

## TENTATIVA DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: AVALIAÇÃO DO EFEITO DE GÊNERO NA DEPRESSÃO E PERSONALIDADE

Paula Lopes<sup>1</sup>, David Pires Barreira<sup>1</sup>, & Ana Matos Pires<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina de Lisboa

---

**RESUMO:** O presente trabalho debruça-se sobre aspectos clínicos relativos à tentativa de suicídio na adolescência. Assim, pesquisou-se a existência de sintomatologia depressiva, bem como de traços disfuncionantes da personalidade em adolescentes com história prévia de tentativa de suicídio e efectuou-se um estudo comparativo entre sexos. Constituíram-se duas amostras, uma composta por indivíduos do sexo feminino ( $n=12$ ) e outra por indivíduos do sexo masculino ( $n=10$ ), com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos. Todos os sujeitos foram avaliados com o Children's Depression Inventory (CDI) e com o Mini-Mult. Os resultados sugerem a existência de um efeito de género quer na expressão clínica do quadro depressivo, quer na presença de traços patológicos da personalidade.

*Palavras chave:* Adolescência, Depressão, Personalidade, Tentativa de suicídio.

---

### SUICIDE ATTEMPT DURING ADOLESCENCE: THE EFFECT OF GENDER IN DEPRESSION AND PERSONALITY

**ABSTRACT:** This study focus on clinical features of the adolescence suicide attempters. In this way, the research evaluate the presence of depressive symptoms and dysfunctional personality traits in adolescents with at least one suicide threat and a comparative study between genders was employed. Subjects were divided into two groups, one with female ( $n=12$ ) and other with male adolescents ( $n=10$ ), aged between 15 and 18 years. Data was collected by "Children's Depression Inventory" and "Mini-Mult". The findings suggest gender differences particularly with respect to diagnostic entities such as depression and pathological personality traits.

*Key words:* Adolescence, Depression, Personality, Suicide attempt.

---

A adolescência é considerada uma etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta, isto é, desde a altura em que o conjunto das alterações psicobiológicas iniciam a sua maturação até à idade em que existe um sistema de valores e crenças que se instala numa identidade estabelecida (Sampaio, 1991).

Esta etapa do ciclo de vida tem sido entendida como uma passagem que implica o distanciamento da infantilidade e a busca de um estado adulto e maturo (Frasquilho, 1996) e constitui um marco importante na formação da personalidade e dos diferentes sistemas que a integram (Fierro, 1993).

O comportamento pode ser interpretado como a filtração de um conjunto de sucessivas aprendizagens a serem integradas naquilo que o estágio de desenvolvimento pode proporcionar. Acontece que nem sempre as tarefas destinadas a cada estágio são satisfeitas, podendo até ser cumpridas em idades

cronológicas distantes da adolescência. Isto significa que a adolescência, entendida de uma forma mais global, pode trespassar todo o ciclo de vida, dependendo o seu fim da eficácia do sujeito, das suas capacidades pessoais, da motivação, do tipo e da qualidade dos recursos que o envolvem, e do sucesso na resolução de tarefas anteriores (Frasquilho, 1996).

Relativamente à tentativa de suicídio nesta faixa etária, por ser um fenómeno raro, torna-se mais difícil estudar acontecimentos que nos forneçam pistas sobre as causas do aumento do suicídio na população adolescente no decorrer dos últimos anos ou “descobrir” estratégias preventivas que possam diminuir o risco da sua ocorrência (Offer & Schonert-Reichl, 1992).

A conduta suicidária, tanto letal (suicídio) como não letal (tentativa de suicídio e para-suicídio), representa um verdadeiro desafio para os serviços de saúde mental, nomeadamente no que respeita à compreensão dos factores psicológicos que a ela predispõem e a precipitam (MacLeod et al., 1998).

Diversos estudos mostram uma maior vulnerabilidade dos adolescentes face às mudanças sociais e familiares que acompanham a instabilidade cultural e económica dos nossos dias (Sampaio & Santos, 1990).

Em cada conduta suicidária estão envolvidas variáveis sociais, psicológicas e biológicas (Diekstra & Kerkhof, 1994), o que leva a entender a tentativa de suicídio adolescente como uma situação multideterminada (Diekstra & Hawton, 1987; Gould et al., 1996; Sampaio, 1985) obrigando a que seja alvo de uma abordagem multidisciplinar (Sampaio, 1991).

