contribuem para essa vivência.

Este estudo está dividido em cinco partes:

A primeira parte, mais teórica, em que é feita uma revisão bibliográfica sobre a adolescência e a autonomia e sobre a tentativa de Suicídio, tentando-se também descrever como estes três conceitos estão interligados.

A segunda parte, onde é definido o problema e são colocadas as hipóteses.

Uma terceira parte, relativa à metodologia utilizada sendo descritos os vários instrumentos.

A quarta parte, em que são apresentados os diversos resultados desta investigação.

E finalmente a quinta parte, onde são feitas simultaneamente a discussão e a conclusão desta investigação, em que se colocam futuras hipóteses de investigação e onde se fazem alguns comentários à realização deste trabalho.

Parte I

1. A Separação Individuação e o processo de autonomia na adolescência

1.1. A Separação Individuação

1.1.1. Definição

“Referimo-nos ao nascimento psicológico do indivíduo como o processo de separação-indivuação: o sentimento do sentido de desligamento (ser destacado) do mundo real e da relação com esse mundo, particularmente no que diz respeito às experiências do próprio corpo do sujeito, e ao principal representante do mundo como a criança o experimenta, o objecto primário de amor” (ob.cit. pág 15).

É desta forma que Mahler, Pine e Bergman (1984) se referem ao processo de separação-indivuação, estes autores falam de separação, relacionando-a com a construção que a criança faz dentro de si própria do objecto de amor e indivuação, referindo-se ao investimento das funções do Ego -o desenvolvimento da locomoção, das capacidades perceptivas, das capacidades cognitivas e da representação que ela faz de si própria e do Self.

Trata-se de uma fase do desenvolvimento extremamente importante, em que pela primeira vez começa a aparecer de uma forma mais significativa uma identidade própria, diferenciada da outra pessoa e uma capacidade de autonomia, de controlo e de conhecimento de si própria e de controlo e de conhecimento do mundo que começam a ser marcantes.

1.1.2. As sub-fases do processo de Separação-Individuação

O processo de Separação-Individuação trata-se de um processo gradual que vai decorrendo ao longo do desenvolvimento da criança. Mahler, Pine e Bergman (1984) descrevem este processo, que se inicia a partir do 4º ou 5º mês de vida e que tem quatro sub-fases; fala também de duas fases -Fase Autística Normal e Fase Simbiótica- que caracterizam o funcionamento psicológico da criança nos primeiros meses de vida.

A Fase Autística Normal e a Fase Simbiótica são características da criança até sensivelmente ao 4º mês de vida. Desde o nascimento e ao longo das primeiras semanas, Mahler, Pine e Bergman descrevem o bebé como um sistema psíquico relativamente isolado¹ dos estímulos do mundo externo e capaz de se satisfazer autisticamente. Passadas umas semanas, fala-nos da Fase Simbiótica, na qual o bebé e a sua mãe funcionam como um sistema onipotente, como uma unidade dual dentro de uma fronteira comum. É um estado em que o bebé está indiferenciado e fundido com a mãe.

A partir sensivelmente do quarto a quinto mês de vida, os autores referem a primeira sub-fase do processo de Separação-Individuação -A Diferenciação e o Desenvolvimento da Imagem Corporal-, é nesta sub-fase que todos os bebés normais dão os seus primeiros passos em direcção à libertação, num sentido corporal da sua passiva condição de bebé de colo.

Dos 6 aos 8 meses, caracterizam o período inicial de treinamento, em que a criança inicia as suas explorações precoces, começando a estabelecer familiaridade

¹ Mahler, Pine e Bergman falam do bebé como estando relativamente isolado dos estímulos externos, na medida em que passa grande parte do seu tempo a dormir. No entanto não o descreve como

com um segmento mais amplo do mundo e revelando uma relativa despreocupação em relação à presença da mãe.

Esta relativa despreocupação em relação à presença da mãe, é, segundo Mahler, Pine e Bergman, por volta dos 15, 24 meses, substituída por uma preocupação aparentemente constante com o paradeiro da mãe, assim como pelo comportamento de aproximação activa. À medida que cresce uma consciência de separação, aumenta também a necessidade e o desejo de que a mãe partilhe com a criança cada uma das suas novas habilidades e experiências.

A quarta e última sub-fase, deverá terminar entre os 30 e os 36 meses e é descrita como sendo a fase da Consolidação da Individuação e do início da constância do objecto emocional. Nesta fase haverá uma dupla tarefa, por um lado atingir uma individualidade definida, que em certos aspectos poderá ser para toda a vida e, por outro lado a capacidade de obter um certo grau de constância objectal, isto é a capacidade de ligar as pulsões agressivas às pulsões libidinais e portanto a possibilidade da criança ter dentro de si representações inteiras, não clivadas, que lhe possibilitem um adequado processo de autonomia.

1.1.3. Figuras de apoio

Como tem vindo a ser referido por Mahler, Pine e Bergman (1984), todo este processo de desenvolvimento e crescimento não é feito de uma forma isolada, é

totalmente isolado, e sabe-se como hoje a ideia de total isolamento, cada vez vai tendo mais tendência a desaparecer. Veja-se como exemplo os estudos de Brazeltone e Graner (1989)

evidente que deveremos levar em consideração a existência de factores genéticos, essenciais para que esta evolução seja possível e que têm um papel muito importante na forma de como ela vai sendo moldada, mas os autoures têm vindo a destacar a existência de uma figura de apoio, que nos primeiros anos de vida é a mãe (ou o substituto materno) e que se torna essencial e determinante para todo este processo evolutivo.

A individualidade só será possível se a criança tiver a capacidade de obter uma constância objectal, se tiver dentro de si um objecto interno inteiro, não clivado, se conseguir interiorizar a imagem de uma mãe, que lhe sirva como figura de referência, como que um abastecimento para a sua autonomia e para o seu crescimento ao longo da vida.

Esta ideia da grande necessidade e da grande influência que uma figura de apoio terá, é também descrita por Bowlby (1996) (1998) e por Winnicott (1975) (1982).

Bowlby fala de um enorme equipamento comportamental no ser humano recém nascido que predispõe ao apego e ao vínculo, refere a capacidade que o bebé tem de voltar a cabeça e sugar, de agarrar, de balbuciar, de chorar, concentrando estes comportamentos essencialmente na mãe, que será a principal figura de apego. Os estados emocionais de uma criança, como a segurança ou a angústia, serão em grande parte determinados pela sua figura de apego, é ela que permite construir os principais alicerces da personalidade e que tem um papel essencial para a construção de uma personalidade estável e autoconfiante.

Winnicott (1975) (1982) destaca de igual modo o papel central que uma figura de apoio terá no desenvolvimento da personalidade; fâla-nos da mãe-suficientemente-

boa, que tem um papel fulcral na constituição e no desenvolvimento da personalidade e refere a capacidade de estar só, salientando que a criança só poderá estar mais sózinha e autónoma se tiver dentro de si a imagem de uma boa mãe, que a acompanhe, mesmo que não esteja presente.

Verificamos desta forma, que na infância, o processo de Separação-Individuação, o desenvolvimento e o crescimento da personalidade, são feitos em relação com o meio e em particular com as principais figuras de referência, as principais pessoas que estão à nossa volta e com quem nos relacionamos.

Esta ideia é central na infância, mas , de certo modo também será central ao longo de todas as fases da vida, sendo retomada com um especial destaque durante a adolescência.

1.2. O processo de autonomia na adolescência

1.2.1. A adolescência e o processo de autonomia

Quando procuramos no Dicionário de Português (1980) a definição para a palavra *adolescência*, verificamos que esta é definida como “Idade que se segue à puerícia. Mocidade, juventude”. (ob cit. Pág 89). Vemos que será uma fase da vida que tem o seu início bem definido -a puberdade-, em que as pessoas já não são crianças, mas também ainda não são adultos. Mas quando é que a adolescência termina é que será uma questão mais difícil de responder, o final da adolescência não terá uma

fronteira bem definida, será provavelmente sempre relativo e dele dependerão factores pessoais e sociais.

Com efeito, na sociedade ocidental, com o prolongamento do período de ensino e a longa dependência económica dos jovens em relação aos pais, a adolescência tem vindo a ser cada vez mais prolongada, sendo uma etapa que cada vez menos se define. Fleming (1993) refere que a partir dos séculos XIX e XX se passou a dar mais atenção às crianças e aos adolescentes. A adolescência que antes seria uma etapa transitória, transformou-se, nas sociedades industrializadas do ocidente, numa fase longa do ciclo de vida. Segundo a autora, será nesta fase que se darão inúmeros processos para que se passe de uma situação de imaturidade e dependência para uma situação de maturidade e independência; Matos (1991) defende também a ideia de que a adolescência é uma etapa de desenvolvimento, caracterizada por mudanças a nível interno, relacional e social, é uma fase da vida em que há uma discrepância entre o crescimento físico, mais rápido e o crescimento psicológico, mais lento. Deste modo, fará sentido considerarmos o final da adolescência, considerando as características do funcionamento psicológico, uma vez que de uma forma geral o crescimento fisiológico terá as suas fronteiras mais bem definidas.

Alguns autores que descrevem a adolescência parecem defender esta ideia e todos eles dão destaque à capacidade de se atingir a autonomia e ao complexo e progressivo percurso pelo qual o jovem passa, até que possa vir a ser jovem adulto, mais autónomo e maduro, considerando este processo como sendo uma das características essenciais da adolescência.

Blos (1985) sugere que durante a adolescência tem lugar um segundo processo de Separação-Individuação, conferindo a este processo de individuação um papel estruturador de todo o processo adolescente. Para si os objectivos desenvolvimentais desta segunda fase, serão a aquisição do Eu autónomo e com limites bem determinados, “ O que na infância é a ruptura da membrana simbiótica para se tornar uma criança individual (Mahler, 1963), torna-se na adolescência a perda das dependências familiares, o abandono dos laços objectais infantis”. (ob cit. Pág 163). Este segundo processo de desenvolvimento dar-se-á simultaneamente a nível individual e a nível relacional, através de uma reorganização do funcionamento psicológico do jovem de uma reformulação das suas relações familiares e do surgimento de relacionamentos mais intensos e frequentes fora da família.

Dias e Vicente (1984) referem o processo de desenvolvimento e de autonomia, falando dos vários processos de luto relacionados com as diversas etapas até que se atinja a vida adulta. O luto pela fonte de segurança, o luto em relação à mãe e ao pai, em relação à casa e à família, o luto pelo ideal do Eu, caracterizado pelo facto dos pais deixarem de ser referências ideais onnipotentes e onnipresentes, passando o Ideal a ser procurado no exterior, através por exemplo de grupos de música, actores ou o grupo de amigos. Luto renovado do objecto edipiano, em que o adolescente desinveste os aspectos edipianos dos pais, podendo reinvestir numa nova relação interna e externa com eles. Luto pela bissexualidade, fazendo-se agora uma escolha definitiva em relação à orientação sexual. E o luto pelo grupo, que estará relacionado com a capacidade de estar só, sem os amigos, sem a família, de estar só sem os outros².

² Podemos estar sós sem a presença física dos outros, mas a verdade é que só poderemos estar sós, se estivermos acompanhados pela presença dos outros dentro de nós, o que constitui o combustível essencial e inesgotável para a nossa vida.

Figueiredo (1985) salienta também esta ideia de um novo processo de Separação-Individuação e refere o conflito de gerações, como sendo essencial para o crescimento e para a maturidade do jovem.

Matos (1991) vê a adolescência como uma fase de transição e de afirmação. De transição, na medida em que o grupo aparece como ponte entre a família e a sociedade, sendo um tempo de aprendizagem quer a nível escolar e cultural e mais tarde técnico-profissional. De afirmação, referindo que o jovem irá adquirir uma identidade própria.

Fleming (1993) refere que esta transição de um estado de dependência e vulnerabilidade para um outro de autogoverno, é uma etapa de grande densidade emocional. O adolescente que até aí foi amplamente gratificado pela experiências vividas com os seus pais aparece com um desejo contraditório de se separar dos seus pais desejados. Sendo o principal cenário onde a mudança ocorre o cenário familiar, envolvendo pais e filhos numa teia complexa em que a problemática psicológica de ambas as partes se destaca. Para a autoura, a autonomia, estando ligada ao processo de individuação e de separação e à formação da identidade, trata-se de um aspecto central e que deverá ser levado em consideração, quando se faz uma reflexão sobre a adolescência.

Fleming realça alguns aspectos importantes neste processo de autonomia:

- A forma como os jovens percebem as atitudes e os sentimentos dos seus pais em relação a si próprios e que será ainda mais determinante do que as atitudes e os sentimentos reais que os pais têm em relação aos seus filhos.
- A idade, o sexo, a cultura e a família, que poderão influenciar o processo de autonomia.

-Considera que a capacidade de realização de autonomia está associada de forma positiva à percepção de amor e de forma negativa à percepção de hostilidade, o processo de autonomia não se deverá traduzir por uma quebra de laços afectivos aos pais, devendo-se fazer num quadro de relações calorosas e não conflituosas com estes.

Uma perspectiva semelhante têm Soares e Campos (1988), referindo que um bom processo de autonomia passa por uma boa relação com os pais, um sentimento de proximidade emocional e de afecto positivo, uma boa relação com estes proporcionará uma melhor adaptação psicológica a novas situações e uma maior competência social. Haverá assim uma influência recíproca no processo de autonomia, sendo esta construída num contexto de redefinição progressiva e de transformação das relações de vinculação do jovem.

1.2.2. A importância da infância no processo de autonomia na adolescência

A forma como é vivido o processo de autonomia durante a adolescência poderá estar intimamente relacionada com as experiências relacionais que tiveram lugar durante a infância, alguns autores referem que se deverá ter em consideração o que se passou antes da adolescência e que poderá ter um papel extremamente importante no que se está a passar nesta fase da vida.

Bowlby (1998) e Fleming (1993) falam da ligação que há entre as fases iniciais da vida, em que a personalidade é estruturada e a forma como é vivido o processo de Separação-Individuação durante a adolescência, Bowlby destaca ainda a importância

que a figura de apego tem na criança e também nos estados emocionais vivenciados pelo adolescente e pelo adulto.

Blos (1985) e Dias (1988) salientam que na adolescência o Ego fica enfraquecido face ao ressurgimento (relacionado com fantasias da infância que agora vão reaparecer com grande intensidade) e ao surgimento de pulsões, o que está relacionado com as modificações somáticas que se dão nesta idade. Para que o Ego se reorganize e se ajuste à puberdade, será necessário levar em conta o seu desenvolvimento nas fases que precedem a adolescência. Dias dá relevo à regressão pulsional, ao ressurgir de características da primeira infância e da lactância, que se manifestam na adolescência pelo aparecimento simultâneo de vivências orais (avidez, voracidade), anais (aparecendo na linguagem e nos menores cuidados higiênicos) e fâlicos (exibição e jogo) e pelo retomar da Separação-Individuação do início da vida, feita agora em relação às figuras parentais e ao ambiente familiar.

Parecem-nos fazer todo o sentido as ideias aqui referidas por estes autoures. De facto a infância será uma fase quase determinante para a personalidade de uma pessoa, é nela que se constituirão as bases para aquilo que sentimos, que pensamos e que fazemos. No entanto julgamos que será também importante não nos esquecermos das características da adolescência em si própria, da nova etapa de vulnerabilidade e de reorganização que ela constitui e das situações de desadaptação e de adaptação que ela só por si poderá proporcionar. Vejam-se a este respeito os trabalhos de Bergeret (1988), onde o autor fala da possibilidade que há de haver uma mudança e uma reorganização da estrutura da personalidade durante este período da vida.

1.3. As dificuldades no processo de autonomia na adolescência

Como temos vindo a referir, o processo de autonomia que se vive durante a adolescência, trata-se de uma situação complexa em que entram em jogo factores de ordem pessoal (psicológicos e biológicos) e de ordem social. Estamos certos que a maior parte dos jovens viverá esta mudança de uma forma saudável, tornando-a enriquecedora para si próprios e também para as pessoas que os rodeiam. No entanto, para uma pequena minoria dos adolescentes, esta nova situação poderá ser vivida de uma forma difícil, relativamente desadaptada, que lhes poderá causar sofrimento, a eles e às pessoas que lhes são próximas.

Se quisermos levar em consideração esta última ideia teremos de ter como referência, quer a importância que a infância e as relações que aí se dão têm neste processo, quer as características da própria adolescência, as situações novas, complexas e de alguma vulnerabilidade que ela poderá trazer aos jovens.

Bowlby (1990) (1998) (1998), Mahler, Pine e Bergman (1984), Dias (1988) e Matos (1991), referem a grande associação que há entre as relações que o ser humano tem durante a infância, a sua personalidade e a forma como vai viver a adolescência.

Bowlby (1998) refere que os estados de perturbação da primeira infância poder-se-ão constituir como os protótipos de inúmeras condições psicopatológicas dos anos posteriores, as relações nesta etapa da vida e em especial as relações com a figura de apego privilegiada terão um papel extremamente importante nos estados emocionais da criança e no futuro adolescente e adulto que ela virá a ser. Salienta ainda (1998) que “As reacções de luto comumente observadas nas primeira e segunda infância, têm muitas das características que constituem a marca do luto patológico no adulto” (ob cit

pág 12) e que julgamos que possam também estar associadas a vivências de tristeza e de depressão durante a adolescência.

Mahler, Pine e Bergman (1984) falam da origem da ansiedade de separação, que surge durante a fase de Separação-Individuação durante a infância e que se constituirá como um precursor para a ansiedade de separação que é vivida pelo adolescente e pelo adulto.

Dias e Matos afirmam que são as dificuldades estruturais dos adolescentes que poderão estar na origem de comportamentos desadaptados e de risco que estes poderão ter.

Estes e outros autores dão também importância às características da própria adolescência que poderá colocar um entrave a este processo de autonomia.

Blos (1985) salienta que a diferenciação psicológica que se dá no adolescente, provoca maior instabilidade psíquica, o que poderá levar a distúrbios emocionais mais ou menos graves, de carácter transitório ou permanente, sendo, portanto um período em que as dificuldades de adaptação ao meio são maiores.

Vários autores, Blos (1985), Marcelli e Braconnier (1984), Dias (1988), Matos (1991 e Fleming (1993), destacam o agir como um aspecto comum na adolescência, surgindo como uma forma de comportamento levada a cabo pelo jovem, que algumas vezes poderá ser pouco favorável, tendo em vista a boa adequação ao meio e a aquisição de uma identidade autónoma e relativamente adaptada.

Marcelli e Braconnier (1984) definem acto como uma conduta mais espontânea e menos reflectida, evocando uma espontaneidade e uma culpabilidade inconsciente e

acting out, sendo a forma de definir as acções com um carácter impulsivo, isolado, tomando uma forma auto e hetero-agressiva.

Todos estes autores ao analisarem os factores que favorecem o agir na adolescência, referem factores ambientais e factores internos ao próprio indivíduo.

Nos primeiros salienta-se a existência das famílias percebidas pelos jovens como sendo menos apoiantes, a maior interacção social e a existência de grupos que poderão contribuir para um aumento da tendência para o agir e como referem Sampaio e Santos (1997), a existência de determinados acontecimentos de vida -discussões com os pais, separação da/o namorada/o e más notas- que provocarão sentimentos de ansiedade e depressão que poderão ser expressos pela acção.

Quando falam dos factores internos, destacam essencialmente o Eu frágil do adolescente, com pouca capacidade em elaborar as pulsões e em tolerar a frustração, necessitando de acções de descarga, como é o agir, de forma a diminuir a angústia e a tensão.

Verificamos que muitos aspectos podem complicar o processo de autonomia. Dever-se-á levar em consideração toda a história pessoal do adolescente e será importante perceber as múltiplas vivências que constituem a adolescência, onde surgem as relações com os pais, com os namorados, na escola, com os amigos e essencialmente a relação do jovem consigo próprio.

Os múltiplos comportamentos de risco que o jovem pode tomar -como por exemplo a tentativa de suicídio- estão associados a todas estas situações e poderão ter um papel determinante na forma como o jovem vive a sua autonomia.

Resumo - A Separação-Individuação e o processo de autonomia na adolescência

O conceito de Separação-Individuação permite perceber como a criança atinge uma identidade própria, um maior controle e conhecimento de si própria e um maior controle e conhecimento do mundo que a rodeia. Para que a criança o consiga fazer deverá passar por várias etapas e é essencial, para que toda esta evolução corra bem, que haja uma figura de apoio (a mãe ou o substituto materno) que esteja presente, primeiro externamente e depois que a criança a possa interiorizar.

De certo modo, na adolescência, vai-se viver um segundo processo de Separação-Individuação, o que está intimamente relacionado com a aquisição da autonomia, com a capacidade que o jovem deverá ter de passar de uma fase de imaturidade e dependência, para uma fase de maior maturidade e de independência.

Para que este processo de aquisição da autonomia corra bem, dever-se-ão considerar as experiências relacionais na adolescência, destacando-se um bom entendimento e uma redefinição da relação com os pais, que deverá ser feita de uma forma recíproca, sem grandes conflitos.

Tanto as más experiências relacionais na infância, como as más experiências relacionais na adolescência, podem comprometer o processo de autonomia e estão associadas ao aparecimento de comportamentos de risco.

2. A tentativa de suicídio na adolescência

2.1. A tentativa de suicídio na adolescência

2.1.1. A definição de tentativa de suicídio

É comum no dia a dia ouvirmos alguém dizer -“...A tomou uns comprimidos, porque queria chamar a atenção do namorado...”-, ou então ouvimos -“...B fez um corte nos pulsos, queria-se matar...”.

A definição do que é uma tentativa de suicídio é complexa, pois trata-se de um fenómeno complicado de abordar, quer se leve em consideração o comportamento pelo qual se traduz, as circunstâncias em que ocorre ou se tome como referência a vontade, as ideias e o estado de consciência do indivíduo que a pratica. É que por um lado uma pessoa nunca quer morrer a 100%, há sempre nela uma hesitação, uma ambivalência, por um lado quer terminar com a vida, mas por outro quer viver, querendo na maior parte das vezes comunicar alguma coisa a alguém com este comportamento, mostrando essencialmente a vontade de mudar alguma coisa na sua vida. Outras vezes os comportamentos a que se chamam tentativas de suicídio poderão ser o resultado de alterações no estado de consciência, como acontece por exemplo numa situação de delírio ou alucinação numa personalidade psicótica, ou em alguém que ingere produtos tóxicos em demasia e tem um acidente porque se encontra desorientado ou é vítima de uma sobredosagem. No entanto podemos perguntar; mas uma pessoa que se mata devido a um delírio, não é ela o próprio agente da sua morte?

E o consumo excessivo de tóxicos, não é em si um comportamento de risco, que poderá levar outros comportamentos de risco que podem levar à morte? Será que a overdose é acidental ou é intencional, tendo a pessoa vontade de morrer?

Tratam-se de questões às quais é muito difícil dar respostas concretas, dependendo estas sempre da avaliação de cada caso individual.

Nos estudos que têm sido feitos tem havido alguma dificuldade em distinguir comportamentos de risco, para-suicídios e tentativas de suicídio. Ainda será difícil dizer qual será a definição mais correcta para cada um deles, mas se calhar o mais importante será perceber que se tratam de fenómenos que estão intimamente relacionados uns com os outros.

Saraiva (1999) não concorda com o termo tentativa de suicídio, referindo que na prática clínica se trata de uma expressão equívoca que abrange fenómenos um pouco diferentes, como é o caso do para-suicídio e do suicídio frustrado. Prefere usar o termo para-suicídio, (citando os trabalhos de Kreitman et al 1969), que define como “...um acto iniciado de livre vontade pelo próprio em que este se automutila ou toma uma dosagem que excede a dose terapêutica ou o seu habitual padrão de consumo, e que o indivíduo acredita ser farmacologicamente activa”. (ob. Cit. Pág 31).

Marcelli e Braconnier (1984) e Sampaio (1985) já concordam com este termo, dando uma definição semelhante. Marcelli e Braconnier fazem referência à tentativa de suicídio, como o desejo deliberado de morrer, pondo em cheque o suicídio. Sampaio apresenta algumas definições para a tentativa de suicídio, enunciando que esta engloba todo o acto não fatal de auto-mutilação ou de auto-envenenamento.

Mais tarde, Sampaio e Santos (1990) dão uma definição da tentativa de suicídio, associando-a à adolescência, considerando a “Tentativa de Suicídio

Adolescente (T.S.A.), todo o acto não fatal de auto-mutilação ou de auto-envenenamento deliberadamente executado por um indivíduo de 10 a 21 anos de idade". (ob. Cit. Pág. 2).

Será esta última definição a que utilizamos para este trabalho, até porque tem sido a que o autor tem tido como referência na sua prática clínica e na investigação que tem vindo a efectuar nesta área.

2.1.2. Características da tentativa de suicídio na adolescência

Alguns autores, Lehnert, Overholser e Spirito (1994), Ohring, Apter, Ratzoni, Weizman, Tyano e Plutchick (1996) e Ivarsson, Larsson e Gillberg (1998) consideram os comportamentos suicidários como característicos da adolescência e salientam que os suicídios estão entre as segundas e terceiras causas de morte nesta faixa etária. Referindo outros autores, Lewinsohn, Rohde e Seeley (1993), Halfon, Laget e Barrie (1995), Miller (1995) e Bronisch (1996), que se trata de um comportamento mais frequente nas raparigas, embora Gasquet e Choquet (1993) e Vannatta (1996) salientem que quando este comportamento é praticado por jovens do sexo masculino, manifesta-se de uma forma mais agressiva e coloca em risco o suicídio.

Correia (...), utilizando os dados de adolescentes que recorreram ao Núcleo de Estudos do Suicídio do Hospital de Santa Maria entre 1993 e 1999, destaca as seguintes características da tentativa de suicídio no adolescente:

- Jovem frequentemente do sexo feminino.

- Com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.
- A maior parte fazem a tentativa de suicídio em casa.
- Muitos jovens têm pessoas perto de si.
- A grande maioria efectua a tentativa de suicídio através de intoxicação medicamentosa, sendo a maior parte dos medicamentos psicofármacos, frequentemente ansiólíticos.

2.1.3. Etiologia da tentativa de suicídio

Nas últimas décadas, quando se aborda qualquer fenómeno na área da saúde mental, tem havido cada vez uma maior tendência para se pensar em várias causas, do que apenas numa única causa, que de uma forma linear iria só por si influenciar um acontecimento.

Esta ideia mantém-se quando se pretende abordar a tentativa de suicídio na adolescência.

Ao abordarem as causas da tentativa de suicídio, Sampaio (1985), Leenars (1997) e Saraiva (1999), falam de um acontecimento multideterminado, em que devem ser levados em conta factores de ordem biológica, psicológica e social. Estes autores e Botta (1981-1982), Soubrier (1981-1982), Hendin (1991) e Jacobs (1992), dão relevo ao contexto relacional em que este comportamento se insere, destacando tanto as relações que o jovem mantém consigo próprio, como as relações que ele tem em determinada sociedade e em determinada cultura.

2.2. A personalidade do adolescente que tenta o suicídio

2.2.1 Depressão

Uma das características de psicopatologia que mais está associada à tentativa de suicídio é a depressão, sendo frequentes os estudos que abordam esta relação.

Alguns autores, como são os casos de Zayas e Diche (1995), Maltzberger (1997), Fabião (1998) e Roberts, Roberts e Chen (1998), estudam a relação entre a tentativa de suicídio e a depressão e destacam os sentimentos de solidão, isolamento, confusão e baixa auto-estima como estando intimamente associados a estes comportamentos e Westefeld e Liddel (1994) referem mesmo que a depressão será o factor mais importante a considerar e que mais poderá colocar em risco o suicídio.

As diferenças existentes entre os sexos também são referidas; Zayas e Diche verificaram que as raparigas têm níveis de depressão superiores aos rapazes e que nestes a depressão está mais associada ao abuso de substâncias, Miller (1995), confirma esta tendência, segundo a autora as raparigas têm mais tendência a interiorizarem a agressividade, enquanto que os rapazes exteriorizam mais.

Sampaio e Santos (1990) não só associam a depressão à tentativa de suicídio, como também falam de sintomas clínicos da depressão que poderão surgir de uma forma mascarada. Dão como exemplos:

- Perturbações somáticas variáveis (gástricas, asmáticas, dermatológicas, etc...).
- Alexitimia (relacionada com sentimentos de aborrecimento).

-Acting out (fugas delinqüências, toxicomanias).

Tratam-se de sintomas que podem ter por trás uma depressão e aos quais os técnicos que intervêm nesta área deverão estar atentos, não se devendo cingir somente aos sintomas manifestos, mas também ao que poderá estar por trás.

2.2.2. Ansiedade

Os sintomas relacionados com a ansiedade também são descritos como estando fortemente associados à tentativa de suicídio. Lehnert, Overholser e Spirito (1994) e Ohring, Apter, Razoni, Wiezman, Tyano e Plutchik (1996), nos seus estudos falam desta associação e destacam a forte impulsividade que frequentemente aparece nesta conduta; falam de um estado de irritação interiorizado, envolvendo um estado de tensão. Os adolescentes que tentam o suicídio têm dificuldades para pensarem nas consequências das suas acções, têm maior irritação e menor controlo dos impulsos.

Ohring, Apter, Razoni, Weizman, Tyano e Plutchik (1996) caracterizam estes jovens como tendo níveis mais elevados de Ansiedade Estado e de Ansiedade Traço, do que os jovens que não tentam o suicídio, para estes autores, a existência de Ansiedade Traço poderá aumentar o risco de suicídário.

Bronisch (1996) fala de uma predisposição biológica, que está relacionada com traços de impulsividade e agressividade. O que vem demonstrar que existirão factores genéticos que poderão estar por trás da existência de ansiedade (e muito provavelmente também de depressão) neste indivíduos.

2.2.3. Abordagem Psicodinâmica

Os autores que estudam a tentativa de suicídio do ponto de vista psicodinâmico, referem também os sintomas de depressão e de ansiedade e tentam fazer uma abordagem compreensiva deste gesto.

Quando abordam a tentativa de suicídio na adolescência, têm em conta a vulnerabilidade do jovem nesta idade e a mudança que é exigida na sua vida, dão importância ao meio ambiente e às capacidades individuais do adolescente para melhor ou pior (como é o caso da tentativa de suicídio) se adaptar a ele. Alguns autores, Soubrier (1981-1982), Webber e Botta (1981-1982), Hendin (1991) e Matos (1991), referem a ideia de morte como estando iminente presente no jovem adolescente, que poderá ter necessidade de manipulá-la. Referindo também alguns autores, Marcelli e Braconnier (1984), Hendin (1991), Kernberg (1991), Matos (1991) e Jacobs (1992), que a depressão será uma das principais, senão mesmo a principal causa das tentativas de suicídio na adolescência.

Marcelli e Braconnier (1984) vêm a tentativa de suicídio na adolescência como resultado de um enorme estado de tensão e angústia, um estado de frustração, que em virtude da fraqueza dos mecanismos de defesa do sujeito se torna pouco tolerável, havendo um alívio desta situação através do acto. É uma insuficiente capacidade de secundarizar, de elaboração do imaginário que aqui surge e que está também relacionada com a enorme impulsividade que caracteriza o jovem adolescente. Esta insuficiência dos mecanismos de defesa vai impedir o trabalho de luto, essencial para o desenvolvimento do jovem na adolescência permitindo-o vivenciar e ultrapassar as diversas separações que vai viver nesta etapa.

Relacionam o gesto suicida à expressão de uma onnipotência. O gesto suicida irá corresponder à expressão de uma raiva narcísica ligada a fantasmas de onnipotência e de imortalidade, a raiva tem como objecto o próprio corpo, que representa o mau objecto primário com o qual o indivíduo se pretende identificar encontrando o seu amor. Os autores salientam as dificuldades de interiorizar, de mentalizar conflitos relacionados com a adolescência, assim os jovens recorrem a defesas “irreais”, onnipotentes, de carácter narcísico, que poderão por em risco a vida.

Matos (1991) tem uma posição semelhante, dando relevo ao facto do comportamento suicidário no adolescente surgir devido a um fracasso no seu desenvolvimento. Haverá uma visão negativa de si próprio, vindo eclodir sobre a forma de comportamento, é um gesto que visa a mudança “...organiza-se em volta do apelo e desafio quanto à dinâmica familiar e de fuga e renascimento na dinâmica intrapsíquica”. (ob. Cit. Pág. 132).

Para ele, a tentativa de suicídio revela um triplo fracasso, individual, familiar e social na realização de tarefas maturativas da adolescência. O facto do jovem não poder utilizar o pensamento, que ainda está em construção, e deste não servir de meio para resolver os conflitos, poderá levar a que o adolescente privilegie o acto, perante a dificuldade dos processos psíquicos dolorosos que tem dificuldade em elaborar.

Deste modo, para Matos, o comportamento vai então surgir como sintoma e consequência dos aspectos psicopatológicos subjacentes e a vulnerabilidade do adolescente nesta etapa da vida lança-o na procura do risco.

Hendin (1991) fala também da pouca tolerância à frustração, quando aborda o suicídio na adolescência. Salienta que no jovem o suicídio é muitas vezes visto como um escape a estados afectivos intoleráveis, como raiva, desespero e culpa, o jovem

teme os impulsos violentos que desintegram o Ego, tornando-se necessária uma mudança.

Segundo o autor, para o adolescente a morte poderá ter diversos significados:

- Renascimento e reunião.
- Permite a gratificação das fantasias do sujeito.
- Sentimento de onipotência, através da fusão com figuras poderosas.
- A divisão entre bom e mau objecto, sendo o suicídio uma forma de eliminar a parte má.

Este comportamento nos jovens vai ser uma forma de controlarem os factos que lhes descontrolam a vida, vai ser um modo de dialogarem com o seu conflito interno.

2.3. Aspectos psico-sociais da tentativa de suicídio na adolescência

2.3.1. As relações familiares

Como referimos no capítulo anterior, as relações do jovem com a família assumem uma grande importância nesta faixa etária. Nesta fase da vida haverá uma redefinição das relações do adolescente com os pais, que poderá ser feita de uma forma mais ou menos desadaptada e que será sempre influenciada pelas relações passadas dentro da família.

Em alguns estudos feitos sobre a tentativa de suicídio, verificou-se que em muitos destes jovens as relações com a família terão sido desadaptativas para os indivíduos, tendo havido inúmeros conflitos dentro do sistema familiar.

Vários autores referem a existência de conflitos familiares e a existência de relações perturbadas dentro da família.

Marcelli e Braconnier (1984), dão destaque ao ambiente familiar e aos conflitos aí surgidos; as separações, a ausência do pai ou de uma figura de autoridade, existência de antecedentes familiares patológicos, pais alcoólicos, pais que ingerem outras substâncias tóxicas, dando importância à repercussão que estes factores têm no sistema de relações existentes no seio da família.

Sampaio (1985) dá ênfase ao ambiente familiar do sujeito e às perturbações relacionais aí existentes, que a grande maioria das vezes estão por trás das tentativas de suicídio.

Wilde, Kienhorst, Diekstra e Wolters (1994) e Maltzberger (1997) salientam a falta de apoio familiar nestes jovens, referindo o último autor que este facto irá fazer com que procurem mais suporte e compreensão nas relações exteriores à família, face ao ambiente familiar turbulento, estes jovens poderão procurar mais as relações no exterior³.

Miller (1995) e Rey (1995) também abordam as complicações nas relações familiares. A primeira fala de situações de tentativa de suicídio e relacionam-na com os conflitos familiares e com a má definição de papéis dentro da família. O segundo, não

³ Embora não esteja directamente relacionado com este tema, o livro de Jorge Amado (1997) "Capitães da Areia", trata-se de uma obra prima, uma leitura que deverá ser indispensável e que permitirá ver, entre muitas outras coisas, como os jovens constituem uma "família fora da família".

aborda directamente as tentativas de suicídio, estudando como a falta de cuidados maternos está associada à depressão.

Saraiva (1999) destaca também a falta de cuidados por parte das figuras parentais, dizendo que os para-suicidas têm sentimentos de abandono ainda muito sentidos no presente e que a educação de muitos deles foi feita fora do ambiente familiar.

Gostaríamos de terminar esta parte referindo o estudo feito por Miller, sobre as características de uma família, na qual existiram tentativas de suicídio em várias gerações. A autora fala de características nesta família que estarão associadas à tentativa de suicídio:

- É uma família em que domina o matriarcado, os homens são um grupo periférico.

- As mulheres aparecem como prestadoras de cuidados e de serviços e esta característica aparece em muitas mulheres que tentam o suicídio.

- Esta ideia de dar e de receber está também muitas vezes ligada à tentativa de suicídio.

- As mulheres da família são controladoras, apresentam baixa auto-estima e as medidas de sucesso eram externas (locus de controlo externo). Verifica-se que quando as emoções se tornam difíceis de serem disfarçadas, então o suicídio poderá surgir como uma opção.

- Estas mulheres tinham um sentimento de impotência que tentavam disfarçar.

- Todas têm situações de rejeição, de abuso emocional e também de abuso físico, e todas têm más relações com homens.

- O falhanço nestas mulheres era vivido como uma catástrofe e despoletava a tentativa de suicídio.

2.3.2. Acontecimentos de vida

É muito frequente que uma tentativa de suicídio seja um comportamento reactivo face a determinado acontecimento que provocou sofrimento. O autor, na sua prática clínica tem encontrado muitas situações destas. Jovens que tomaram comprimidos (a grande maioria) depois de terem terminado um namoro ou de terem tido uma discussão com os pais; este acto surge com grande frequência pouco tempo depois (poucos dias depois, ou mesmo poucas horas após o acontecimento).

Vários autores estudaram os acontecimentos de vida que estão associados à tentativa de suicídio.

Malik (1988), Dinges e Duong-Tran (1993), Grosz, Zimmerman e Asnis (1995), Adam, Sheldon-Keller e West (1996) e Sampaio e Santos (1997) falam de vários conflitos parentais e referem situações de perdas parentais, como mortes e divórcios. Sampaio (1985), Maltzberger (1997) e Saraiva (1999), fazem referência a comportamentos suicidários dentro da família, considerando-os como um importante factor de risco.

Bettridge e Faureau (1995) e Zayas e Dyche (1995) salientam situações de maus tratos, de abuso físico e sexual.

Sampaio (1985), Sampaio e Santos (1997) e Saraiva (1999) fazem referência a rupturas afectivas que estão por trás destes comportamentos. Saraiva diz que se tratam

de fortes motivos que poderão levar aos comportamentos para-suicídários e que muitas vezes os conflitos com os namorados provocam sentimentos de humilhação, culpa, vergonha e rejeição.

Sampaio e Santos (1990) e Saraiva (1999) destacam ainda as situações de insucesso escolar que estão relacionadas com estes comportamentos.

Sampaio e Santos (1997) e Saraiva, parecem resumir a importância destes acontecimentos de vida, que deverão ser levados em consideração; Sampaio e Santos vêem os acontecimentos próximos da tentativa de suicídio adolescente como factores desencadeantes, Saraiva chama a atenção para o facto de que as pessoas que têm comportamentos para-suicidas, darem uma valorização mais dramática e intensa aos acontecimentos de vida negativos.

Desta forma verificamos que muitos destes acontecimentos de vida -conflitos com os pais, rupturas afectivas, insucesso escolar- são característicos da adolescência, do espaço relacional do adolescente e da sua tarefa de maturação nesta fase.

2.3.3. Aspectos sociais

Alguns autores dão importância a factores sociais e culturais.

Marcelli e Braconnier (1984), Sampaio (1985) e Matos (1991) referem que as tentativas de suicídio poderão existir devido a dificuldades de inserção do indivíduo em determinada sociedade.

Zayas e Diche (1995) falam de diversos factores contextuais, como a emigração⁴, mudança de trabalho, diferenças entre a antiga cultura e a moderna, aculturação à cultura dominante, valores tradicionais da cultura da infância que entram em conflito com a nova cultura e de baixo estatuto socio-económico.

Durkheim (1985), numa das suas grandes obras -“O Suicídio e a Anomia”-, fala de três formas de suicídio, associadas ao modo como o indivíduo se relaciona com a sociedade:

- O suicídio Egoísta, considerando que quando os laços que unem o homem à sociedade são fracos, são também fracos os laços que o unem à vida, havendo uma individualização excessiva, sem o recurso e o suporte da sociedade, o que poderá levar ao suicídio.

- Suicídio Altruísta, relacionado com uma individualização insuficiente, estando o indivíduo excessivamente ligado à sociedade e dependente dela.

- Suicídio Anómico, em que o estado de desregramento (anomia) de uma determinada sociedade, a crise que esta poderá passar, poderão co que esta deixe de ser uma base e uma referência para o homem, deixando-o como que desamparado e sem pontos de referência, o que poderá levar ao suicídio.

- Em relação a esta última forma de suicídio descrita por este autor, temos vindo a verificar, quer na prática clínica, quer em alguma investigação e em alguns estudos que temos feito na área da tentativa de suicídio e do suicídio em Portugal, que em algumas regiões do país a religião parece funcionar como um factor protector que

⁴ O autor lembra-se de uma consulta que fez no Núcleo de Estudos do Suicídio do Hospital de Santa Maria, a um jovem emigrante, que estava há dois anos em Portugal e que via como uma das principais razões para a sua tentativa de suicídio, o facto de não se conseguir ambientar ao nosso país e de ter saudades dos amigos que deixara na sua terra.

impõe normas e regras, impedindo de alguma forma que os indivíduos pretendam acabar ou acabem com a própria vida.

2.4. Tratamento

Numa tentativa de suicídio há sempre ambivalência -uma parte da pessoa que quer morrer e outra que quer viver - há que trabalhar sempre, reforçando a parte da pessoa que quer viver.

O autor considera que esta é a ideia mais importante e que todos deveremos ter dentro de nós quando pensármos em fazer uma intervenção psicoterapêutica nesta área.

Nas reuniões de discussão de casos do Núcleo de Estudos do Suicídio, entre muitas outras situações, recordamos duas que poderão ficar como uma referência.

A primeira tratava-se de uma jovem que tinha efectuado uma tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos e que deixou uma carta que dizia mais ou menos o seguinte -“...quando eu tomar os comprimidos, for para o hospital e não morrer, peçam ao médico que me deixe morrer...”

A segunda situação, tratava-se de um jovem, que se encontrava no parapeito de uma varanda para se atirar, mas que, hesitante, telefonou do telemóvel para a linha S.O.S. Voz Amiga e esteve mais de uma hora ao telefone com outra pessoa que

tentava conter o seu comportamento e agarrá-lo à vida. O jovem terá pago uma grande conta telefónica...mas salvou a vida.

Tratam-se de situações que retratam a grande ambivalência que existe nestas situações. Saraiva (1999), no seu trabalho fala desta importante característica.

Achámos, desta forma, que deveríamos começar por referir o aspecto que consideramos mais importante no tratamento da tentativa de suicídio.

Quando pensamos numa intervenção terapêutica nesta área, não o deveremos fazer sem considerar os múltiplos factores etiológicos que poderão estar associados a este comportamento e que já fizemos referência atrás.

Assim a abordagem terapêutica deverá ter componentes que visam uma intervenção psicoterapêutica individual, uma abordagem familiar, uma abordagem farmacológica e uma constante ligação com outros sectores (como por exemplo as escolas). Deve pois, ser uma forma de intervenção que privilegie a multidisciplinaridade⁵, tão importante na saúde mental dos nossos dias e que nesta área faz todo o sentido.

⁵ O autor considera que o psicólogo deverá, acima de tudo, privilegiar a relação terapêutica com os seus clientes. Mas não se deve esquecer, que cada vez mais se deve estar em ligação com outros técnicos que também tentam contribuir à sua maneira para ajudar a pessoa...deveremos ser como músicos numa grande orquestra.

2.4.1. A primeira abordagem

Para se poder ajudar um jovem que fez uma tentativa de suicídio, é essencial que se comece por perceber o contexto em que aquele comportamento ocorreu e o significado que tem para a pessoa.

A folha de triagem (primeiras consultas) do Núcleo de Estudos do Suicídio, leva esta ideia em consideração, pretendendo recolher a informação que nos permita conhecer a pessoa que está por trás deste comportamento.

Assim, tenta-se perceber como foi a tentativa de suicídio (por exemplo, ingestão de medicamentos, corte de pulsos, defenestração), em que local é que se deu este comportamento (casa, escola, rua) e quem estava por perto (pais, namorado/a, amigos, ninguém). Tenta-se perceber se já existiram tentativas de suicídio anteriores e se já tinha sido feito algum aviso prévio⁶ (verbal ou por carta) e compreender como é que a pessoa explica o gesto.

Pretende-se também obter informação sobre o meio familiar, sobre quem acompanha o jovem à consulta e se já existiram suicídios ou tentativas de suicídio na família (esta informação é muito importante, pois considera a forte influência contextual que este comportamento tem).

⁶ Será importante não nos esquecermos que muitas vezes a comunicação que os jovens nos fazem sobre este tipo de comportamento, poderá ser feita de uma forma pouco manifesta e pouco explícita; sendo extremamente importante que possamos estar atentos a sinais mais implícitos, que nos poderão dar algumas pistas.

Pergunta-se ainda o que é que o jovem gostaria de mudar⁷ nas diversas áreas da sua vida (exemplo: no seu corpo, relação com namorado/a, relação com os pais, relação com os amigos, relação na escola).

Toda esta informação poderá permitir fazer um diagnóstico de forma a que se efectue uma intervenção terapêutica adequada, seleccionando-se as diversas áreas de ajuda -psicoterapia individual, intervenção com a família, intervenção com psicofármacos, ligação com a escola e com a comunidade-.

2.4.2. Abordagem psicoterapêutica individual

Sampaio e Santos (1990) referem que uma intervenção psicoterapêutica individual deverá considerar os princípios da intervenção na crise:

- Duração breve (10-12 sessões)
- Intervenção intensiva (curtos intervalos entre as sessões)
- Dirigida a resolução de problemas concretos discriminados na avaliação.
- Descoberta de novas estratégias para fazer face aos problemas quotidianos.
- Possibilitar a expressão de emoções, como por exemplo sentimentos de hostilidade, culpabilidade e receios de separação.

Catenaccio (1995) salienta também a importância de uma intervenção na crise, sendo por vezes necessária uma intervenção medicamentosa, a supervisão e discussão de casos e uma co-terapia.

⁷ Será que a tentativa de suicídio não revela mais a vontade de querer mudar do que a vontade de querer morrer?

Outros autores, Grosz, Zimmerman e Asnis (1995), Jobes (1995), Kahn, Prowda, Trautman (1995) e Zimmerman (1995) não falam em limite de tempo para a intervenção, mas focam aspectos essenciais, como o estabelecimento da aliança terapêutica, ajudar o jovem a lidar com a perda, com a impulsividade e com a pouca tolerância à frustração e ajudando-o a encontrar alternativas dentro dele e também um suporte familiar e social de forma a poder lidar melhor com a situação e a evoluir no percurso de desenvolvimento ao longo da sua vida.

Jobes (1995) destaca também numa intervenção psicoterapêutica individual os sentimentos e emoções que se vivem dentro da aliança terapêutica, como são os aspectos transferenciais e contratransferenciais, destacando a atenção que o psicoterapeuta deverá ter às suas reacções face a questões como a morte e aos comportamentos do adolescente que lhe poderão provocar ansiedade.

Aronson (1995) e Scheidlinger (1995) falam da importância de uma abordagem psicoterapêutica de grupo, dizendo que nestes casos todos os adolescentes se poderão sentir familiarizados com a situação, podendo haver mais confronto e mais suporte, diminuindo-se os sentimentos de depressão.

2.4.3. Intervenção com a família

Sampaio e Santos (1990), Catenaccio (1995), Zimmerman e La Sorsa (1995) referem a importância de uma intervenção psicoterapêutica com a família de forma a que se possa compreender o funcionamento do sistema familiar, podendo-se redefinir o

papel do jovem nesse sistema, ajudando-se assim toda a família a evoluir num processo de desenvolvimento e de maturação e, como salienta Zimmerman e La Sorsa ajudar o jovem no seu processo de separação, autonomia e crescimento.

A abordagem terapêutica nestas situações é multideterminada e poderá ser feita de múltiplas formas.

Caberá ao psicólogo saber seleccionar qual o tipo de abordagem mais indicada, fazer os encaminhamentos que forem necessários e estabelecer uma ligação com os técnicos e com as pessoas que forem precisos.

Resumo - A tentativa de suicídio na adolescência

A definição do termo - tentativa de suicídio - é complexa, englobando diversos factores que devem ser levados em consideração, como o comportamento, o contacto e a vontade e a consciencia do sujeito. Optámos pela definição dada por Sampaio e Santos (1990) que referem a “tentativa de suicídio adolescente (TSA), todo o acto não fatal de auto-mutilação ou de auto-envenenamento deliberadamente executado por um indivíduo de 10 a 21 anos de idade” (ob.sit.pág...).

Quando abordámos as características deste comportamento na adolescência verificou-se que é essencialmente praticado por adolescentes do sexo feminino, que a prática mais comum é a intoxicação medicamentosa e que o acto é a maior parte das vezes praticado em casa e com alguém na proximidade.

Para que possamos compreender o que está por trás de uma tentativa de suicídio considerámos vários aspectos, quer em relação à personalidade do jovem. Como em relação aos seu meio familiar e social e aos seus acontecimentos de vida.

Quando falámos das características da personalidade considerámos os níveis de depressão e de ansiedade e algumas características mencionadas pela abordagem psicodinâmica, que salienta as dificuldades em mentalizar e tolerar a frustração, com a utilização de mecanismos de defesa mais desadaptativos que privilegiam a passagem ao acto.

Ao referirmos os factores psico-sociais, salientámos o contexto social onde o indivíduo vive e as relações familiares desadaptativas, com conflitos que muitas vezes já vêm desde o passado.

Considerámos também determinados acontecimentos de vida, como conflitos com os pais, perda de pessoas significativas, roturas afectivas e insucesso escolar, a tentativa de suicídio poderá assim ser vista como um comportamento reactivo a determinada situação.

Desta forma, sendo este um comportamento que tem por trás múltiplos factores etiológicos, o tratamento dever-se-á constituir numa abordagem multidisciplinar, englobando uma abordagem individual (com destaque para a relação terapêutica e para a ambivalência do jovem), familiar, farmacológica e a ligação com vários sectores (como por exemplo as escolas) que são espaços significativos da vida relacional do adolescente.

3. A tentativa de suicídio e o processo de autonomia na adolescência

Como temos vindo a referir, na adolescência passa-se de uma fase de imaturidade e dependência para uma situação de maturidade e independência. Em condições normais é uma etapa que permite o crescimento e a evolução do jovem, o que requer uma reorganização do funcionamento psicológico, tanto a nível pessoal como a nível das relações com a família e fora dela.

Segundo Blos (1985), trata-se de um segundo processo de Separação-Individuação. O adolescente passa por diversos lutos associados tanto a mudanças internas como a mudanças na relação com a família e com as pessoas fora dela, que a pouco e pouco vão adquirindo cada vez mais importância. Estes lutos poderão causar situações de conflito, de tristeza e de alguma desorganização, mas que a maior parte das vezes consegue ultrapassar de uma forma equilibrada e adaptada, permitindo-lhe crescer e ir consolidando a sua identidade.

Para que esta situação seja possível dever-se-ão considerar as experiências relacionais do passado e desta fase actual que parecem ter um papel muito importante no desenvolvimento deste processo de autonomia.

Em alguns casos, relações perturbadas na infância vão estar associadas às perturbações na adolescência, como são os casos da depressão e da passagem ao acto. Os comportamentos de risco que o jovem pode ter estão associados a estas dificuldades e poderão ter um papel importante na forma como ele viveu a autonomia, podendo comprometer este processo.

A tentativa de suicídio é uma característica da adolescência e está intimamente associada a todo o contexto relacional desta etapa da vida. Este comportamento, como Matos (1991) refere, poderá representar um triplo fracasso: individual, familiar e social, na realização das tarefas maturativas da adolescência, podendo comprometer o desenvolvimento equilibrado e adaptado de todo o processo de autonomia do jovem.

Alguns autores falam desta relação entre a tentativa de suicídio e o processo de autonomia na adolescência, destacando as vivências que se dão neste período da vida e as vivências passadas na infância que tiveram papel significativo.

Kaplan e Worth (1993) vêem a tentativa de suicídio adolescente como uma falha no desenvolvimento e na tarefa de Separação-Individuação, o indivíduo terá pouca capacidade para se diferenciar, o que não se passa numa situação normal, esperando-se que uma pessoa seja capaz de passar de uma fase em que não há vinculação nem diferenciação para uma fase em que há vinculação e capacidade de diferenciação.

Jobes (1995 citando Blanck e Blanck 1974) fala do suicídio como o desejo para voltar a um estado de simbiose, permitindo resolver problemas de Separação-Individuação. A tentativa de suicídio surge num período de desenvolvimento crítico, quando desejos de autonomia e independência paradoxalmente entram em conflito com desejos de dependência e de continuar a fazer parte da família, sendo muito importante levarem-se em consideração as relações parentais e as suas influências.

Zimmerman e La Sorsa (1995) dizem que a tentativa de suicídio poderá ser compreendida como uma tentativa para resolver um problema de desenvolvimento que não tem solução. A solução está numa renegociação das relações que permita ao adolescente evoluir até a vida adulta, mantendo relações com a família.

Adam, Sheldon-Keller e West (1996) parecem de igual modo apoiar estas ideias, quando falam do attachment nestas situações, referindo que os jovens com uma resposta desorganizada e que não resolveram as situações traumáticas de attachment são mais propícios a tentarem o suicídio. Na ideia dos autores, a segurança do attachment, um attachment mais autónomo, diminuirá o risco de suicídio.

Fabião (1998) refere que a individuação é uma das tarefas da adolescência, significando em alguns casos o fim de sonhos da infância, sendo acompanhada de sentimentos de isolamento, solidão e confusão. Para a autora, em muitas famílias de adolescentes que tentam o suicídio, parece que não existiu uma adequada elaboração das fases de Simbiose e Separação-Individuação, descritas. O adolescente com os seus lutos reactiva conflitos ligados a essa fase facilitando a regressão. A falta de simbiose, tão importante para a introjeção de vínculos bons, impedirá posteriormente uma separação adequada.

Sampaio e Santos (1990), parecem de certa forma neste trabalho resumir o que aqui se tem falado. Os autores dizem que este comportamento se insere no fracasso do processo de desenvolvimento do adolescente em crise, exigindo uma avaliação global rigorosa, devendo conduzir a uma intervenção eficaz que possibilite ao jovem e ao seu sistema relacional encontrarem outras alternativas existenciais.

Poderemos concluir que a tentativa de suicídio e o processo de autonomia são fenómenos que estão intimamente relacionados. Pensamos que será importante poder estudá-los de forma a que melhor os possamos compreender e a podermos estar mais próximos destas pessoas.

Parte II

4. Definição do problema

Até agora, falámos da adolescência e das suas características, dando destaque ao processo de autonomia em que se dá a nova vivência da fase de Separação-Individuação e dos múltiplos aspectos que lhe estão associados, tanto da relação do jovem consigo próprio como da sua relação com os pais e com outras pessoas significativas. E temos salientado que nas situações de tentativa de suicídio vários obstáculos, relacionados com a personalidade do adolescente, com o seu ambiente familiar e social e com os seus acontecimentos de vida, poderão estar a perturbar este processo.

Desta forma, pensamos que será importante estudarmos o modo como o adolescente que tenta o suicídio vive este processo de autonomia, como é que consegue realizar este processo de separação (que é essencialmente feito em relação aos pais), e como é que factores da personalidade, do meio social e dos acontecimentos de vida estarão associados a este comportamento. Será importante compararmos todas estas vivências com as de pessoas que nunca tenham tido este comportamento auto-destrutivo, de forma a que melhor possamos compreender o que está por trás deste acto e que factores poderão contribuir para que tal se realize.

Parece-nos então pertinente que coloquemos as seguintes questões:

* Será que os adolescentes que tentam o suicídio vivem o processo de separação psicológica com maiores dificuldades de independência do que os adolescentes que não tentam o suicídio?

* Haverá características de psicopatologia nos adolescentes que tentam o suicídio, que não existirão nos jovens que não tiveram este comportamento?

* Poderão alguns acontecimentos de vida estar associados à tentativa de suicídio?

*Poderão alguns aspectos do meio social ter influência neste comportamento?

5. Hipóteses

Face ao problema que definimos, aos objectivos do nosso estudo e às questões que colocámos, iremos destacar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 - A Independência Ideológica nos jovens que tentam o suicídio é significativamente menor do que nos jovens que não tentaram o suicídio.

Hipótese 2 - A Independência Conflitual nos jovens que tentam o suicídio é significativamente menor do que nos jovens que não tentaram o suicídio.

Hipótese 3 - A Independência Emocional nos jovens que tentam o suicídio é significativamente menor do que nos jovens que não tentaram o suicídio.

Hipótese 4 - A Independência Comportamental nos jovens que tentam o suicídio é significativamente menor do que nos jovens que não tentaram o suicídio.

Hipótese 5 - Haverá características de psicopatologia, especialmente relacionadas com a depressão e ansiedade, que se destacam significativamente dos jovens que não tiveram este comportamento.

Hipótese 6 - Existirão alguns acontecimentos de vida que poderão funcionar como factores precipitantes da tentativa de suicídio.

Hipótese 7 - Os adolescentes que tentam o suicídio percebem o seu suporte social como sendo mais limitado do que os adolescentes que não tentaram o suicídio.

Parte III

6. Metodologia

Nesta parte do trabalho caracteriza-se a população e a amostra e descreve-se o procedimento adoptado na recolha dos dados. Para além disso, faz-se uma descrição dos instrumentos utilizados e apresenta-se a estratégia seguida na apresentação e tratamento dos dados.

6.1. Definição da População

Esta investigação tem como objectivo estudar como o adolescente que tenta o suicídio vive o seu processo de autonomia. Como tal, optámos por utilizar adolescentes com idades compreendidas entre os 16 e os 21 anos⁸, pois trata-se de uma fase mais avançada desta etapa da vida, em que as questões da independência das características de psicopatologia e dos acontecimentos de vida mais se parecem destacar.

Tomámos também como referência alguns trabalhos, nomeadamente de Sampaio e Santos (1997) e de Correia (2000), onde se fala da idade média da população que frequenta o Núcleo de Estudos do Suicídio, que é de 17 anos e da investigação feita por Ohring, Apter, Ratzoni, Weizman, Tyano e Plutchik (1996), em que os autores referem que os comportamentos suicidários no sexo feminino se dão essencialmente entre os 15 e os 19 anos.

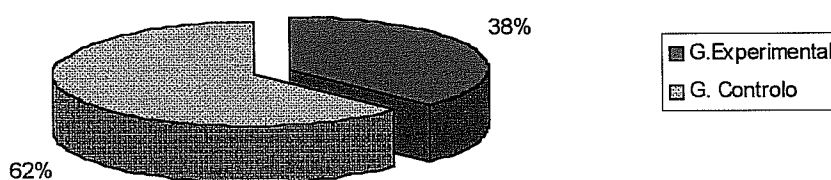
⁸ Com a excepção de dois jovens do Grupo Experimental, uma jovem do sexo feminino com 15 anos e um jovem do sexo masculino com 22 anos.

Optámos por utilizar jovens tanto do sexo feminino como do sexo masculino, pois achámos que desta forma a informação obtida poderá vir a ser mais enriquecida, podendo-se eventualmente vir a estabelecer comparações entre os sexos. No entanto, como se poderá verificar na definição da amostra, neste aspecto encontrámos algumas dificuldades, pois o número de adolescentes do sexo feminino que praticam este comportamento é muito superior aos do sexo masculino.

6.2. Definição da Amostra

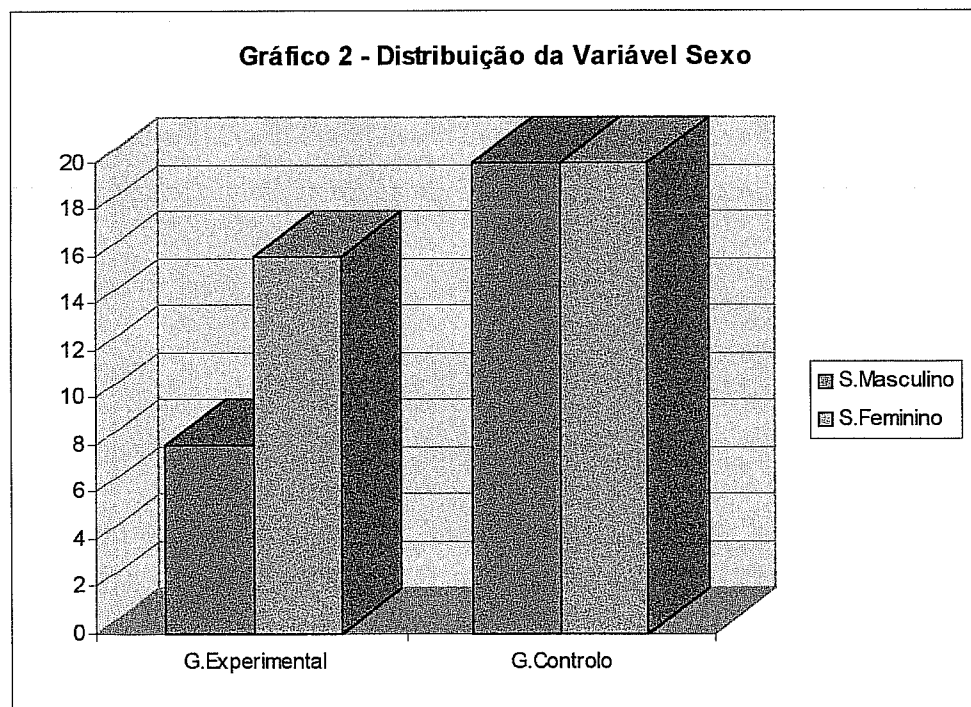
A Amostra que utilizámos para este trabalho é constituída por 64 indivíduos divididos em dois grupos. Um Grupo Experimental com 24 sujeitos e um Grupo de Controlo com 40 sujeitos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da Amostra pelos dois Grupos: Experimental e Controlo



A média de **Idade** encontrada para o conjunto destes jovens é de 18 anos, variando entre os 15 e os 22 anos ($M = 17,96$; *mínimo* = 15; *máximo* = 22). O Grupo Experimental apresenta idades que variam entre os 15 e os 22 anos, situando-se a média nos 18 anos ($M = 17,95$; *mínimo* = 15; *máximo* = 22). No caso do Grupo de Controlo, este apresenta uma média de idades que se situa igualmente nos 18 anos, variando entre os 16 e os 20 anos ($M = 17,97$; *mínimo* = 16; *máximo* = 20).

Em relação ao **Sexo** (Gráfico 2) temos nos dois grupos 28 indivíduos do sexo masculino (44%) e 36 indivíduos do sexo feminino (56%). No Grupo Experimental temos 8 sujeitos do sexo masculino (33%) e 16 do sexo feminino (67%). O Grupo de Controlo é constituído por 20 sujeitos do sexo masculino (50%) e por 20 sujeitos do sexo feminino (50%).



As pessoas da nossa amostra **estudam** na sua maior parte no 12^a ano, 41 jovens (67%). Estudando no 12^o ano, 9 do Grupo Experimental (38%) e 32 do Grupo de Controlo (80%). Temos ainda 5 alunos do 11^o ano, 4 no Grupo Experimental e 1 no Grupo de Controlo. 4 alunos do 10^o ano no Grupo Experimental. 5 alunos do 9^o ano e 2 do 8^o ano no Grupo de Controlo, e temos no Grupo Experimental 5 alunos do Ensino Universitário, 4 que frequentam o 1^o ano e 1 a frequentar o 2^o ano.

Quanto ao **Estado Civil**, verificamos que os 64 jovens (100%) são solteiro

À questão “**Se têm pai e mãe vivos**”, os 64 jovens (100%) respondem que sim.

Quanto à questão “**Se o pai e a mãe vivem juntos**”. Nos dois grupos, 46 jovens dizem que sim (72%) e 18 dizem que não (28%). No Grupo Experimental 19 jovens dizem que sim (79%) e 5 dizem que não (21%). Em relação ao Grupo de Controlo 27 jovens dizem que sim (68%) e 13 dizem que não (32%).

Quando perguntamos “**Com quem vivem**”. Verifica-se que nos dois grupos a maioria vive com os pais (88%). Sendo (79%) no Grupo Experimental e (93%) no Grupo de Controlo.

Em relação à **Situação Financeira**. Nos dois grupos muitos (45%) recebem uma mesada, sendo alguns (28%) aqueles que não recebem uma quantia fixa. No

Grupo Experimental (46%) recebem mesada e no Grupo de Controlo (41%) recebem mesada e (36%) não recebem uma quantia fixa.

À questão “**Com quem viveu na infância**”. Nos dois grupos, a maioria (84%) refere ter vivido com os pais. O mesmo se passando em cada um dos grupos. No Grupo Experimental (75%) referem ter vivido com os pais e no Grupo de Controlo (90%) encontra-se em igual situação.

Quando é perguntado aos jovens, qual a categoria da **Profissão** da pessoa que recebe maior vencimento no seu agregado familiar. Vemos que nos dois grupos o que é mais comum, é serem empregados em posição de chefia (37%) ou quadros superiores (28%). O mesmo se passa no Grupo Experimental, onde (38%) ocupam uma posição de chefia e (29%) são quadros superiores, e no Grupo de Controlo, em que (36%) ocupam uma posição de chefia e (28%) são quadros superiores.

Em relação ao **Nível de Instrução** da pessoa que recebe maior vencimento dentro do agregado familiar, os resultados estão um pouco distribuídos. Nos dois grupos (27%) têm curso superior, (27%) têm diploma de curso técnico profissional, (22%) têm o ensino primário e (21%) têm o ensino secundário. No Grupo Experimental (30%) têm o ensino primário, (26%) têm curso superior, (22%) têm diploma de curso técnico ou profissional e (22%) têm o ensino secundário. Na população do Grupo de Controlo o mais comum é encontrarmos os elementos do agregado familiar, com um curso técnico ou profissional (30%) ou com um curso

superior (28%), aparecem também algumas pessoas com o ensino secundário (20%) e com o ensino primário (18%).

A **Fonte de Rendimento** deste elemento da família, é nos dois grupos, na maioria das vezes através de rendimento mensal (58%), sendo também comum ser um rendimento liberal (31%). No Grupo Experimental a fonte de rendimento mais comum é através de vencimento mensal (42%) e através de uma fonte de rendimento liberal (42%). O Grupo de Controlo tem a maioria dos elementos da família a receberem um rendimento mensal (68%), havendo algumas pessoas que têm uma fonte de rendimento liberal (25%).

O **Tipo de Alojamento** é para a maior parte das pessoas dos dois grupos um alojamento de médio conforto (78%). A mesma situação se passa com as pessoas do Grupo Experimental, onde (70%) vivem nestas condições e se passa com as pessoas do Grupo de Controlo, onde a maioria vive nesta situação de conforto médio (83%).

À questão “Aspecto do bairro onde vive”. Nos dois grupos, a maioria refere que vive num bairro bom (78%). No Grupo Experimental a maior parte dos jovens também diz que vive num bairro bom (70%), passando-se o mesmo no Grupo de Controlo, onde (82%) dão este tipo de resposta sobre o aspecto do seu bairro.

6.3. Apresentação dos instrumentos

Tratando-se de um trabalho que pretende estudar a forma como o adolescente que tenta o suicídio vivencia o processo de autonomia e sendo este processo complexo, englobando factores da personalidade, do meio social e familiar e dos acontecimentos de vida; optámos por utilizar instrumentos que nos possam permitir, dentro daquilo que for possível, obter a informação mais completa.

Desta forma, para este trabalho utilizámos sete questionários que nos permitirão avaliar alguns destes aspectos.

6.3.1. Para avaliarmos a Separação-Individuação utilizámos um instrumento que permite aprofundar o que ocorre no processo de separação jovens-progenitores, adaptado ao quadro conceptual de Blos. Aplicámos a adaptação portuguesa feita por Almeida, Dias e Fontaine (1996)⁹ do “**Psychological Separation Inventory**” (PSI; Hofman, 1984). Este instrumento avalia a Separação-Individuação numa perspectiva psicodinâmica, tendo em conta quatro dimensões de independência adolescente:

* *Independência Ideológica*; que consiste numa diferenciação nas atitudes, valores, crenças entre o adolescente e os pais.

* *Independência Conflitual*; definida como a liberdade em relação a uma culpa excessiva, ansiedade, responsabilidade, inibição, ressentimento e raiva em relação ao pai e à mãe.

⁹ Ver Anexo

* *Independência Emocional*; definida como uma relativa liberdade em relação à necessidade excessiva de aprovação, proximidade e apoio emocional dos pais.

* *Independência Funcional (Comportamental)*; que corresponde à capacidade que o jovem adolescente tem de tratar dos seus próprios assuntos sem a ajuda do pai ou da mãe.

O Inventário de Separação Psicológica adaptado à população portuguesa é um questionário com 88 questões repartidas por oito escalas. Quatro em relação à mãe e quatro em relação ao pai.

Pretendeu-se construir um questionário em que se evidenciassem as quatro escalas de independência e que os itens que as constituíssem fossem comuns à mãe e ao pai. Deste modo os autores procederam à eliminação de alguns itens pela análise dos resultados das análises factoriais, de forma a reter as questões que melhor definiam os vários tipos de independência, tanto em relação à mãe como em relação ao pai.

Assim tomou-se como ponto de partida as questões que definiam a Independência Ideológica, tanto em relação à mãe como em relação ao pai e que são os 11 itens: 4, 9, 14, 19, 24, 29, 49, 54, 59, 64 e 69.

Para a construção da escala de Independência Conflitual seleccionáram-se também 11 itens, em relação à mãe e em relação ao pai. São os itens: 2, 6, 7, 18, 21, 26, 32, 36, 46, 52 e 58.

A escala de Independência Emocional é constituída pelos seguintes itens em relação à mãe e ao pai: 1, 3, 11, 17, 23, 31, 33, 37, 47, 51, 62.

A escala de Independência Funcional (Comportamental) é constituída pelos 11 itens em relação à mãe e ao pai, e que são os seguintes: 5, 10, 15, 20, 35, 40, 41, 45, 53, 55 e 60.

Neste questionário, cada uma das questões tem quatro opções de resposta - Discordo inteiramente, Discordo, Concordo, Concordo inteiramente-.

6.3.2. Como referimos anteriormente quando falámos das características de psicopatologia que estão relacionadas com a tentativa de suicídio, salientámos que uma das principais características, senão mesmo a principal, é a depressão. Sendo assim, pareceu-nos extremamente importante avaliar os valores de depressão nesta população.

Para que fosse possível, utilizámos o **Inventário de Depressão de Beck (I.D.B.)**¹⁰.

Este questionário foi elaborado e desenvolvido por Aron Beck e colaboradores nos Estados Unidos em 1961, com o intuito de avaliar manifestações objectivas de depressão.

O objectivo foi criar um instrumento que avaliasse a profundidade da depressão, que substituísse juízos clínicos a esse respeito e que pudesse ser utilizado em pesquisa de uma forma padronizada e consistente, fornecendo um resultado numérico da depressão, Cunha (1993).

A versão original apresenta 21 categorias de sintomas e atitudes, cada uma reflectindo um grau crescente da severidade da depressão, à qual é atribuído um valor (de 0 a 3), tendo o sujeito que escolher entre as várias afirmações de cada grupo aquela que mais se adequa à forma como se sente na altura.

¹⁰ Ver Anexo

Beck, Beansesdefer e Mayer (citado por Beck, 1982) realizaram duas importantes investigações para averiguarem as qualidades psicométricas do inventário, uma delas sobre os aspectos da validade e fidelidade e outra comparando o I. D.B. com outras medidas de depressão.

Este instrumento apresenta excelentes qualidades psicométricas e tornou-se a técnica mais comumente utilizada em trabalhos de pesquisa e no âmbito clínico para avaliar a depressão.

Devido às dificuldades existentes para se fazer o diagnóstico de depressão, Beck elaborou o I.D.B. a partir da observação de comportamentos e sintomas observados em doentes deprimidos, tendo chegado às seguintes conclusões:

-A quantidade de sintomas de depressão aumenta em função da sua intensidade.

- A sua frequência progride da seguinte forma:

~ Ausência de depressão

~ Depressão menor

~ Depressão moderada

~ Depressão grave

- A intensidade do sintoma aumenta de acordo com o nível de depressão.

As 21 categorias de sintomas e de atitudes definidas por Beck tendo por base as atitudes e sintomas específicos da depressão foram os seguintes:

- 1- Humor
- 2- Futuro
- 3- Sensação de fracasso
- 4- ausência de satisfação
- 5- Sentimentos de culpa
- 6- sensação de punição
- 7- Amor próprio
- 8- Auto-crítica
- 9- Ideias de morte
- 10- Choro
- 11- Irritabilidade
- 12- Fracasso social

- 13- Capacidade de decisão
- 14- Auto imagem/imagem corporal
- 15- Capacidade de trabalho
- 16- Distúrbios de sono
- 17- Fadiga
- 18- Appetite
- 19- Peso
- 20- Preocupação somática
- 21- Sexualidade

Cada categoria diz respeito a uma manifestação específica da depressão e compreende como referimos até 4 ou 5 afirmações (ponderadas de zero a três) conforme o grau de intensidade.

O score total é obtido através da soma das ponderações de cada afirmação e pode ser classificado da seguinte forma:

- ~ 0 a 3 (ausência de depressão)
- ~ < 18 (depressão menor)
- ~ 19 a 25 pontos -inclusive (depressão moderada)
- ~ > 25 pontos (depressão grave)

Ao longo dos anos várias investigações clínicas foram realizadas em amostras de doentes psiquiátricos.

A investigação de May (citado por Beck, 1982) foi ao encontro do relatório elaborado por Beck, em que este concluiu que o I.D.B. estava relacionado com as avaliações clínicas de depressão.

Este instrumento foi traduzido por várias línguas devido às suas aplicações transculturais e tem sido utilizado recentemente para avaliar a sintomatologia depressiva em populações ditas normais.

Sacco (1985) realizou um estudo com jovens de escolas secundárias chegando à conclusão de que 29% estavam naquele momento em depressão e 60% apresentavam sintomas depressivos.

Na realização do nosso trabalho, encontramos alguns estudos, Westfeld e Liddel (1994), Ohring, Apter, Ratzoni, Weizman, Tyano e Plutchik (1996) e Ivarsson, Larsson e Gillberg (1998) que utilizaram este questionário para avaliar população adolescente que tinha comportamentos suicidários.

Deste modo poderemos resumir as vantagens do I. D.B.:

- Traduz numericamente o nível de intensidade depressiva nas vertentes afectiva, cognitiva, motivacional e fisiológica da depressão.
- Possibilita uma medida standardizada independente da orientação tomada pelo entrevistador.
- É eficaz em estudos comparativos.
- É um processo mais rápido que a entrevista clínica e pode ser auto-administrado.
- Parece ser um instrumento importante para avaliar populações adolescentes com comportamento suicidário.

6.3.3. Outra das características de psicopatologia que destacámos e associámos à tentativa de suicídio foi a ansiedade nesta população.

Deste modo utilizámos o questionário de auto-avaliação, de ansiedade traço e de ansiedade estado (STAI)¹¹ de Spielberg (1983).

Segundo o autor, trata-se de um questionário que avalia a ansiedade traço (AT). Definida como uma característica relativamente duradoira, como uma tendência para compreender o mundo predispondo o indivíduo para a ansiedade. E que avalia a

ansiedade estado (AE). Definida como uma característica que aparece numa determinada altura e num nível de intensidade particular.

Spielberg relaciona as duas e diz que quanto maior for a ansiedade traço, é mais provável que o indivíduo experimente elevações mais intensas ao nível da ansiedade estado, face a uma situação de ameaça.

Este questionário possui escalas de auto-resposta independentes que visam medir a AT e a AE. A escala de AE consiste em 20 frases que avaliam como é que os inquiridos se sentem “precisamente agora, neste momento”. A escala AT consiste em 20 frases que avaliam como é que as pessoas geralmente se sentem.

A cada frase (item) do STAI é dada uma pontuação de 1 a 4. A classificação de 4 indica a presença de um alto nível de ansiedade para os 10 itens de ansiedade-estado e 11 itens de ansiedade-traço. Uma alta classificação indica ausência de ansiedade para os restantes 10 itens de ansiedade-estado e 9 itens de ansiedade traço. Os valores de pontuação para os itens de presença de ansiedade são os mesmos que os números tingidos a preto no teste.

Os valores de pontuação para os itens de ausência de ansiedade são inversos, isto é, respostas marcadas 1,2,3 ou 4 são cotadas 4, 3, 2, ou 1 respectivamente. Os itens de ausência de ansiedade para os quais os valores de pontuação são inversos na escala de ansiedade-estado e na escala de ansiedade-traço são:

Ansiedade-estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20

Ansiedade-traço: 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 39

Para obter a pontuação para a escala de ansiedade-estado e para a escala de ansiedade-traço, somam-se os valores para os 20 itens de cada escala, tendo em conta

¹¹ Ver Anexo

o facto de que os valores são inversos para alguns items. A pontuação para ambas as escalas (ansiedade-estado e ansiedade-traço) pode variar de um mínimo de 20 a um máximo de 80.

Spielberg considera que se trata de um questionário que tem sido muito utilizado em investigação e na prática clínica e bom para o diagnóstico dos pacientes que sofrem distúrbios de ansiedade e reacções depressivas.

Em alguns estudos, como os efectuados por Lehnert, Overholser e Spirito (1994) e por Ohring, Apter, Ratzoni, Weizman, Tyano e Plutchik (1996), este Questionário foi também utilizado para avaliar as características de personalidade da população adolescente que tem comportamentos suicidários.

6.3.4. Outro questionário que utilizámos de forma a avaliar as características do funcionamento mental foi o **Mini-Mult**. Utilizámos a versão portuguesa deste teste, traduzida por Lopes (1985)¹².

Segundo este autor, o Mini-Mult trata-se de uma versão reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.), constituída em 1968 por Kincannon, que conseguiu fazer esta adaptação com um grande nível de fidelidade.

Este questionário é constituído por 71 items, onde estão incluídas as escalas de validade L, F e K e por oito escalas que permitem avaliar 8 características de psicopatologia:

- Hipocondria

¹² Ver Anexo

- Depressão
- Histeria
- Psicopatia
- Paranoia
- Psicastenia
- Esquizofrenia
- Hipomania

6.3.5. Pareceu-nos importante utilizar uma escala que pudesse avaliar os acontecimentos de vida e o impacto que eles poderão ter nesta população adolescente.

Utilizamos o **Inventário de Acontecimentos de Vida** (LES; Sarason, Johnson & Siegel, 1978), adaptado e traduzido para uma versão portuguesa, por Pinto Gouveia (1990)¹³.

Segundo Pinto Gouveia, trata-se de um questionário de auto-avaliação constituído por duas secções, a primeira destinada à população geral constituída por uma lista de 47 acontecimentos de vida específicos, mais três espaços em branco onde é possível indicar outros acontecimentos que tenham sido experienciados e que não façam parte da lista dos acontecimentos especificados, e a segunda secção destinada a ser utilizada em estudantes, contem uma lista de 10 acontecimentos frequentemente experienciados pelos estudantes no meio escolar.

Para cada acontecimento de vida é pedido que seja avaliada a sua ocorrência num período determinado de tempo e classificado o grau de impacto emocional ,

positivo ou negativo, que teve na vida do indivíduo. Para esta classificação é utilizada uma escala de 7 pontos que vai do impacto emocional extremamente negativo (-3) a extremamente positivo (+3). Somando as pontuações dos acontecimentos avaliados como positivos, obtem-se o valor da Mudança Positiva e somando as pontuações dos acontecimentos avaliados como negativos, obtem-se o valor de Mudança Negativa. Por sua vez a soma destes dois valores determina o Valor Total de Mudança.

A tradução para a versão portuguesa utilizada neste trabalho teve algumas alterações. Tendo sido apenas utilizados os 47 acontecimentos da secção 1, que representam os acontecimentos de vida mais frequentemente experienciados pela população geral, tendo sido acrescentado um acontecimento novo -alcoolismo no cônjuge.

Desta forma utilizámos este questionário que nos permite obter uma avaliação quantitativa dos acontecimentos de vida, pelo entrevistador e uma avaliação subjectiva do impacto emocional originado pela ocorrência do acontecimento de vida, pelo entrevistado.

6.3.6. Utilizámos também um **Questionário**¹⁴ que nos permitisse obter dados sobre a situação de vida dos nossos jovens, no que diz respeito ao nível de escolaridade, ao estado cívil, à habitação e à situação financeira.

É um questionário com 15 questões, que foi utilizado por Figueiredo (1988) num estudo sobre valores, feito com estudantes entre os 22 e os 25 anos.

¹³ Ver Anexo

¹⁴ Ver Anexo

6.3.7. Considerando o ambiente envolvente, familiar e social do jovem que fez uma tentativa de suicídio, achámos que seria relevante obter informação sobre o suporte social destes sujeitos.

Assim optámos por aplicar o **Questionário Modificado de Suporte Social (SSQ-M)¹⁵**, traduzido para a população portuguesa por Fonseca, Meixedo e Figueiredo (1996).

Este é um questionário de auto-preenchimento, que contém seis questões de forma a que se possa obter informação sobre como determinadas pessoas são importantes para o sujeito que está a responder. Cada uma das questões poderá ser respondida de 1 a 5 -1, de forma alguma, ; 2, um pouco, 3, mais do que um pouco; 4, bastante; 5, muito-.

Deste modo poderemos obter informação sobre como os adolescentes percebem o seu suporte social.

6.4. Descrição do procedimento

Esta investigação iniciou-se com o contacto com os elementos do Núcleo de Estudos do Suicídio, onde o autor deste estudo trabalha, tendo sido descrito o objectivo do estudo, a população a avaliar e os instrumentos que se pretendiam utilizar. Na mesma altura foram enviadas duas cartas, uma para o Director do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Horta, outra para o médico responsável pelo Serviço

de Atendimento permanente do Hospital dos Sams, em ambas as cartas era descrito o objectivo do estudo, os instrumentos que se pretendiam utilizar e a idade e as características da população (que tivesse feito uma tentativa de suicídio).

Quase todos os jovens recorreram ao Núcleo de Estudos do Suicídio, o contacto foi estabelecido, ou directamente pelo autor quando este se encontrava a fazer primeiras consultas, ou por outros técnicos da equipe que informavam ter em seguimento um jovem daquela faixa etária e que efectuou uma tentativa de suicídio.

Os questionários para o Grupo Experimental foram aplicados pelo autor, individualmente com cada pessoa. Foram escolhidos jovens que tivessem feito a tentativa de suicídio no espaço de um mês e meio. Era-lhes explicado o objectivo do estudo e de seguida eram passados os questionários pela ordem que os acabámos de descrever -Questionário de Separação-Individuação, Inventário de Beck, STAI¹⁶, Mini-Mult, Inventário de Acontecimentos de Vida¹⁷, questionário para obter informação em relação a quinze questões e Questionário de Suporte Social-. Durante a aplicação conversou-se com o jovem, tentando compreender como foi o comportamento suicidário e qual o acontecimento que ele percepcionava como desencadeante. No final se os adolescentes quizessem, mostrou-se a disponibilidade para discutir com eles os resultados dos questionários.

A aplicação demorou cerca de uma hora com cada pessoa.

O estudo com as pessoas que fazem parte do Grupo de Controlo foi efectuado em duas escolas e individualmente com um jovem.

¹⁵ Ver anexos

¹⁶ No Inventário de Beck e na escala de ansiedade estado do STAI foi pedido que respondessem de acordo com a semana próxima da tentativa de suicídio.

¹⁷ Neste questionário não foi dado limite de tempo (último mês ou últimos quatro meses) para que determinado acontecimento tivesse ocorrido.

Foram contactados os professores das duas escolas, os professores de alunos do 12º ano e os professores de um grupo de alunos mais velhos que frequentavam os 8º e 9º anos de outra escola.

Os questionários foram aplicados em grupo a duas turmas do 12º ano e em conjunto ao grupo de alunos do 8º e 9º anos, a todos os grupos foi explicado que se tratava de um trabalho de investigação e que respondessem pela mesma ordem que os jovens do Grupo Experimental responderam, no Inventário de Beck, e na escala de ansiedade estado do STAI era pedido que respondessem de acordo com o que sentiram nos últimos dez dias. Para realmente se seleccionarem os adolescentes que nunca tivessem feito uma tentativa de suicídio, foi acrescentado um item -“Fazer uma tentativa de suicídio”- ao Inventário de Acontecimentos de Vida¹⁸. Dois dos jovens responderam a este acontecimento, pelo que foram eliminados desta amostra.

A aplicação demorou cerca de uma hora com cada um dos grupos.

Um dos jovens do Grupo de Controlo respondeu individualmente aos questionários, tratava-se de uma amiga de uma das pessoas que pertenciam ao Grupo Experimental. A forma de aplicação foi exactamente igual à utilizada com os indivíduos deste último Grupo, tendo neste caso sido perguntado directamente a esta jovem se já tinha tido algum comportamento suicidário.

¹⁸ Ver no Anexo o segundo Inventário de Acontecimentos de Vida.

6.5. Análise dos dados

Para analisar os dados recolhidos neste trabalho recorreu-se a testes de estatística não paramétrica e a uma análise descritiva.

A opção por testes não-paramétricos é justificada pela ausência de uma distribuição normal na população utilizada, bem como pelo reduzido número de sujeitos em cada um dos grupos considerados neste estudo, Pais Ribeiro (1999) E Pestana e Gageiro (2000).

Desta forma foi efectuada uma análise comparativa entre os Grupos Experimental e de Controlo, com o objectivo de avaliar os valores das diversas formas de Independência e as características de psicopatologia. Utilizámos a prova *U de Mann-Whitney* para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos considerados, Siegel (1975).

Com os restantes dados efectuámos uma análise descritiva.

Fizemos uma descrição dos comportamentos que caracterizam a tentativa de suicídio e dos acontecimentos que foram considerados como percipitantes deste acto.

Fizemos também uma descrição dos acontecimentos do Inventário de Acontecimentos de Vida, que para os dois grupos eram considerados extremamente negativos.

Recorremos a uma descrição das respostas encontradas nos dois grupos, no Questionário de Suporte Social. Neste caso descrevemos os tipos de afinidade referidos pelos jovens e descrevemos as respostas que são dadas em relação às afinidades mais frequentes para cada uma das cinco questões.

Fez-nos sentido, para que a análise fosse mais prática e não perdesse a objectividade, que nesta última descrição considerássemos somente três formas de resposta -*Pouco, Mais ou Menos e Bastante*- a resposta *Pouco* engloba as respostas de forma alguma e um pouco; a resposta *Mais ou Menos* refere-se à resposta mais do que um pouco e a resposta *Bastante* engloba as respostas bastante e muito.

Efectuámos ainda uma análise complementar dos dados, em que considerámos a variável sexo no Grupo Experimental, tendo sido utilizada a Prova *U de Mann-Whitney* de modo a que pudéssemos comparar os resultados neste Grupo em função do sexo, no que diz respeito aos valores das diversas formas de Independência e aos valores de psicopatologia.

PARTE IV

7. Apresentação dos resultados

De seguida iremos ter a apresentação dos resultados encontrados nesta investigação. Serão apresentados os resultados, em relação ao comportamento que caracteriza a tentativa de suicídio, em relação à comparação feita nos valores de Independência nos dois grupos, à comparação para os valores de psicopatologia, à apresentação dos principais acontecimentos de vida e à percepção feita por os jovens no que diz respeito ao suporte social.

7.1. Comportamento que caracteriza a tentativa de suicídio

Verificamos no Quadro 1 que nos 24 adolescentes que pertencem ao Grupo Experimental, há cinco comportamentos diferentes que caracterizam a tentativa de suicídio.

O comportamento mais comum é a **ingestão de medicamentos**, que encontramos em 20 dos jovens (83%).

Encontramos também 1 adolescente que **cortou os pulsos**, 1 que se **atirou de um viaduto**, 1 que **ingeriu veneno** e 1 que causou voluntariamente **um acidente de mota**.

Quadro 1 - Comportamento que caracteriza a tentativa de suicídio

Comportamentos	Freq.	Perc.
Ingestão de medicamentos	20	83%
Corte de pulsos	1	4%
Atirou-se de um viaduto	1	4%
Ingestão de veneno	1	4%
Acidente de mota	1	4%

7.2. Prova U de Mann-Whitney para os valores de independência

Podemos ver que na Tabela 1 não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, em relação aos níveis de **Independência Ideológica** ($U(62) = 378; P > 0,05$). Apresentando as *Médias* do Grupo Experimental maiores valores de **Independência Ideológica** do que as *Médias* do Grupo de Contolo.

De igual modo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo Experimental e Grupo de Controlo, em relação aos níveis de **Independência Conflitual** ($U(62) = 420,5; P > 0,05$). As *Médias* indicam que os valores de **Independência Conflitual** são ligeiramente superiores no Grupo Experimental.

Em relação aos valores de **Independência Emocional**, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($U(62) = 299,0; P < 0,005$). Verificando-se também uma diferença entre a *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 24,96) e a *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 35,63), o que indica que existe uma diferença clara nos valores de **Independência Emocional** entre os dois grupos.

Quanto aos valores de **Independência Comportamental**, não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos ($U(62) = 453,5; P > 0,05$). Verificando-se que as *Médias* dos dois grupos são muito parecidas.

Tabela 1 - Comparação dos Valores de *Independência em função dos grupos*

Níveis	Grupos		U	Z	Prob.
	Grupo de Controlo	Grupo Experimental			
	(n = 40)	(n = 24)			
	<i>Média das Ordens</i>	<i>Média das Ordens</i>			
Ind. Ideológica	29,45	34,75	378,0	-1,134	0,257
Ind. Conflitual	30,57	32,98	420,5	-0,515	0,606
Ind. Emocional	35,63	24,96	299,0	-2,279	0,023*
Ind. Comportamental	31,57	31,40	453,5	-0,036	0,971

* $p < 0,05$

7.3. Prova U de Mann-Whitney para as características de psicopatologia

A Tabela 2 mostra que os valores de **Depressão** avaliados pelo Inventário de Beck, verificamos igualmente que há diferenças estatisticamente significativas ($U(63) = 50,0; P < 0,05$). Sendo a *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 49,83) maior que a *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 21,75).

Mostra-nos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo Experimental e o Grupo de Controlo, em relação aos valores de **Ansiedade Estado** ($U(64) = 105,0; P > 0,05$). Sendo a *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 48,13) superior à *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 23,13).

Mostra-nos também que existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, em relação aos valores de **Ansiedade Traço** ($U_{864} = 233,5; P < 0,05$). E a *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 42,77) é superior à *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 26,34).

Em relação aos valores de **Depressão** avaliados pelo Inventário de Beck, verificamos igualmente que há diferenças estatisticamente significativas ($U_{63} = 50; P < 0,05$). Sendo a *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 49,83) maior que a *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 21,75).

Quanto à **Hipocondria**, vemos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($U_{64} = 196,0; P > 0,05$). Sendo a *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 46,69) superior à *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 23,99).

Vemos que nos valores de **Depressão**, avaliados pelo Mini-Mult, encontramos também diferenças estatisticamente significativas ($U_{64} = 139,5; P < 0,05$). Sendo a *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 46,69) superior à *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 23,99).

Em relação à **Histeria**, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($U_{64} = 134,5; P < 0,05$). Indicando os valores das *Médias* um maior valor de **Histeria** nas pessoas do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 46,90), (*Média do Grupo de Controlo* = 23,86).

Nesta Tabela, verificam-se também que os valores de **Psicopatia** registam diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos ($U_{64} = 175,0; P < 0,05$).

Sendo a *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 45,21) superior à *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 24,88).

Quanto à **Paranoia**, registam-se diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos ($U(864) = 187,0; P < 0,05$). A *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 44,71) é superior à *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 25,17).

Os valores de **Psicastenia** apresentam igualmente diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($U(64) = 149,5; P < 0,05$). A *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 46,27) é superior à *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 24,24).

Quanto aos valores de **Esquizofrenia**, encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($U(64) = 240,0; P < 0,05$). Verificam-se maiores valores de **Esquizofrenia** no Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 42,50) do que no Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 26,50).

Finalmente, em relação à **Hipomania**, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo Experimental e o Grupo de Controlo ($U(64) = 291,5; P < 0,05$). Sendo a *Média* do Grupo Experimental (*Média do Grupo Experimental* = 40,35) mais elevada que a *Média* do Grupo de Controlo (*Média do Grupo de Controlo* = 27,79).

Tabela 2 - Comparação das *características de psicopatologia em função dos grupos*

Níveis	Grupos		U	Z	Prob.
	Grupo de Controlo (n = 40)	Grupo Experimental (n = 24)			
	<i>Média das Ordens</i>	<i>Média das Ordens</i>			
Beck	49,83	21,75	50,0	-5,859	0,000***
Ansiedade Estado	48,13	23,13	105,0	-5,203	0,000***
Ansiedade Traço	42,77	26,34	233,5	-3,422	0,001**
Hipocondria	44,33	25,40	196,0	-3,947	0,000***
Depressão	46,69	23,99	139,5	-4,736	0,000***
Histeria	46,90	23,86	134,5	-4,806	0,000***
Psicopatia	45,21	24,88	175,0	-4,236	0,000***
Paranoia	44,71	25,17	187,0	-4,095	0,000***
Psicastenia	46,27	24,24	149,5	-4,588	0,000***
Esquizofrenia	42,50	26,50	240,0	-3,331	0,001**
Mania	40,35	27,79	291,5	-2,629	0,009*

* $p < 0,01$; ** $p < 0,005$; *** $p < 0,001$

7.4. Acontecimento precipitante da tentativa de suicídio

No Quadro 2 podemos ver que são referidos sete acontecimentos de vida que precipitaram o comportamento suicidário.

Destes acontecimentos, os mais comuns são; **ruptura e/ou discussão com o/a namorado/a (21%); discussão com os pais (21%) e más notas (17%)**.

Vemos igualmente que em algumas situações não é referido qualquer acontecimento precipitante (17%).

Quadro 2 - *Acontecimentos Precipitantes*

Acontecimentos	Freq.	Perc.
Ruptura do namoro	5	21%
Discussão com o namorado	5	21%
Discussão com os pais	5	21%
Más notas	4	17%
Não atribui acontecimento	4	17%
Doença da mãe	1	4%
Apaixonado	1	4%
Problemas com uma professora	1	4%

7.5. *Acontecimentos de vida vividos como extremamente negativos*

O Quadro 3 mostra-nos que há três acontecimentos de vida que se parecem destacar.

O acontecimento **fracasso em atingir um objectivo pessoal** é comum aos dois grupos e é referido por 17 jovens como sendo um acontecimento extremamente negativo (27%). Referindo 13 jovens do Grupo Experimental que este acontecimento é extremamente negativo (54%). Tendo esta opinião 4 adolescentes do Grupo de Controlo (10%).

O acontecimento **ruptura do namoro** é visto como extremamente negativo por 13 jovens dos dois grupos (20%), 10 adolescentes do Grupo Experimental (42%) e 3 adolescentes do Grupo de Controlo (8%).

Em relação ao acontecimento **tentativa de suicídio**, é visto como extremamente negativo por 4 jovens do Grupo Experimental (17%).

Quadro 3 - Acontecimentos de Vida percebidos como extremamente negativos

Acontecimentos de Vida	Grupos			
	Grupo Experimental		Grupo de Controlo	
	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
Fracasso em atingir um objectivo pessoal	13	54%	4	10%
Ruptura do Namoro	10	42%	3	8%
Morte de amigo	2	8%	2	5%
Morte do avô	1	4%	3	8%
Tentativa de suicídio	4	17%	-	-
Dificuldades escolares	2	8%	-	-
Doença/acidente do próprio	2	8%	-	-
Morte da irmã	1	4%	-	-
Doença/acidente da avó	1	4%	-	-
Reconciliação do namoro	1	4%	-	-
Morte da avó	-	-	4	10%
Doença/acidente de amigo	-	-	3	8%

7.6. Suporte Social

Neste Quadro (Quadro 4) verificamos que o tipo de afinidade mais referido nos dois grupos no Questionário de Suporte Social, é **amigo/a**, sendo a frequência de (88%) para o Grupo Experimental e de (85%) para o Grupo de Controlo. A **mãe** é também uma forma de afinidade que é muito referida nos dois grupos; (88%) no Grupo Experimental e (83%) no Grupo de Controlo.

O **pai** é igualmente referido nos dois grupos com grande frequência; Grupo Experimental (75%) e Grupo de Controlo (73%). O mesmo acontecendo com as referências feitas em relação ao/á **irmão/ã**, respondendo (71%) dos jovens no Grupo Experimental e (65%) dos jovens no Grupo de Controlo.

Uma forma de afinidade que ainda é referida com uma referência relevante, é o/a **namorado/a**; Grupo Experimental (42%) e Grupo de Controlo (35%).

Quadro 4 - Afinidades mencionadas - Questionário de Suporte Social

Afinidade	Grupos			
	Grupo Experimental		Grupo de Controlo	
	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
Mãe	21	88%	33	83%
Pai	18	75%	29	73%
Irmão/ã	17	71%	26	65%
Namorado/a	10	42%	14	35%
Amigo/a	21	88%	34	85%
Avô/ó	8	33%	8	20%
primo/a	8	33%	10	25%
Tio/tia	6	25%	6	15%
Pdrasto/Mad	2	8%	2	5%
Cunhada/o	2	8%	2	5%

Nos quadros que se seguem podemos verificar, como é que os jovens dos dois grupos, relacionam as cinco afinidades mais frequentes, com cada uma das cinco questões deste questionário.

Podemos ver no Quadro 5, que em relação à questão, “Em que medida é que esta pessoa a faz sentir querida ou amada?”. A maior parte dos jovens (76%) do Grupo Experimental refere **bastante** em relação à afinidade **amigo/a**, sendo esta resposta também frequente no Grupo de Controlo (70%).

Muitos dos jovens (72%) do Grupo Experimental referem **bastante** quando falam do **pai**, o que se passa com uma frequência ainda superior na mesma resposta dada pelos jovens do Grupo de Controlo (93%).

Muitos adolescentes (71%) do Grupo Experimental referem **bastante** quando falam da **mãe**, o que se passa com uma frequência que é também superior nos adolescentes do Grupo de Controlo que dão a mesma resposta (97%).

No Grupo Experimental (70%) respondem **bastante** em relação à afinidade **namorado/a**, sendo um pouco superior a mesma resposta no Grupo de Controlo (86%).

É ainda frequente a resposta bastante em relação à afinidade **irmão/ã** no Grupo Experimental, sendo a mesma resposta também frequente e com uma percentagem superior, nas pessoas do Grupo de Controlo.

Quadro 5 - “Em que medida é que esta pessoa a faz sentir querida ou amada?”

Afinidade	Grupos											
	Grupo Experimental						Grupo de Controlo					
	Pouco		Mais ou Menos		Bastante		Pouco		Mais ou Menos		Bastante	
	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%
Mãe	3	14	3	14	15	71	-	-	1	3	31	97
Pai	3	17	2	11	13	72	-	-	2	7	27	93
Irmão/ã	4	24	4	24	9	53	4	16	2	8	19	76
Namorado/a	2	20	1	10	7	70	1	7	1	7	12	86
Amigo/a	1	5	4	19	16	76	5	15	5	15	23	70

Neste Quadro (Quadro 6), verificamos que muitos dos adolescentes do Grupo Experimental (76%) se sentem **bastante** respeitados ou admirados pela afinidade **amigo/a**. Esta resposta é também frequente (64%) nos adolescentes do Grupo de Controlo, embora a frequência seja um pouco inferior.

Vemos que (70%) no Grupo Experimental respondem **bastante** em relação à afinidade **namorado/a**, sendo a mesma resposta ligeiramente superior no Grupo de Controlo (79%).

No Grupo Experimental (50%) dos jovens respondem **bastante** quando falam do **pai** e um número superior de respostas é dado pelos jovens do Grupo de Controlo (69%).

Verificamos que no Grupo Experimental (48%) respondem **bastante** quando se referem à **mãe**, sendo a frequência superior nesta resposta nas pessoas do Grupo de Controlo (78%). Em relação a esta resposta, temos ainda (33%) dos jovens que se sentem pouco respeitados e admirados pela **mãe**.

Quando esta pergunta é feita em relação à afinidade **irmão/ã**, vemos que (47%) das pessoas do Grupo Experimental respondem **bastante** e que o número de respostas no Grupo de Controlo é parecido (52%).

Quadro 6 - "Em que medida é que esta pessoa a faz sentir respeitada ou admirada ?"

Afinidade	Grupos											
	Grupo Experimental						Grupo de Controlo					
	Pouco		Mais ou Menos		Bastante		Pouco		Mais ou Menos		Bastante	
	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%
Mãe	7	33	4	19	10	48	2	6	5	16	25	78
Pai	5	28	4	22	9	50	5	17	4	14	20	69
Irmão/ã	5	29	4	24	8	47	8	32	4	16	13	52
Namorado/a	3	30	-	-	7	70	2	14	1	7	11	79
Amigo/a	1	5	4	19	16	76	2	6	9	27	21	64

Em relação à questão, “Em que medida pode confiar nesta pessoa?”, verificamos no Quadro 7 que (76%) dos jovens do Grupo Experimental respondem **bastante**, quando se referem à afinidade **amigo/a** e que uma percentagem um pouco inferior dá a mesma resposta no Grupo de Controlo (64%).

No Grupo Experimental vemos que (61%) responde **bastante**, em relação ao **pai** e que os adolescentes do Grupo de Controlo mostram maior (97%) confiança nesta pessoa.

No Grupo Experimental encontramos (57%) de respostas **bastante**, em relação à **mãe** e um número superior de respostas bastante em relação à **mãe** no Grupo de Controlo (88%).

Vemos que no Grupo Experimental (53%) respondem **bastante** quando falam da afinidade **irmão/ã** e que esta mesma resposta é dada num número superior pelos jovens do Grupo de Controlo (80%).

Quando verificamos os resultados das respostas em relação à afinidade **namorado/a** vemos que (50%) dos jovens do Grupo Experimental respondem **bastante** e que um número muito superior dos jovens do Grupo de Controlo responde **bastante** quando falam deste tipo de afinidade (93%).

Quadro 7 - “Em que medida pode confiar nesta pessoa ?”

Afinidade	Grupos											
	Grupo Experimental						Grupo de Controlo					
	Pouco		Mais ou Menos		Bastante		Pouco		Mais ou Menos		Bastante	
	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%
Mãe	4	19	5	24	12	57	-	-	4	13	28	88
Pai	4	22	3	17	11	61	-	-	1	3	28	97
Irmão/ã	5	29	3	18	9	53	2	8	3	12	20	80
Namorado/a	3	30	2	20	5	50	-	-	1	7	13	93
Amigo/a	2	10	3	14	16	76	-	-	3	9	30	90

No Quadro 8 podemos ver que no Grupo Experimental (67%) dos jovens consideram que a afinidade **amigo/a** concorda ou apoia **bastante** as suas acções e pensamentos e que um número um pouco superior de sujeitos dá também esta resposta nos jovens do Grupo de Controlo (82%)

Verificamos que as respostas em relação à afinidade **irmão/a**, no Grupo Experimental, são com maior frequência respostas pouco (47%). E que no Grupo de Controlo são mais frequentemente respostas bastante (56%).

Vemos que (40%) das pessoas do Grupo de Controlo dão a resposta **bastante** quando se referem à afinidade **namorado/a**. E que uma percentagem superior de sujeitos do Grupo de Controlo dá a mesma resposta (71%). Em relação ao Grupo Experimental vemos ainda que (39%) respondem **mais ou menos**, (33%) respondem **bastante** e (28%) respondem **pouco**. No Grupo de Controlo o que mais se parece destacar são as respostas **bastante** (55%), embora também se deva chamar a atenção para as respostas **mais ou menos** (36%).

Quando falam da **mãe**, verificamos que no Grupo Experimental (38%) responde **pouco**, (33%) responde **mais ou menos** e (29%) responde **bastante**. No Grupo de Controlo a maior frequência vai para os que respondem **bastante** (69%), o que mostra um nível de apoio e de concordância superior ao dos jovens do primeiro grupo.

Quadro 8- “Em que medida esta pessoa concorda/apoia as suas ideias/pensamentos ?”

Afinidade	Grupos											
	Grupo Experimental						Grupo de Controlo					
	Pouco		Mais ou Menos		Bastante		Pouco		Mais ou Menos		Bastante	
	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%
Mãe	8	38	7	33	6	29	2	6	8	25	22	69
Pai	5	28	7	39	6	33	4	16	9	36	16	55
Irmão/ã	8	47	4	24	5	29	4	16	7	28	14	56
Namorado/a	3	30	3	30	4	40	1	7	3	21	10	71
Amigo/a	2	10	4	40	14	67	1	3	5	15	27	82

Em relação à questão “Se precisa de pedir dinheiro emprestado, transporte para o médico ou qualquer outra ajuda imediata, em que medida pode esta pessoa ajudá-la?”, os resultados (Quadro 9) mostram que todos os sujeitos do Grupo Experimental respondem **bastante** quando se referem à **mãe** (100%). Da mesma forma um grande número de indivíduos do Grupo de Controlo dá esta resposta quando falam da **mãe** (94%).

Encontramos também no Grupo Experimental uma grande frequência de respostas **bastante** quando falam do **pai** (94%). O que também se passa nesta mesma resposta dada pelos jovens do Grupo de Controlo (90%).

Muitos do Grupo Experimental respondem **bastante** quando falam da afinidade **namorado/a** (80%). Embora também seja numa frequência elevada, este número é um pouco inferior nesta mesma resposta dada pelas pessoas do Grupo de Controlo (71%).

Verificamos que (71%) dos jovens do Grupo Experimental respondem **bastante** em relação à afinidade **amigo/a**. Sendo parecida a frequência do Grupo de Controlo nesta resposta (67%).

A resposta **bastante** em relação à afinidade **irmão/ã**, é dada por (47%) dos adolescentes do Grupo Experimental. Esta mesma resposta é um pouco mais frequente nos jovens do Grupo de Controlo (60%).

Quadro 9- “Dinheiro transporte médico ou ajuda imediata”

Afinidade	Grupos											
	Grupo Experimental						Grupo de Controlo					
	Pouco		Mais ou Menos		Bastante		Pouco		Mais ou Menos		Bastante	
	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%	Fq.	%
Mãe	-	-	-	-	21	100	1	3	1	3	30	94
Pai	1	6	-	-	17	94	2	7	1	3	26	90
Irmão/ã	5	29	4	24	8	47	3	12	7	28	15	60
Namorado/a	2	20	-	-	8	80	3	21	1	7	10	71
Amigo/a	3	14	3	14	15	71	5	15	6	18	22	67

7.7. Análise complementar

Na Tabela 3 podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino em relação aos valores de **Independência Ideológica** ($U(24) = 57,5; P > 0,05$).

Podemos ver que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo Masculino e O Sexo Feminino, em relação aos valores de **Independência Conflitual** ($U(64) = 59,5, P > 0,05$).

Verificamos que também não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino, no que diz respeito aos níveis de **Independência Emocional** ($U(24) = 54,5; P > 0,05$). Neste caso verificamos que a *Média* do Sexo Masculino é ligeiramente inferior à *Média* do Sexo Feminino.

Finalmente, os resultados deste quadro mostram-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino no que diz respeito aos níveis de **Independência Comportamental** ($U(24) = 58,0; P > 0,05$).

Tabela 3 - Comparação dos *Valores de Independência em função do Sexo*

Valores	Sexo		U	Z	Prob.
	Sexo Masculino	Sexo Feminino			
	(n = 8)	(n = 16)			
Ind. Ideológica	Média das Ordens 13,31	Média das Ordens 12,09	57,5	-0,400	0,697
Ind. Conflitual	13,06	12,22	59,5	-0,277	0,787
Ind. Emocional	11,31	13,09	54,5	-0,585	0,569
Ind. Comportamental	13,25	12,13	58,0	-0,370	0,742

* $p < 0,05$

Verificamos na Tabela 4 que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino, em relação aos valores de **Depressão** ($U(23) = 43,5; P > 0,05$). As *Médias* indicam que os valores de **Depressão** são ligeiramente superiores no Sexo Masculino do que no Sexo Feminino.

Em relação à **Ansiedade Estado** vemos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($U(24) = 58,5; P > 0,05$).

Estes resultados são de certa forma semelhantes quando se avaliam os valores de **Ansiedade Traço**, não existindo também diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino ($U(24) = 57,5; P > 0,05$).

Quanto à **Hipocondria**, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($U(24) = 46,5; P > 0,05$). Neste caso, as *Médias* mostram-nos que os valores de **Hipocondria** são ligeiramente superiores no Sexo Masculino do que no Sexo Feminino.

Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo, em relação aos valores de **Depressão** avaliados pelo Mini-Mult ($U(24) = 57,5; P > 0,05$).

Em relação à **Histeria**, os resultados mostram-nos que também não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($U(24) = 58,0; P > 0,05$).

Podemos ver que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino, no que diz respeito aos valores de **Psicopatia** ($U(824) = 59,5; P > 0,05$).

No que diz respeito à **Paranoia**, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($U(24) = 54,5; P > 0,05$).

Quanto à **Psicastenia**, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($U(24) = 52,5; P < 0,05$).

Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação aos valores de **Esquizofrenia** ($U(24) = 50,0; P > 0,05$). Demonstrando as *Médias* que os valores de **Esquizofrenia** são superiores nos jovens do Sexo Masculino.

Finalmente, podemos verificar que não existem diferenças significativas entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino em relação à **Mania** ($U(24) = 48,5; P < 0,05$). Indicando as *Médias*, neste caso, valores de Mania superiores nas Jovens do Sexo Feminino.

Tabela 4 - Comparação das características de psicopatologia em função do Sexo

Valores	Sexo		U	Z	Prob.
	Sexo Masculino	Sexo Feminino			
	(n = 8)	(n = 16)			
	<i>Média das Ordens</i>	<i>Média das Ordens</i>			
Beck	13,79	11,22	43,5	-0,837	0,413
Ansiedade Estado	11,81	12,84	58,5	-0,337	0,742
Ansiedade Traço	11,69	12,91	57,5	-0,398	0,697
Hipocondria	10,31	13,59	46,5	-1,078	0,291
Depressão	11,69	12,91	57,5	-0,400	0,697
Histeria	11,75	12,88	58,0	-0,370	0,742
Psicopatia	13,06	12,22	59,5	-0,276	0,787
Paranoia	13,69	11,91	54,5	-0,594	0,569
Psicastenia	11,06	13,22	52,5	-0,706	0,490
Esquizofrenia	14,25	11,63	50,0	-0,859	0,417
Mania	10,56	13,47	48,5	-0,958	0,350

* $P < 0,05$

Parte V

8. Discussão e Conclusão

A discussão e conclusão que iremos fazer para este trabalho ir-se-á centrar em cada um dos aspectos que focámos na apresentação dos resultados, ligando-os à parte teórica deste e à restante teoria e à prática clínica que dizem respeito a esta área. Para além disso falamos de algumas investigações futuras que nos parecem importante que possam ser feitas e fazemos alguns comentários sobre a realização desta investigação.

Pelos resultados obtidos podemos verificar que o comportamento que mais caracteriza a tentativa de suicídio -ingestão de medicamentos- vem confirmar o que foi referido por Correia (...), parecendo ser um acto utilizado frequentemente pelos jovens e que requer muita atenção, tanto do ponto de vista da prevenção como do tratamento.

Será importante que se possa tomar uma atitude preventiva face a este comportamento. Nas reuniões de discussão de casos do Núcleo de Estudos do Suicídio, muitas vezes os diversos técnicos da equipe realçaram a importância da adopção de atitudes preventivas, como por exemplo não ter à mostra dos filhos os medicamentos e ter atenção ao uso que se faz destes, pois verificámos que muitos dos jovens tomavam medicamentos (na maior parte das vezes psicofármacos) que eram utilizados pelos pais. Estes dados vêm também confirmar os estudos efectuados por Greene e Ringwalt (1996), em que os autores referem o maior uso de substâncias em sujeitos cujas famílias também usavam este produtos. Achamos também, que para uma melhor prevenção, será importante que em alguns casos possa haver uma comunicação clara e objectiva sobre o uso e a utilidade destes medicamentos.

Considerando o tratamento e uma intervenção psicoterapêutica, parece-nos importante chamar a atenção para o significado que os medicamentos podem ter, que sentindo é que estes produtos têm para os jovens, que efeitos é que pretendem obter, para que é que os tomam, e quase sempre, o que pretendem comunicar com este comportamento. Julgamos que é sempre muito importante percebermos de quem eram os medicamentos ou quem os prescreveu, neste caso julgamos que será importante que os técnicos de saúde tenham atenção, pois os medicamentos e a sua manipulação poderão permitir compreender muita informação relacionada com a relação terapêutica, é também importante perceber quem estava na proximidade quando se deu a ingestão.

A este respeito gostaríamos de chamar a atenção para o facto de que os medicamentos serão sempre um meio, face a um fim, que consiste na relação e na comunicação entre as pessoas.

— u —
Através da comparação feita entre os dois grupos em que se consideraram os valores de Independência, podemos verificar que há três hipóteses que não são confirmadas e uma hipótese que é confirmada.

A Hipótese 1 não se confirma, não se encontrando uma diferença entre os dois grupos no que diz respeito aos valores da Independência Ideológica.

A Hipótese 2 não se confirma, não se encontrando uma diferença significativa entre os dois grupos no que respeita à Independência Conflitual.

Confirma-se a Hipótese 3, havendo uma diferença estatisticamente significativa em relação aos valores da Independência Emocional. Sendo esta significativamente inferior nos adolescentes do Grupo Experimental.

Não se confirma a Hipótese 4, não havendo uma diferença estatisticamente significativa quando são analisados os valores da Independência Comportamental.

Comentando estes resultados, pensamos que será importante em primeiro lugar chamar a atenção para as diversas formas que a independência pode tomar. Poderá estar mais relacionada com aspectos manifestos e cognitivos -Independência Ideológica e Independência Comportamental- e poderá estar associada a aspectos mais latentes e relacionados com a elaboração dos conflitos -Independência Emocional e Independência Conflitual-.

Parece-nos que se trata de um facto importante e que deverá ser considerado na prática clínica, pois neste caso não só deveremos estar atentos às características que são manifestas, mas também às características que são latentes. O facto de um jovem com 17 ou 18 anos sair de casa, só por si não quer dizer que seja completamente independente e que consiga encontrar um equilíbrio para a sua vida, da mesma forma por um jovem ter ideias diferentes e ter crenças e valores diferentes, não quer dizer que esta característica só por si seja sinal de autonomia. Será importante que se possam considerar as múltiplas facetas que poderão estar associadas ao processo de autonomia.

Será igualmente importante que possamos reflectir sobre os valores da Independência Emocional. Estes resultados parecem confirmar o que Sampaio e Santos (1990), Kaplan e Worth (1993), Jobes (1995), Zimmerman e La Sorsa (1995) e Adam, Sheldon-Keller e West (1996), Fabião (1998) referem, na parte do trabalho em que falamos da tentativa de suicídio e do processo de autonomia, e o que Feldmman e Wilson (1997) referem quando caracterizam os adolescentes que tentam o suicídio, salientando que são indivíduos que apresentam depressão e ansiedade de separação.

Todos estes autores salientam que os adolescentes que tentam o suicídio têm dificuldades no processo de Separação-Individuação, que estão relacionadas com a existência de relações mais simbióticas.

Os valores mais baixos de Independência Emocional vêm de certa forma reforçar esta ideia, mostrando que nestes jovens haverá dificuldades em se fazer a separação emocional dos pais e em ganhar uma autonomia emocional ou, talvez aquilo que poderíamos chamar -um locus de controlo interno-. Poderão ser jovens que poderão ter uma maior reactividade emocional aos acontecimentos exteriores, pois o seu “padrão de regulação emocional” situa-se no exterior e não no interior.

Pensamos que um dos aspectos mais importantes numa intervenção psicoterapêutica com estes jovens será exactamente ajudá-los a terem uma “regulação emocional interna”, a poderem reger e lidar com as emoções independentemente (dentro daquilo que for possível) dos acontecimentos externos, a poderem ter um continente interno, que permita a evolução e o crescimento, como Grinberg (1991) e Zimmerman (1995) salientam quando falam da obra de Bion.

Os resultados obtidos em relação à existência de psicopatologia, permitem-nos confirmar a Hipótese 5, sendo os valores de depressão, de ansiedade e de outras características de psicopatologia significativamente mais elevados nos indivíduos do Grupo Experimental.

Estes resultados vêm confirmar o que muitos autores referem na parte teórica, quando abordámos os aspectos da personalidade associados à tentativa de suicídio. Permitindo-nos concluir que existem características de psicopatologia mais relacionadas com o estado em que o jovem se encontra (exemplo: valores da ansiedade estado e de

depressão no Inventário de Beck), que nos permitem pensar que este comportamento se trata de um momento de crise, muitas vezes reactivo a um determinado acontecimento, Existindo também traços de psicopatologia que já farão parte da estrutura de personalidade (exemplo: ansiedade traço) e que poderão funcionar como factores que poderão predispor a este comportamento e aumentar a vulnerabilidade para que tal aconteça.

Deste modo pensamos que com estes jovens será extremamente importante que se possa fazer uma avaliação em que se considere a possível existência de psicopatologia. Julgamos que um psicólogo deverá utilizar essencialmente a entrevista como forma de avaliação, mas deverá também recorrer à utilização de questionários e de testes projectivos -como por exemplo o Rorschach, Reulet (1998)- de forma a que melhor possa compreender o que se passa com estas pessoas, a que melhor possa fazer um diagnóstico e a poder delinear um programa terapêutico.

Os resultados relacionados com os acontecimentos de vida permitem-nos confirmar a Hipótese 6, existindo alguns acontecimentos que parecem ter aumentado a vulnerabilidade e poderão ter estado por trás deste comportamento.

Quando abordamos a existência de um acontecimento que tenha precipitado a tentativa de suicídio, verificamos que nestes casos, os acontecimentos mais comuns - ruptura ou discussão com o/a namorado/a, conflitos com os pais e maus resultados escolares, estão relacionados com os acontecimentos que referimos na parte teórica e que são característicos do espaço relacional do adolescente.

Embora não o tenhamos comentado na apresentação dos resultados, pois tratava-se apenas de uma situação, achamos curioso, nestes casos, o acontecimento de

vida - estar apaixonado, que é considerado por um dos jovens como a principal razão que o levou a adoptar o comportamento suicidário. Parece-nos que esta situação nos mostra como a baixa auto-estima e a fragilidade narcísica nesta idade poderão estar por trás do comportamento auto-destrutivo, Orbach, I., Mikulincer, M., Stein, D. e Cohen, O. (1998) confirmam esta ideia ao salientarem que os adolescentes que tentam o suicídio têm mais representações negativas de si próprios e menor organização e diferenciação dos atributos do self.

Quando vemos os acontecimentos que se destacam no Inventário de Acontecimentos de Vida, parece-nos importante considerar o acontecimento -fracasso em atingir um objectivo pessoal-, tratar-se-á de um aspecto a considerar na avaliação e no tratamento que é feito a estes jovens, sendo importante nestes casos, a discussão de alternativas com a redefinição de objectivos ajudando o jovem a pensar no futuro, que muitas vezes é difícil nestas situações, pois é muito comum encontrarem-se demasiado centrados nas suas dificuldades do presente. O acontecimento -tentativa de suicídio- deverá também ser levado em consideração. O facto de se ter tido este tipo de comportamento poderá de certa forma condicionar o jovem, levando-o a repetir mais vezes, pois trata-se de um comportamento com uma grande densidade emocional. Desta forma, será importante na avaliação e na intervenção terapêutica verificar se este comportamento já foi anteriormente efectuado pelo sujeito e qual ou quais o método ou os métodos utilizados, trata-se de uma informação extremamente importante para o diagnóstico e também para o prognóstico, permitindo colocar hipóteses sobre a maior ou menor possibilidade de uma nova tentativa de suicídio se repetir.

Mais uma vez, tal como referimos quando comentámos os valores da Independência Funcional, faz-nos sentido chamarmos a atenção para a grande

reactividade que poderá estar relacionada a este comportamento, podendo-se verificar nestes casos que a tentativa de suicídio surgirá muitas vezes como uma reacção face aos acontecimentos. Como Marcelli e Braconnier (1984) e Matos (1991) referem, estes adolescentes poderão ter uma personalidade mais impulsiva, com maiores dificuldades em mentalizar. Será importante ajudar o jovem a pensar e a reflectir em múltiplos aspectos, pois o pensamento poderá funcionar como um travão face à reacção a um acontecimento.

Através dos resultados obtidos no Questionário de Suporte Social podemos confirmar a Hipótese 7, sendo o suporte social mais limitado nos adolescentes que tentaram o suicídio do que nos adolescentes que não tentaram. Verificamos esta limitação considerando várias formas de suporte social, relacionadas com cada uma das cinco questões que foram colocadas.

Nas três primeiras questões encontramos valores relativamente elevados (respostas bastante) nos dois grupos, o que demonstra que de um modo geral os sujeitos se sentem amados, respeitados e podem confiar nestas pessoas significativas. No entanto vemos que o número de respostas bastante é superior no Grupo de Controlo ao dos jovens do Grupo Experimental. Parece-nos importante referir os resultados encontrados na Questão 1, que nos mostram que os adolescentes do Grupo Experimental se sentem um pouco mais amados pelos amigos do que pelos pais, o que não se passa no Grupo de Controlo, onde o maior número de respostas refere-se à mãe e ao pai. Este facto parece confirmar o que Wilde, Kienhorst, Diekstra e Wolters (1994) referem, quando falámos da tentativa de suicídio e das relações familiares, em que se salienta que os jovens com este comportamento tendem a procurar mais apoio

fora da família. Pensamos que embora esta possa ser uma forma de se procurarem equilibrar e organizar (talvez um último recurso?), será uma forma de suporte mais desadaptativa pois haverá sempre no indivíduo uma necessidade em procurar as figuras parentais¹⁹, tal como é referido por Machado Pais (1993) no seu excelente trabalho sobre as culturas juvenis na região da Área Metropolitana de Lisboa.

Será também importante chamar a atenção para os resultados encontrados na Questão 4 -Em que medida é que esta pessoa concorda com ou apoia as suas acções e pensamentos-, onde se verifica uma baixa geral nos resultados, que nos parece relacionada com as características específicas da adolescência, onde se verifica o conflito de gerações e a existência de ideias aparentemente antagónicas entre os jovens e os pais. No entanto, mais uma vez aqui parece haver uma maior discordância por parte das pessoas do Grupo Experimental, o que no caso destes jovens poderá acentuar ainda mais o conflito de gerações e eventualmente poderá fazer com que surjam alguns problemas nas relações com os pais.

Todos estes aspectos relacionados com o suporte social parecem-nos extremamente importantes considerando uma intervenção terapêutica onde se deverá avaliar a percepção que os jovens têm sobre estas questões, pois como Fleming (1993) refere, muitas vezes é mais importante a percepção que os adolescentes têm, do que o que se passa na realidade.

A Autonomia é assim um processo complexo que engloba diversos factores relacionados com a tentativa de suicídio.

¹⁹ Pensamos que esta será uma necessidade provavelmente ontológica e mesmo filogenética e por isso profundamente enraizada na personalidade de cada um de nós.

Se considerármos os resultados aqui obtidos, poderemos verificar que em alguns aspectos o processo de autonomia nestes jovens sofre um entrave, pois verificamos que há características do funcionamento mental, determinados acontecimentos de vida e uma percepção do suporte social, que parecem provocar algum desequilíbrio e alguma desadaptação nestes jovens, de forma diferente com o que se passa nos jovens do Grupo de Controlo.

Julgamos que todos estes aspectos deverão ser tomados em consideração pelo psicólogo clínico quando está com uma pessoa, não só quando pretende abordar a forma como é vivida a autonomia, mas também qualquer outra situação. Na clínica cada vez mais deveremos estar atentos a múltiplos aspectos que estão associados (não aqueles que causam só por si, mas que estão associados ou que também causam) aos processos mentais e aos comportamentos, como deveremos de igual modo estar cada vez mais abertos à multidisciplinaridade e a podermos compreender como a compreensão e a articulação com as múltiplas áreas do conhecimento nos faz enriquecer e nos permite ajudar melhor as outras pessoas.

Achamos importante que este trabalho possa em alguns casos constituir-se num ponto de partida de futuras investigações, pensamos que os diversos aspectos que abordámos, relacionados com a tentativa de suicídio e com a adolescência podem ser aprofundados e poderão contribuir para uma maior compreensão sobre o que se passa com estes jovens.

Considerando os resultados deste trabalho, achamos importante que os valores das diversas formas de Independência possam ser estudados de uma forma mais

aprofundada, de forma a que melhor se possa compreender como a tentativa de suicídio (e mesmo outras situações na área da saúde mental) estará relacionada com as várias formas de Independência e também que se perceba como estas se poderão relacionar entre si.

Se tomármos como referência os resultados relacionados com o sexo, tanto para os valores de Independência como para a psicopatologia, verificamos que ao contrário do que referimos na parte teórica, não se encontram grandes diferenças. No entanto pensamos que em futuras investigações se deva aprofundar os estudos sobre as possíveis diferenças a encontrar entre os sexos. As referências teóricas parecem claras a este respeito, tal como foram claras as dificuldades que tivemos em arranjar jovens do sexo masculino que pertencessem ao Grupo Experimental, o que mais uma vez veio demonstrar que nesta faixa etária este comportamento é mais característico nas raparigas.

Comentários à realização deste trabalho

Gostaríamos de referir algumas dificuldades que encontrámos na realização deste trabalho, especialmente no que se refere à recolha da amostra.

Inicialmente pensámos em falar e aplicar os questionários a jovens que tivessem feito a tentativa de suicídio no espaço de uma semana, mas a sua entrada irregular nos serviços de urgência e a forma como entrámos em contacto com eles no Núcleo de Estudos do Suicídio terão contribuído para que o nosso contacto com os adolescentes

fosse efectuado mais do que uma semana depois de terem efectuado este comportamento.

A grande quantidade de questionários e a aplicação individual feita com os jovens do Grupo Experimental, demorou bastante tempo, tendo sido possivelmente um pouco demorada demais, tendo em conta o tempo limite para a execução de uma Dissertação de Mestrado, Contudo esta aplicação possibilitou-nos um maior contacto com estas pessoas, o que achamos que será sempre enriquecedor.

O grande número de questionários, quando aplicados nas escolas, em especial nas duas turmas do 12º ano, originou algumas queixas por parte dos jovens devido ao tempo que demoravam a responder.

Esperamos que estas dificuldades possam contribuir para que as pessoas que façam investigação nesta e noutras áreas possam aperfeiçoar cada vez mais os seus estudos.

Referências Bibliográficas

- *Adam, K. S., West, M. e Sheldon-Keller, A. E. (1996). Attachment Organization and History of Suicidal Behavior in Clinical Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 264-272.
- *Almeida, M. J. V., Dias, G. F. e Fontaine, A.M. (1996). Separação Psicológica das Figuras Parentais em Jovens Universitários: Adaptação do "Psychological Separation Inventory" de Hoffman à População Portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 17 (1), 5-17.
- *Amado, J. (1997). *Capitães da Areia*. Mem Martins: Publicações Europa-América, 10ª Edição.
- *Aronson, S. e Scheidlinger, S. (1995). Group Treatment of Suicidal Adolescents in Zimmerman, J. K. e Asnis, G. M. *Treatment Approaches With Suicidal Adolescents*. A Wiley-Interscience Publication, 189-202.
- *Beck, A. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- *Bergeret, J. (1988). *Personalidade Normal e Patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original em francês publicado em 1974).
- *Bettridge, B. J. e Favreau, O. E. (1995). The Dependency Needs and Perceived Availability and Adequacy of Relationships in Female Adolescent Suicide Attempters. *Psychology of Women Quarterly*, (19), 517-531.
- *Blos, P. (1985). *Adolescência uma Interpretação Psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original em inglês publicado em 1962).
- *Bowlby, J. (1990). *Apego A Natureza do Vínculo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda. (Trabalho original em inglês publicado em 1969).
- *Bowlby, j. (1998). *Separação Angústia e Raiva*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda. (Trabalho original em inglês publicado em 1973).
- *Bowlby, J. (1998). *Perda Tristeza e Depressão*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda. (Trabalho original em inglês publicado em 1973).
- *Bowles, T. V. P. e Fallon, B. J. (1996). Self-Concept, Family Functioning and Problem Type: A Replication and Extension of a Study of Clinic and Non-Clinic Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, (19), 62-67.

- *Brazelton, T. B. e Graner, B. G. (1989). *A Relação mais Precoce. Os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- *Bronisch, T. (1996). The relationship between suicidality and depression. *Archives of Suicide Research*, 82), 235-254.
- *Catenaccio, R. (1995). Crisis Intervention With Suicidal Adolescents: A View from the Emergency Room in Zimmerman, J. K. e Asnis, G. M. . *Treatment Approaches With Suicidal Adolescents*. A Wiley-Interscience Publication, 174-188.
- *Correia, M.C. (...). Este trabalho ainda não foi publicado.
- *Cunha, J. A. (1993). *Inventário de Depressão de Beck. Psicodiagnóstico*, 135-136.
- *DeMASO, D. R., Ross, L. e Beardslee, W.R. (1994). Depressive Disorders and Suicidal Intent in Adolescent Suicide Attempters. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15 (2), 74-77.
- *Dias, C. A. (1988). *Para uma Psicanálise da Relação*. Porto: Edições Afrontamento.
- *Dias, C. A. e Vicente, T. N. (1984). *Depressão no Adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.
- *Dinges, N. G. e Duong-Tran (1993). Stressful Life Events and Co-occurring Depression, Substance Abuse and Suicidality among American Indian and Alaska Native Adolescents. *Culture Medicine and Psychiatry*, (16), 487-502.
- *Durkheim, E. (1995). Suicídio e Anomia, 345-363, in Braga da Cruz, M. *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos (Antologia de Textos)*. I Volume 2ª edição. Lisboa: Serviço de Educação, Fundação Calouste Gulbenkian.
- *Fabião, E. (1998). Ansiedade, aborrecimento, depressão e tentativa de suicídio em adolescentes escolarizados. *Psiquiatria Clínica*, 19 (2), 129-137.
- *Feldman, M. e Wilson, A. (1997). Adolescent suicidality in urban minorities and its relationship to conduct disorders, depression, and separation anxiety. *Journal-of-the American-Academy-of-Child-and-Adolescent-Psychiatry*, 36 (1), 75-84.
- *Figueiredo, E. (1985). *No Reino de Xantum-Os Jovens e o Conflito de Gerações*. Porto: Edições Afrontamento.
- *Figueiredo, E. (1988). *Portugal: os próximos 20 anos. Conflito de gerações-conflito de valores (Vol II)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- *Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia-O Desenvolvimento psicológico e a Relação com os Pais*. Porto: Edições Afrontamento.

- *Gasquet, I. E Choquet, M. (1993). Gender role in adolescent suicidal behavior: observations and therapeutic implications. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, (87), 59-65.
- *Greene, J. M. e RingWalt, C.L. (1996). Youth and familial substance use's association with suicide attempts among runaway and homeless youth. *Journal Substance-Use-and-Misuse*, 31 (8), 1041-1058.
- *Grinberg, L., Sor, D. e Rianchedi E. T. (1991). *Nueva Introduction a las ideas de Bion*. Madrid: Tecnipublicaciones, S. A.
- *Grosz, D. E., Zimmerman, J. K. e Asnis, G. M. (1995). Suicidal Behavior in Adolescents: A Review of Risk and Protective Factors in Zimmerman, J. K. e Asnis, G. M. . *Treatment Approaches With Suicidal Adolescents*. A Wiley-Interscience Publication, 3-16.
- *Halfon, O., Laget, J. e Barrie, M. (1994). An Epidemiological and Clinical Approach to Adolescent Suicide A Comparison Between Suicidal and Non-Suicidal Clinical Groups in a Health Foudation Center for French Students. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4 (1), 32-38.
- *Hendin, M. D. (1991). Psychodynamics of Suicide With Particular Reference to the Young. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1150-1158.
- *Ivarsson, T., Larsson, B. e Gillberg, C. (1998). A 2-4 year follow up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric impatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, (7), 96-104.
- *Jacobs, M. D. (1992). Evaluating and treating Suicidal Behaviour in the Borderline Patient. Suicide and Clinical Practice. Washington, D. C.: *American Psychiatric Press, inc*. First Edition, 115-130.
- *Jobes, D.A. (1995). Psychodynamic Treatment of Adolescent Suicide AttemptersIn Zimmerman, J. K. . *Treatment Approaches with Suicidal Adolescents*. A Wiley-Interscience Publication, 47-70.
- *Kahn, J.P., Prowda, K.J. e Tratman, P. D. (1995). Adolescent Suicide: Diagnosis, Psychopharmacology and Psychoterapeutic Management in Zimmerman, J. K. e Asnis, G. M. . *Treatment Approaches With Suicidal Adolescents*. A Wiley-Interscience Publication, 219-240.
- *Kaplan, K. J. e Worth, S. A. (1993). Individuation-Attacment and Suicide Trajectory: A Developmental Guide for the Clinician. *OMEGA*, 27 (3), 207-237.
- *Kernberg, O. (1991). As tendências Suicidárias nos Estados-Limite. 185-202 in Bergeret, J., Reid, W. *Narcisismo e Estados Limite*. Lisboa: Escher.

- *Koopmans, M. (1995). A case of family dysfunction and teenage suicide attempt: applicability of a family systems paradigm. *Adolescence*, 30 (117), 87-94.
- *Leenars, A. A. e Lester, D. (1995). Assesment and Prediction of Suicide Risk in Adolescents in Zimmerman , J. K. e Asnis, G. M. . *Treatment Approaches With Suicidal Adolescents*. A Wiley-Interscience Publication, 47-70.
- *Leenars, A. A. (1997). Rick: A Suicide of a Young Adult. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27 (1), 15-27.
- *Lehnert, K. L., Overholser, J. C. e Spirito, A. (1994). Internalized and Externalized Anger in Adolescent Suicide Attempters. *Journal of Adolescent Research*, 9 (1), 105-119.
- *Lewinsohn, P. M., Rohde, P. e Seeley, J. R. (1993). Psychosocial Characteristics of Adolescents With a History of Suicide Attempt. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (81), 60-68.
- *Lopes, J. S. (1985). *Análise Multidimensional Comparada das Timopatias Tardias e outras Timopatias*. Lisboa: F.M.L. Dissertação.
- *Machado Pais, J. (1993). *Culturas Juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- *Mahler, M. S., Pine, F. e Bergman, A. (1993). *O Nascimento Psicológico da Criança*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original em inglês publicado em 1975).
- *Malik, L. A. (1988). *Os Castradores do Reino*. Lisboa: Livros Horizonte.
- *Maltsberger, J. T. (1997). Ted, Suicide in an Adolescent Storm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27 (29), 225-230.
- *Matos, M. P. (1991). *Factores de Risco Psicológico em jovens Condutores de Motorizadas e sua Influência Relativa na Ocorrência dos Acidentes*. Lisboa: PPCE/UL.
- *Marcelli, D. e Braconnier (1984). *Psychopatologie de L'adolescent*. Paris: Edit. Masson.
- *Miller, M. (1995). An Intergenerational Case Study of Suicidal Tradition and Mother-Daughter Communication. *Journal of Applied Communication Research*, (23), 247-270.
- *Ohring, R. , Apter, A., Ratzoni, G., Weizman, R., Tyano, S. e Plutchik, R. (1996). State and Trait Anxiety in Adolescent Suicide Attempters. *Journal-of-the American-Academy-of-Child-and-Adolescent-Psychiatry*, 35 (2), 154-157.

- *Orbach, I., Mikulincer, M., Stein, d. E Cohen, O. (1998). Self-representation of suicidal adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (3), 435-439.
- *Pacheco, J. C. (1989). *Bases Psicoterapêuticas na Prática Clínica*. Porto: Laboratórios Bial.
- *Pais Ribeiro, J. L. (1999)- *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- *Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- *Pinto Gouveia, J. A. (1990). *Factores Cognitivos de Vulnerabilidade para a Depressão*. Tese de Doutoramento. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- *Reulet, J. L. (1998). Images anatomiques dans le Rorschach d'adolescents suicidants: De la reconstitution des formes et de leurs limites. *Bulletin-de-Psychologie*, 51 (434), 149-152.
- *Rey, J. M. (1995). Perceptions of poor maternal care are associated with adolescent depression. *Journal of Affective Disorders*, (34), 95-100.
- *Roberts, R. E., Roberts, C.R. e Chen, R. (1998). Suicidal thinking Among Adolescents With a History of Attempted Suicide. *Journal-of-the-American-Academy-of-Child-and-Adolescent-Psychiatry*, 37 (12), 1294-1300.
- *Sacco, et al (1985). Effect of Depression Level and Length of Acquaintance on Reactions of Others to a Request for Help. *Journal of Personal and Social Psychology*, 49 (6), 1728-1737.
- *Sampaio, D. (1985). *Tentativa de Suicídio na Adolescência-Interpretação Sistémica e Redefinição de Estratégias Terapêuticas*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina.
- *Sampaio, D. e Santos, N. (1990). Tentativa de suicídio adolescente-Aspectos clínicos. *Psiquiatria Clínica*, 11 (1), 1-8.
- *Sampaio, D. e Santos, N. C. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 187-194.
- *Saraiva, C. B. (1999). *Para-Suicídio*. Coimbra: Quarteto Editora
- *Siegel, S. (1975). *Estatística Não-Paramétrica*. São Paulo: Mc Graw Hill.
- *Silva, A. M. (1980). *Novo Dicionário Compacto da Língua Portuguesa*. Editorial Confluência Lda/Livros Horizonte Lda.

- *Soares, I. E. Campos, B.P. (1988). Vinculação e Autonomia na Relação do Adolescente com os pais. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 57-64.
- *Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (FORMY) ("Self-Evaluation Questionnaire")*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, Inc.
- *Weber, D. e Botta, J. M. (1981-1982). *L'adolescent Suicidant du gest à la parole. Aspects Cliniques et institutionnels*. Paris: Masson, 117-124.
- *Westefeld, J. S. e Liddel, D. L. (1994). The Beck Depression Inventory and its Relationship to College Student Suicide. *Journal of College Student Development*, 35, 145-146.
- *Wilde, E. J. , Kienhorst, C. W. M., Diekstra, R. F. W. e Wolter, W. H. G. (1994). Social Support, Life Events, and Behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide. *Adolescence*, 29 (113), 49-60.
- *Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Trabalho original em inglês publicado em 1971).
- *Winnicott, D. (1982). *O Ambiente e os processos de maturação*. Estudo sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Do inglês. Porto Alegre: Artes médicas.
- *Vannatta, R. A. (1996). Adolescent Gender Differences in Suicide-Related Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 26 (5), 559-568.
- *Zayas, L. H. e Dyche, L. A. (1995). Suicide Attempts in Puerto Rican Adolescent Females: A Sociocultural Perspective and Family Treatment Approach in Zimmerman, J. K. e Asnis, G. M. . *Treatment Approaches With Suicidal Adolescents*. A Wiley-Interscience Publication, 203-218.
- *Zimmerman, D. E. (1995). *Bion da Teoria à Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- *Zimmerman, J. K. (1995). Treating Suicidal Adolescents: Is It Really Worth It?in Zimmerman, J. K. e Asnis, G. M. . *Treatment Approaches With Suicidal Adolescents*. A Wiley-Interscience Publication, 3-16.
- *Zimmerman, J. K. e La Sorsa, A. (1995). Being the Family's Therapist. An Integrative Approach in Zimmerman, J. K. e Asnis, G. M. . *Treatment Approaches With Suicidal Adolescents*. A Wiley-Interscience Publication, 174-188.

Errata

Neste Trabalho verificam-se alguns erros ortográficos e duas citações que não estão correctas. Pretendemos aqui corrigir alguns erros que consideramos mais significativos, bem como as duas citações.

- * Pág 7 (Rodapé); onde está Brazeltone, deverá estar **Brazelton**

- * Págs 10, 29 e 43; onde está Autoura, deverá estar **Autora**

- * Págs 13,16,17,21,22,24,25, 26, 28,30,31,42,43,50,57,91,94; onde está Autoures, deverá estar **Autores**

- * Pág 32 (Suicídio Anómico); onde está co que, deverá estar **poderão fazer com que**

- * Pág 39; onde está (ob cit pág...), deverá estar **(ob cit pág 2)**

- * Pág 50; onde está (Correia 2000), deverá estar **Correia (...)**

Anexo

I.S.P

(Inventário de Separação Psicológica)

Este questionário destina-se a um trabalho de investigação e é confidencial.

Nas páginas que se seguem existem uma série de afirmações relativas às relações dos jovens com os seus pais. Ponha um círculo à volta do número que melhor acha corresponder à sua situação.

Sexo _____ Idade _____

	Discordo inteiramente	Discordo	Concordo	Concordo inteiramente
Gosto de mostrar a fotografia da minha mãe aos meus amigos				
As minhas ideias acerca da igualdade racial são iguais às da minha mãe				
Sinto-me constantemente em guerra com a minha mãe				
Os desejos da minha mãe têm influenciado a minha escolha de amigos				
Tenho saudades se estou muito tempo longe da minha mãe				
A minha atitude em relação à obscenidade é semelhante à da minha mãe				
Por vezes a minha mãe é um peso para mim				
Quando estou em dificuldade em geral peço ajuda à minha mãe para me livrar de sarilhos				
A minha mãe é a pessoa mais importante do mundo para mim				
As minhas opiniões acerca do papel das mulheres são semelhantes às da minha mãe				
Culpo a minha mãe de muitos dos problemas que tenho				
Peço frequentemente à minha mãe que me ajude a resolver os meus problemas pessoais				
Estar longe da minha mãe faz-me sentir só				
As minhas opiniões acerca do papel dos homens são semelhantes às da minha mãe				
Gostava que a minha mãe não fosse tão excessivamente protectora				
Não faria uma compra importante sem a aprovação da minha mãe				
Quando estou longe de casa às vezes telefono só para ouvir a voz da minha mãe				
As minhas convicções religiosas são semelhantes às da minha mãe				
Gostava que a minha mãe não tentasse manipular-me				
Em geral consulto a minha mãe quando faço planos para um fim-de-semana fora				
Quando vou a casa, de férias, gosto de passar a maior parte do tempo com a minha mãe				
(cont.)	Discordo inteiramente	Discordo	Concordo	Concordo inteiramente
As minhas ideias sobre a educação das crianças são semelhantes às da minha mãe				
Sinto que tenho obrigações para com a minha mãe que gostava de não ter				
Consulto a minha mãe quando decido sobre um emprego em <i>part-time</i>				
Depois de ir passar férias com a minha mãe tenho dificuldade em deixá-la				
As minhas crenças acerca do começo do universo são semelhantes às da minha mãe				

Desejo muitas vezes que a minha mãe me trate mais como um(a) adulto(a)				
Decido o que fazer de acordo com o que a minha mãe aprovará				
Gosto de abraçar e beijar a minha mãe				
As minhas crenças sobre o que acontece à pessoas quando morrem são semelhantes às da minha mãe				
Estou muitas vezes zangado(a) com a minha mãe				
Pergunto à minha mãe o que hei-de fazer quando me encontro numa situação difícil				
A minha mãe é a minha melhor amiga				
A minha atitude para com o sexo é semelhante à da minha mãe				
Desejava que a minha mãe não tentasse que eu tomasse o partido dela				
Peço conselhos à minha mãe quando planeio as minhas férias				
Julgo ter uma relação mais próxima com a minha mãe do que com a maioria das pessoas da minha idade				
A minha atitude em relação à política nacional é semelhante à da minha mãe				
Por vezes a minha mãe é para mim uma origem de embaraço				
Gosto que a minha mãe me ajude a escolher a roupa que compro para ocasiões especiais				
Quando estou longe sinto-me culpado(a) se não escrevo com frequência à minha mãe				
A minha atitude em relação aos doentes mentais é semelhante à da minha mãe				
Fico irritado(a) quando a minha mãe me critica				
As vezes penso que sou demasiado dependente da minha mãe				

	Discordo inteiramente	Discordo	Concordo	Concordo inteiramente
Gosto de mostrar a fotografia do meu pai aos meus amigos				
As minhas ideias acerca da igualdade racial são iguais às do meu pai				
Sinto-me constantemente em guerra com o meu pai				
Os desejos do meu pai têm influenciado a minha escolha de amigos				
Tenho saudades se estou muito tempo longe do meu pai				
A minha atitude em relação à obscenidade é semelhante à do meu pai				
Por vezes o meu pai é um peso para mim				
Quando estou em dificuldade em geral peço ajuda ao meu pai para me livrar de sarilhos				
O meu pai é a pessoa mais importante do mundo para mim				
As minhas opiniões acerca do papel das mulheres são semelhantes às do meu pai				
Culpo o meu pai de muitos dos problemas que tenho				
Peço frequentemente ao meu pai que me ajude a resolver os meus problemas pessoais				
Estar longe do meu pai faz-me sentir só				
As minhas opiniões acerca do papel dos homens são semelhantes às do meu pai				

Gostava que o meu pai não fosse tão excessivamente protector				
Não faria uma compra importante sem a aprovação do meu pai				
Quando estou longe de casa às vezes telefono só para ouvir a voz do meu pai				
As minhas convicções religiosas são semelhantes às do meu pai				
Gostava que o meu pai não tentasse manipular-me				
Em geral consulto o meu pai quando faço planos para um fim-de-semana fora				
Quando vou a casa, de férias, gosto de passar a maior parte do tempo com o meu pai				

(cont.)	Discordo inteiramente	Discordo	Concordo	Concordo inteiramente
As minhas ideias sobre a educação das crianças são semelhantes às do meu pai				
Sinto que tenho obrigações para com o meu pai que gostava de não ter				
Consulto o meu pai quando decido sobre um emprego em <i>part-time</i>				
Depois de ir passar férias com o meu pai tenho dificuldade em deixá-lo				
As minhas crenças acerca do começo do universo são semelhantes às do meu pai				
Desejo muitas vezes que o meu pai me trate mais como um(a) adulto(a)				
Decido o que fazer de acordo com o que o meu pai aprovará				
Gosto de abraçar e beijar o meu pai				
As minhas crenças sobre o que acontece à pessoas quando morrem são semelhantes às do meu pai				
Estou muitas vezes zangado(a) com o meu pai				
Pergunto ao meu pai o que hei-de fazer quando me encontro numa situação difícil				
O meu pai é o meu melhor amigo				
A minha atitude para com o sexo é semelhante à do meu pai				
Desejava que o meu pai não tentasse que eu tomasse o partido dele				
Peço conselhos ao meu pai quando planeio as minhas férias				
Julgo ter uma relação mais próxima com o meu pai do que com a maioria das pessoas da minha idade				
A minha atitude em relação à política nacional é semelhante à do meu pai				
Por vezes o meu pai é para mim uma origem de embaraço				
Gosto que o meu pai me ajude a escolher a roupa que compro para ocasiões especiais				
Quando estou longe sinto-me culpado(a) se não escrevo com frequência ao meu pai				
A minha atitude em relação aos doentes mentais é semelhante à do meu pai				
Fico irritado(a) quando o meu pai me critica				
As vezes penso que sou demasiado dependente do meu pai				

INVENTÁRIO DE BECK

Este questionário destina-se a um trabalho de investigação e é confidencial.

Nas páginas que se seguem existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada um deles. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como você se sentiu na semana que passou, incluindo o dia de hoje. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação que tiver seleccionado. Se várias afirmações no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, ponha um círculo à volta delas. Certifique-se de ler todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

Sexo _____ Idade _____

1. 0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.

3 Estou tão triste ou infeliz que não posso aguentar!

+

0 Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada por que esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que o indivíduo médio.

2 Quando olho para trás na minha vida, tudo o que vejo é uma porção de fracassos.

3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

4. 0 Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava obter.

1 Não gosto das coisas da maneira que costumava gostar.

2 Não consigo mais sentir satisfação real com nenhuma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.

2 Sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.

6. 0 Não sinto que esteja a ser punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a).

2 Espero ser punido(a).

3 Sinto que que estou a ser punido(a).

7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).

3 Odeio-me.

8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.

2 Responsabilizo-me o tempo todo pelas minhas falhas.

3 Culpo-me por todas as coisas más que acontecem.

9. 0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.

1 Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.

10. 0 Não costumo chorar mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava chorar.

2 Actualmente, choro o tempo todo.

- 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. 0 Não me irrita mais agora que em qualquer outra época.
1 Fico magoado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me irritado(a) o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que me costumavam irritar.
12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em qualquer época.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que tinha antes.
3 Não consigo mais tomar qualquer decisão.
14. 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar a parecer velho(a) ou sem atractivos.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atractivos.
3 Considero-me feio(a).
15. 0 Posso trabalhar mais ao menos tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto é hábito.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que é hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) do que é hábito.
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 O meu apetite não está pior do que é hábito.
1 O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 O meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5kg
2 Perdi mais de 5kg
3 Perdi mais de 7,5kg
Estou deliberadamente tentado a perder peso,
comendo menos. Sim ___ Não ___
20. 0 Não me preocupo mais do que é hábito com a minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava.

2 Actualmente estou bem menos interessado(a) em sexo.

3 Perdi completamente o interesse pelo sexo.

STAI

(Escala de ansiedade Estado e de ansiedade Traço)

O questionário que se segue destina-se a um trabalho de investigação e é confidencial.

Sexo _____ Idade _____

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (x) o algarismo da direita que melhor indica como se sente neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente agora.

	Nada	Um pouco	Môdera- damente	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me cansado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente preocupo-me com possíveis desgraças	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me amedrontado	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me auto-confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me trémulo	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Sinto-me descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me firme	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (x) o algarismo da direita que melhor indica a forma como se sente habitualmente. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente habitualmente.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e agitado	1	2	3	4
23. Sinto-me nervoso e agitado	1	2	3	4
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto-me falhado	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27. Estou "calmo, fresco e concentrado"	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30. Estou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32. Falta-me auto-confiança	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro	1	2	3	4
34. Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequado	1	2	3	4
36. Estou contente	1	2	3	4
37. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	1	2	3	4
38. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha cabeça	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
40. Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	4

MINI-MULT

(Questionário)

Nestas folhas encontram-se várias frases. Pedimos-lhe que responda verdadeiro ou falso a cada uma delas.

Se a sua resposta for verdadeiro faça um círculo à volta da palavra verdadeiro.

Se a sua resposta for falso faça um círculo à volta da palavra falso.

Não demore muito tempo entre uma resposta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

Sexo _____ Idade _____

1. Tenho bom apetite.	VERDADEIRO	FALSO	60
2. Quase sempre acordo bem disposto.	VERDADEIRO	FALSO	61
3. A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam.	VERDADEIRO	FALSO	62
4. Trabalho num estado de grande tensão nervosa.	VERDADEIRO	FALSO	63
5. Às vezes penso em coisas demasiado indacentas para poder falar delas.	VERDADEIRO	FALSO	64
6. Raramente tenho prisão de ventre.	VERDADEIRO	FALSO	65
7. Há alturas em que desejo muito deixar a minha casa.	VERDADEIRO	FALSO	66
8. Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir.	VERDADEIRO	FALSO	67
9. Sofro de náuseas e vômitos.	VERDADEIRO	FALSO	68
10. Parece que ninguém me compreende.	VERDADEIRO	FALSO	69
11. Às vezes apetece-me praguejar.	VERDADEIRO	FALSO	70

12.	Tenho pesadelos quase todas as noites.	VERDADEIRO	FALSO	71
13.	Tenho dificuldade em fixar a atenção quando trabalho ou quando estou ocupado.	VERDADEIRO	FALSO	72
14.	Tenho passado por coisas muito especiais e esquisitas.	VERDADEIRO	FALSO	73
15.	Se os outros tivessem querido, com certeza eu teria tido mais sorte.	VERDADEIRO	FALSO	74
16.	Numa certa altura da minha infância aconteceu-me roubar pequenas coisas.	VERDADEIRO	FALSO	75
17.	Tenho tido períodos (dias, semanas, meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada.	VERDADEIRO	FALSO	76
18.	O meu sono é agitado e incômodo.	VERDADEIRO	FALSO	77
19.	Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas esquisitas.	VERDADEIRO	FALSO	78
20.	A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim.	VERDADEIRO	FALSO	79
21.	Muitas vezes sou obrigado a receber ordens de pessoas que sabem menos que eu.	VERDADEIRO	FALSO	80

22. Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.	VERDADEIRO	FALSO	15
23. Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem a simpatia e a ajuda dos outros.	VERDADEIRO	FALSO	16
24. Às vezes fico furioso.	VERDADEIRO	FALSO	17
25. Acho que tenho pouca confiança em mim.	VERDADEIRO	FALSO	18
26. Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou tremam dum maneira incômoda e estranha.	VERDADEIRO	FALSO	19
27. A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada.	VERDADEIRO	FALSO	20
28. Sinto-me quase sempre feliz.	VERDADEIRO	FALSO	21
29. Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas dizem, mesmo que eu tenha a certeza de que elas têm razão.	VERDADEIRO	FALSO	22
30. Tenho a impressão de que os outros tentam prejudicar-me.	VERDADEIRO	FALSO	23

31. Acho que todas as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa ou qualquer vantagem em vez de perderem.	VERDADEIRO	FALSO	24
32. Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou os meus intestinos.	VERDADEIRO	FALSO	25
33. Muitas vezes não percebo porque sou brusco e rabugento.	VERDADEIRO	FALSO	26
34. Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los.	VERDADEIRO	FALSO	27
35. Estou convencido de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que eu conheço.	VERDADEIRO	FALSO	28
36. Às vezes sinto que não sirvo para nada.	VERDADEIRO	FALSO	29
37. Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde.	VERDADEIRO	FALSO	30
38. Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente.	VERDADEIRO	FALSO	31
39. Acho que muitas vezes tenho sido castigado sem razão.	VERDADEIRO	FALSO	32
40. Nunca me senti tão bem como agora.	VERDADEIRO	FALSO	33

41. Não me importo com o que os outros pensam de mim.	VERDADEIRO	FALSO	14
42. Acho que tenho boa memória.	VERDADEIRO	FALSO	35
43. Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço.	VERDADEIRO	FALSO	36
44. Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral.	VERDADEIRO	FALSO	37
45. Tenho muito poucas vezes dores de cabeça.	VERDADEIRO	FALSO	38
46. Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando.	VERDADEIRO	FALSO	39
47. Não gosto de toda a gente que conheço.	VERDADEIRO	FALSO	40
48. Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias e dos meus pensamentos	VERDADEIRO	FALSO	41
49. Gostava de não ser envergonhado.	VERDADEIRO	FALSO	42
50. Estou convencido de que os meus pecados não podem ser perdoados.	VERDADEIRO	FALSO	43
51. Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são muito importantes.	VERDADEIRO	FALSO	44

52. Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou.	VERDADEIRO	FALSO	45
53. Às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros.	VERDADEIRO	FALSO	46
54. Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume.	VERDADEIRO	FALSO	47
55. Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o folego.	VERDADEIRO	FALSO	48
56. Fico furioso com facilidade mas esqueço-me depressa.	VERDADEIRO	FALSO	49
57. Tenho alturas em que estou tão nervoso que sou incapaz de estar sentado numa cadeira.	VERDADEIRO	FALSO	50
58. Os meus pais e os meus amigos acham que eu tenho mais defeitos do que realmente tenho.	VERDADEIRO	FALSO	51
59. Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros.	VERDADEIRO	FALSO	52
60. Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se essa outra deixar.	VERDADEIRO	FALSO	53
61. Há alturas em que me sinto cheio de energia.	VERDADEIRO	FALSO	54

62. A minha vista não tem enfraquecido.	VERDADEIRO	FALSO	55
63. Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos.	VERDADEIRO	FALSO	56
64. Numa ou em várias alturas da minha vida senti que alguém tentava hipnotizar-me.	VERDADEIRO	FALSO	57
65. Às vezes sinto-me cheio de alegria sem nenhuma razão especial.	VERDADEIRO	FALSO	58
66. Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me só a maior parte do tempo.	VERDADEIRO	FALSO	59
67. Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar de uma situação desagradável.	VERDADEIRO	FALSO	60
68. Sou mais sensível que a maioria das pessoas.	VERDADEIRO	FALSO	61
69. Às vezes o meu espírito parece que trabalha mais devagar do que de costume.	VERDADEIRO	FALSO	62
70. As pessoas desiludem-me muitas vezes.	VERDADEIRO	FALSO	63
71. Tenho abusado das bebidas alcoólicas.	VERDADEIRO	FALSO	64

VEJA SE RESPONDEU A TODAS AS FRASES, POR FAVOR

65	66	67	68
----	----	----	----

INVENTÁRIO DE EXPERIÊNCIAS VITAIS

Este questionário destina-se a um trabalho de investigação e é confidencial.

A lista a seguir apresentada contém uma série de acontecimentos que às vezes modificam a vida das pessoas, e que provocam um reajustamento social. Verifique por favor, quais destes acontecimentos lhe sucederam recentemente.

Interessa-nos especialmente saber o que aconteceu nos últimos quatro meses. Assinale no local apropriado o período em que eles aconteceram, diferenciando os que aconteceram durante o último mês, e os que aconteceram nos outros três meses anteriores, apontando neste caso o mês em que aconteceram.

Para cada acontecimento, indique também em que medida esse acontecimento teve uma importância positiva ou negativa na sua vida, isto é, o grau de impacto positivo ou negativo que ele teve sobre si, utilizando a escala que está à frente de cada acontecimento e que vai desde o valor de -3 que indica um impacto extremamente negativo, até +3 que indica um impacto extremamente positivo.

Coloque um círculo à volta do número que melhor parece traduzir esse impacto.

Sexo _____ Idade _____

	Extrema- mente negativo	Moderada- mente negativo	Ligeira- mente negativo	Sem impacto	Ligeira- mente positivo	Moderada- mente positivo	Extrem ment positi
1. Casamento	-3	-2	-1	0	1	2	3
2. Prisão ou detenção em ins- tituição	-3	-2	-1	0	1	2	3
3. Morte do conjugue	-3	-2	-1	0	1	2	3
4. Alteração do sono (muito mais ou muito menos sono).	-3	-2	-1	0	1	2	3
5. Morte de familiar próximo:							
a) Mãe	-3	-2	-1	0	1	2	3
b) Pai.	-3	-2	-1	0	1	2	3
c) Irmão.	-3	-2	-1	0	1	2	3
d) Irmã.	-3	-2	-1	0	1	2	3
e) Avô.	-3	-2	-1	0	1	2	3
f) Avó.	-3	-2	-1	0	1	2	3
g) Outro (especifique)	-3	-2	-1	0	1	2	3
6. Alteração importante dos hábitos alimentares (aumento ou redução da ingestão).	-3	-2	-1	0	1	2	3
7. Vencimento de hipoteca ou empréstimo	-3	-2	-1	0	1	2	3
8. Morte de um amigo	-3	-2	-1	0	1	2	3
9. Fracasso em atingir um o- bjectivo pessoal.	-3	-2	-1	0	1	2	3
10. Pequenas infracções da lei (multa zaragatas, etc.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
11. Homens: Gravidez da mulher ou amorada.	-3	-2	-1	0	1	2	3
12. Mulheres: Gravidez	-3	-2	-1	0	1	2	3
13. Mudança da situação pro- fissional (diferente responsa- bilidade, alteração das condi- ções de trabalho, horas extra- ordinárias, etc.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
14. Novo emprego.	-3	-2	-1	0	1	2	3
15. Doença grave, ou aciden- te de um familiar próximo:							
a) Pai.	-3	-2	-1	0	1	2	3
b) Mãe.	-3	-2	-1	0	1	2	3
c) Irmã.	-3	-2	-1	0	1	2	3
d) Irmã	-3	-2	-1	0	1	2	3
e) Avó.	-3	-2	-1	0	1	2	3
f) Avó.	-3	-2	-1	0	1	2	3
g) Avó.	-3	-2	-1	0	1	2	3
h) Cônjuge.	-3	-2	-1	0	1	2	3
i) Outro (especifique)	-3	-2	-1	0	1	2	3

	Extrema- mente negativo	Moderada- mente negativo	Ligeira- mente negativo	Sem impacto	Ligeira- mente positivo	Moderada- mente positivo	Extrem ment positiv
6. Dificuldades sexuais.	-3	-2	-1	0	1	2	3
7. Dificuldades no emprego. perigo de perder o emprego, uspensão, demissão, etc.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
8. Problemas com familiares or afinidade (cunhada, so- ro, etc.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
9. Alteração importante na ituação financeira. (grande melhoria ou agravamento).	-3	-2	-1	0	1	2	3
0. Alteração importante dos ações familiares. (aumento ou iminuição da intimidade).	-3	-2	-1	0	1	2	3
1. Entrada de um novo membro na família (nasci- mento, adopção, familiar que em viver na casa).	-3	-2	-1	0	1	2	3
2. Mudança de residência	-3	-2	-1	0	1	2	3
3. Separação conjugal ou do companheiro/a (devido a con- ito).	-3	-2	-1	0	1	2	3
4. Modificação importante as actividades religiosas. umento ou diminuição da equência).	-3	-2	-1	0	1	2	3
5. Reconciliação conjugal u com o companheiro/a.	-3	-2	-1	0	1	2	3
6. Alteração importante do úmero de discussões com o ônjuge. (aumento ou dimi- uição).	-3	-2	-1	0	1	2	3
7. Homens casados: modificação das condi- ões de trabalho da esposa. começar ou deixar de traba- lar, mudança de emprego).	-3	-2	-1	0	1	2	3
8. Mulheres casadas: modificação das condi- ões profissionais do marido. perda de emprego, novo em- rego, reforma).	-3	-2	-1	0	1	2	3
9. Alteração importante no po ou duração dos pas- atempos	-3	-2	-1	0	1	2	3
0. Empréstimo de mais de mil contos. (para compra de asa negócios, etc.)	-3	-2	-11	0	1	2	3

	Extrema- mente negativo	Moderada- mente negativo	Ligeira- mente negativo	Sem impacto	Ligeira- mente positivo	Moderada- mente positivo	Extre- men- te positivo
31. Empréstimo de menos de mil contos. (para comprar carro, TV. etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3
32. Ser despedido do emprego.	-3	-2	-1	0	1	2	3
33. Homens: aborto da mulher ou namorada	-3	-2	-1	0	1	2	3
34. Mulher: aborto	-3	-2	-1	0	1	2	3
35. Doença ou acidente pessoal grave.	-3	-2	-1	0	1	2	3
36. Alteração importante nas actividades sociais; idas a festas, cinemas, visitas. (aumento ou diminuição da participação).	-3	-2	-1	0	1	2	3
37. Modificação importante das condições de habitação familiar. (construção de casa nova, remodelação, deterioração da casa).	-3	-2	-1	0	1	2	3
38. Divórcio.	-3	-2	-1	0	1	2	3
39. Doença ou acidente grave de um amigo.	-3	-2	-1	0	1	2	3
40. Reforma.	-3	-2	-1	0	1	2	3
41. Abandono da casa por um filho/a. (devido a casamento, ida para a universidade, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3
42. Acabar um curso.	-3	-2	-1	0	1	2	3
43. Separação do cônjuge. (devido a trabalho, viagens, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3
44. Noivado.	-3	-2	-1	0	1	2	3
45. Ruptura com o amorado/a.	-3	-2	-1	0	1	2	3
46. Sair de casa pela primeira vez.	-3	-2	-1	0	1	2	3
47. Reconciliação com o amorado/a.	-3	-2	-1	0	1	2	3
48. Alcoolismo no cônjuge.	-3	-2	-1	0	1	2	3

Doutros acontecimentos que tenham tido importância na sua vida.
Escreva-os e avalie:

	Extrema- mente negativo	Moderada- mente negativo	Ligeira- mente negativo	Sem impacto	Ligeira- mente positivo	Moderada- mente positivo	Extrema- mente positivo
19.	-3	-2	-1	0	1	2	3
20.	-3	-2	-1	0	1	2	3
21.	-3	-2	-1	0	1	2	3

Precisamos que nos forneça dados sobre a sua situação de vida. Por favor circunde a resposta que corresponde à sua situação ou inscreva a sua informação no espaço em branco.

1. Idade..... (anos e meses)
2. Sexo: a. masculino
 b. feminino
3. Estudante do.....º Ano
4. Curso de..... (só em caso de estudar na Universidade)
5. Estado civil
 1. solteiro(a)
 2. casado(a)
 3. vivendo com companheiro(a)
 4. divorciado(a)
 5. separado(a)
 0. ?
6. Responda
 1. tem pai e mãe vivos
 2. só tem pai vivo
 3. só tem mãe viva
 4. não tem pai nem mãe vivos
 0. ?
7. Se tem pai e mãe vivos
 1. os seus pais vivem juntos
 2. os seus pais vivem separados
 0. ?
8. Com quem vive (a maior parte do tempo)
 1. só
 2. com companheiro(a)
 3. com outros jovens (lar, residência, etc...)
 4. com os pais (pai e/ou mãe)
 5. com outros familiares
 0. ?
9. Qual a sua situação financeira:
 1. tem ordenado fixo
 2. faz alguns trabalhos que lhe rendem dinheiro
 3. recebe uma mesada (quantia fixa) dada por pais ou outros
 4. recebe bolsa de estudo de um organismo oficial ou particular
 5. não recebe nenhuma quantia fixa para fazer face a despesas próprias
 0. ?
10. Com quem viveu a maior parte da sua infância (até aos 10 anos de idade):

1. com os pais (com ou sem outras pessoas)
2. com outros familiares (sem os pais)
3. em internato
0. ?

Nas cinco perguntas que se seguem, pretendemos que classifique a posição da sua família de origem (pais).

Refira-se nas cinco perguntas à pessoa (pai ou mãe) que exerce (exerceu no caso de já ter morrido) a profissão de nível mais elevado.

11. Profissão

1. quadro superior da Administração Pública ou privada; Especialistas das profissões científicas ou técnicas, liberais ou similares; proprietário agrícola de grandes dimensões.
2. empregado de escritório em posição de chefia; operário altamente qualificado; trabalhador especializado; rendeiro de propriedade de dimensão média empregando outros trabalhadores.
3. profissional artista trabalhando por conta própria em oficina de dimensões reduzidas; agricultor proprietário de exploração de dimensão familiar.
4. empregado de escritório; operário; funcionário (subordinados em geral); trabalhador agrícola por conta de outrem.
5. pessoal auxiliar; ajudante; jornaleiro.
0. ?

12. Nível de instrução

1. diploma de ensino universitário ou equivalente (curso superior).
2. diploma de curso técnico ou profissional (curso médio).
3. diploma de ensino secundário, liceal, comercial ou industrial.
4. ensino primário completo (ensino básico).
5. ensino primário incompleto ou nulo.
0. ?

13. Fontes de rendimento

1. vive principalmente de rendimentos de bens que possui ou do rendimento da actividade liberal exercida.
2. vive principalmente de vencimento mensal fixo tipo funcionário.
3. vive de vencimento mensal de pessoas com quem vive: não tem rendimentos próprios.
4. vive principalmente de salários irregulares, remuneração semanal, à tarefa ou à hora.
5. é principalmente sustentado pela segurança social (pensões de reforma, invalidez, etc...).
0. ?

14. Conforto do alojamento

1. casas ou andares luxuosos e muito grandes oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.
2. categoria intermédia: casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosos e confortáveis.
3. casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho (ex: Bairro Camarário).
4. categoria intermédia entre 3 a 5, (casa em bom estado de conservação mas sem quarto de banho dentro de casa, ou de construção clandestina).
5. alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares

desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade, nomeadamente qualquer habitação em que a casa de banho não sirva só o agregado familiar.

0. ?

15. Aspecto do bairro onde vive

1. bairro residencial elegante onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
 2. bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
 3. ruas comerciais ou estreitas e antigas com casas de aspecto geral menos confortável ou bairro de construção económica com água, luz e saneamento.
 4. construção razoável mas sem água, ou luz ou saneamento.
 5. zona degradada
0. ?

Questionário Modificado de Suporte Social (SSQ-M)*

Versão traduzida e adaptada por H. Fonseca, P. Meixedo e B. Figueiredo (1996) com autorização do autor

Por favor leia todas as instruções desta página antes de começar

A lista seguinte serve para a ajudar a pensar nas pessoas que são importantes para si.

- esposo ou companheiro
- membros da família ou parentes
- amigos
- colegas de trabalho ou da escola
- vizinhos
- técnicos de saúde
- conselheiros ou terapeutas
- sacerdote/padre/rabi
- outros

Registe cada pessoa significativa na sua vida na lista colocada à direita. Considere todas as pessoas que lhe proporcionam apoio pessoal ou que são importantes para si. Registe tantas pessoas quantas as que se aplicam ao seu caso.

Use apenas os nomes próprios ou as iniciais dos nomes dessas pessoas, e indique depois o tipo de afinidade que tem com elas, como no exemplo seguinte:

Exemplo:

Nome próprio ou iniciais do nome	Afinidade
1. _____ Maria T _____	_____ Amiga _____
2. _____ Roberto _____	_____ Irmão _____
3. _____ F. T. _____	_____ Mãe _____
4. _____ Sr ^a R _____	_____ Vizinho _____
5. _____ Miguel _____	_____ Marido _____

etc.

Nome próprio ou iniciais do nome	Afinidade
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____
11. _____	_____
12. _____	_____
13. _____	_____
14. _____	_____
15. _____	_____
16. _____	_____
17. _____	_____
18. _____	_____

Para cada pessoa que listou, por favor responda às seguintes questões escrevendo no número correspondente

1= de forma alguma

2= um pouco

3= mais do que um pouco

4= bastante

5= muito

Questão 1:

Em que medida é que esta pessoa a faz sentir querida ou amada?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____

Questão 2:

Em que medida é que esta pessoa a faz sentir respeitada ou admirada?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____

Questão 3:

Em que medida pode confiar
nesta pessoa?

1= de forma alguma

2= um pouco

3= moderadamente

4= um bom bocado

5= muito

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____

Questão 4:

Em que medida é que esta pessoa
concorda com ou apoia as suas
acções ou pensamentos?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____

Questão 5:

Se precisa de pedir dinheiro emprestado, transporte para o médico ou qualquer outra ajuda imediata, em que medida pode esta pessoa ajudá-la?

- 1= de forma alguma
- 2= um pouco
- 3= moderadamente
- 4= bastante
- 5= muito

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 15. _____

Questão 6:

Em que medida pode esta pessoa ajudá-la a tomar conta do seu bebé durante algumas horas se necessário?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 15. _____

INVENTÁRIO DE EXPERIÊNCIAS VITAIS

Este questionário destina-se a um trabalho de investigação e é confidencial.

A lista a seguir apresentada contém uma série de acontecimentos que às vezes modificam a vida das pessoas, e que provocam um reajustamento social. Verifique por favor, quais destes acontecimentos lhe sucederam recentemente.

Interessa-nos especialmente saber o que aconteceu nos últimos quatro meses. Assinale no local apropriado o período em que eles aconteceram, diferenciando os que aconteceram durante o último mês, e os que aconteceram nos outros três meses anteriores, apontando neste caso o mês em que aconteceram.

Para cada acontecimento, indique também em que medida esse acontecimento teve uma importância positiva ou negativa na sua vida, isto é, o grau de impacto positivo ou negativo que ele teve sobre si, utilizando a escala que está à frente de cada acontecimento e que vai desde o valor de -3 que indica um impacto extremamente negativo, até +3 que indica um impacto extremamente positivo.

Coloque um círculo à volta do número que melhor parece traduzir esse impacto.

Sexo _____ Idade _____

	Extrema- mente negativo	Moderada- mente negativo	Ligeira- mente negativo	Sem impacto	Ligeira- mente positivo	Moderada- mente positivo	Extrem ment positiv
Casamento	-3	-2	-1	0	1	2	3
Prisão ou detenção em ins- tuição	-3	-2	-1	0	1	2	3
Morte do conjugue	-3	-2	-1	0	1	2	3
Alteração do sono (muito mais ou muito menos sono).	-3	-2	-1	0	1	2	3
Morte de familiar próximo:		-					
a) Mãe	-3	2	-1	0	1	2	3
b) Pai.	-3	-2	-1	0	1	2	3
c) Irmão.	-3	-2	-1	0	1	2	3
d) Irmã.	-3	-2	-1	0	1	2	3
e) Avô.	-3	-2	-1	0	1	2	3
f) Avó.	-3	-2	-1	0	1	2	3
g) Outro (especifique)	-3	-2	-1	0	1	2	3
Alteração importante dos hábitos alimentares (aumento ou redução da ingestão).	-3	-2	-1	0	1	2	3
Vencimento de hipoteca ou empréstimo	-3	-2	-1	0	1	2	3
Morte de um amigo	-3	-2	-1	0	1	2	3
Fracasso em atingir um o- bjectivo pessoal.	-3	-2	-1	0	1	2	3
0. Pequenas infracções da lei (muita zaragatas, etc.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
1. Homens: Gravidez da mulher ou amorada.	-3	-2	-1	0	1	2	3
2. Mulheres: Gravidez	-3	-2	-1	0	1	2	3
3. Mudança da situação pro- fissional (diferente responsa- bilidade, alteração das condi- ções de trabalho, horas extra- ordinárias, etc.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
4. Novo emprego.	-3	-2	-1	0	1	2	3
5. Doença grave, ou aciden- te de um familiar próximo:	-3	-2	-1	0	1	2	3
a) Pai.							
b) Mãe.	-3	-2	-1	0	1	2	3
c) Irmã.	-3	-2	-1	0	1	2	3
d) Irmã	-3	-2	-1	0	1	2	3
e) Avó.	-3	-2	-1	0	1	2	3
f) Avó.	-3	-2	-1	0	1	2	3
g) Avô.	-3	-2	-1	0	1	2	3
h) Cónjuge.	-3	-2	-1	0	1	2	3
i) Outro (especifique)	-3	-2	-1	0	1	2	3

	Extrema -mente negativo	Moderadamente negativo	Ligeiramente negativo	Sem impacto	Ligeiramente positivo	Moderadamente positivo	Extremamente positivo
16. Dificuldades sexuais.	-3	-2	-1	0	1	2	3
17. Dificuldades no emprego. (perigo de perder o emprego, suspensão, demissão, etc.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
18. Problemas com familiares por afinidade (cunhada , sogro, etc.)	-3	-2	-1	0	1	2	3
Fazer uma tentativa de suicídio	-3	-2	-1	0	1	2	3
19. Alteração importante na situação financeira. (grande melhoria ou agravamento).	-3	-2	-1	0	1	2	3
20. Alteração importante dos laços familiares. (aumento ou diminuição da intimidade).	-3	-2	-1	0	1	2	3
21. Entrada de um novo membro na família (nascimento, adopção, familiar que vem viver na casa).	-3	-2	-1	0	1	2	3
22. Mudança de residência	-3	-2	-1	0	1	2	3
23. Separação conjugal ou do companheiro/a (devido a conflito).	-3	-2	-1	0	1	2	3
24. Modificação importante das actividades religiosas. (aumento ou diminuição da frequência).	-3	-2	-1	0	1	2	3
25. Reconciliação conjugal ou com o companheiro/a	-3	-2	-1	0	1	2	3
26. Alteração importante do número de discussões com o cônjuge. (aumento ou diminuição).	-3	-2	-1	0	1	2	3
27. Homens casados: modificação das condições de trabalho da esposa. (começar ou deixar de trabalhar, mudança de emprego).	-3	-2	-1	0	1	2	3
28. Mulheres casadas: modificação das condições profissionais do marido. (perda de emprego, novo emprego, reforma).	-3	-2	-1	0	1	2	3
29. Alteração importante no tipo ou duração dos passatempos	-3	-2	-1	0	1	2	3
30. Empréstimo de mais de mil contos. (para compra de casa, negócios, etc.)	-3	-2	-1	0	1	2	3

	Extrema- mente negativo	Moderada- mente negativo	Ligeira- mente negativo	Sem impacto	Ligeira- mente positivo	Moderada- mente positivo	Extrem ment positi
11. Empréstimo de menos de mil contos. (para comprar carro, TV. etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3
12. Ser despedido do emprego.	-3	-2	-1	0	1	2	3
13. Homens: aborto da mulher ou namorada	-3	-2	-1	0	1	2	3
14. Mulher: aborto	-3	-2	-1	0	1	2	3
15. Doença ou acidente pessoal grave.	-3	-2	-1	0	1	2	3
16. Alteração importante nas actividades sociais; idas a festas, cinemas, visitas. (aumento ou diminuição da participação).	-3	-2	-1	0	1	2	3
17. Modificação importante das condições de habitação familiar. (construção de casa nova, remodelação, deterioração da casa).	-3	-2	-1	0	1	2	3
18. Divórcio.	-3	-2	-1	0	1	2	3
19. Doença ou acidente grave de um amigo.	-3	-2	-1	0	1	2	3
20. Reforma.	-3	-2	-1	0	1	2	3
21. Abandono da casa por um filho/a. (devido a casamento, ida para a universidade, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3
22. Acabar um curso.	-3	-2	-1	0	1	2	3
23. Separação do cônjuge. devido a trabalho, viagens, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3
24. Noivado.	-3	-2	-1	0	1	2	3
25. Ruptura com o namorado/a.	-3	-2	-1	0	1	2	3
26. Sair de casa pela primeira vez.	-3	-2	-1	0	1	2	3
27. Reconciliação com o namorado/a.	-3	-2	-1	0	1	2	3
28. Alcoolismo no cônjuge.	-3	-2	-1	0	1	2	3

Outros acontecimentos que tenham tido importância na sua vida.
Registre-os e avalie:

	Extrema- mente negativo	Moderada- mente negativo	Ligeira- mente negativo	Sem impacto	Ligeira- mente positivo	Moderada- mente positivo	Extrema- mente positivo
	-3	-2	-1	0	1	2	3
	-3	-2	-1	0	1	2	3
	-3	-2	-1	0	1	2	3