Define-se tentativa de suicídio como um gesto auto-destrutivo não fatal, isto é, o indivíduo não conseguiu concretizar o objectivo de pôr termo à vida. O termo para-suicídio foi adoptado, mais recentemente, para caracterizar actos de auto-destruição que não conduziram à morte ou, nos quais não se encontrava presente a intenção de morrer (Santos et al., 1996).

Desta forma, considera-se tentativa de suicídio adolescente todo o acto não fatal de auto-mutilação ou de auto-envenenamento, executado de vontade própria, por um indivíduo com idade compreendida entre os 10 e os 21 anos. No caso de se tratar de intoxicação medicamentosa – a maioria das situações – significa que a substância foi ingerida em excesso em relação à dosagem habitualmente utilizada sob o ponto de vista terapêutico (Sampaio & Santos, 1990).

### *Factores psicopatológicos de risco*

O estudo da problemática suicida, através da abordagem psicopatológica e da autópsia psicológica, constitui uma tentativa de compreensão do suicídio adolescente (Marttunen et al., 1991). É de referir que, geralmente, os factores de risco não funcionam como causas mas sim como correlatos de patologias (Jeanneret, 1992).

Num dos seus artigos, Santos e Sampaio (1997) descrevem adolescentes com comportamentos auto-destrutivos avaliados entre 1993 e 1995 e, apesar do

perigo subjacente a este tipo de generalizações, chegam a um perfil do adolescente que tenta o suicídio: são maioritariamente raparigas; apresentam uma idade média de 17 anos; a maioria vive com a família nuclear; são estudantes; o método preferencial recai sobre a ingestão medicamentosa; na maioria dos casos aconteceu algo que potenciou a conduta auto-destrutiva tais como conflitos familiares, ruptura afectiva ou insucesso escolar; têm critérios diagnósticos de síndrome depressivo.

Os factores de risco apontados são numerosos, no entanto as perturbações psiquiátricas, principalmente a depressão, e tentativas de suicídio anteriores figuram entre as mais citadas, bem como as perturbações do comportamento e suas associações (Bouvard & Doyen, 1996; Gould et al., 1996).

Para Guillon et al. (1987), mesmo que as perturbações psiquiátricas sejam raras, os autores consideram que o desenvolvimento psicoafectivo de jovens que tenham feito tentativas de suicídio será fortemente perturbado.

Num estudo realizado por Marttunen et al. (1991) mais de 90% dos adolescentes vítimas de suicídio receberam o diagnóstico de pelo menos uma perturbação psiquiátrica, com maior prevalência para as perturbações depressivas, tais como perturbação depressiva *major*, perturbação distímica e perturbação depressiva sem outra especificação.

Muitas das perturbações psiquiátricas com início na adolescência têm uma forte continuidade para a vida adulta e, deste modo, poderão contribuir para a morbilidade psiquiátrica adulta. A depressão com início na adolescência tem uma forte e específica relação com a depressão no adulto e associa-se ao aumento da mortalidade por suicídio e ao aumento da deterioração psicossocial pelo uso tanto de psicotrópos, como dos serviços médicos na vida adulta (Fombonne, 1998).

O atraso no diagnóstico, especialmente de depressão, constitui um factor de risco acrescido na adolescência. A banalização das perturbações afectivas dos adolescentes e as dificuldades diagnósticas contribuem para que as perturbações se prolonguem e, neste contexto, importa ter presente que os gestos suicidas podem ser a primeira manifestação reconhecida de uma perturbação que evolui ao longo de vários meses (Bouvard & Doyen, 1996). Por outro lado, factores como a identificação e o diagnóstico de perturbações psicológicas na adolescência são complicados por factores intrínsecos e por acontecimentos do desenvolvimento neste estágio (Marttunen et al., 1991).

É possível que uma variável importante na explicação das diferenças entre sujeitos com ideação suicida, uma tentativa de suicídio ou com múltiplas tentativas de suicídio seja o período de tempo durante o qual a patologia permaneceu sem tratamento. Um indivíduo com uma tentativa de suicídio prévia com dificuldades na resolução de problemas e défices nos mecanismos de “coping” pode, sem intervenção adequada no tempo, tornar-se num sujeito com múltiplas tentativas de suicídio, e permitindo patologias dos Eixos I e II do DSM-IV (APA, 1994), não só para emergirem mas também para cristalizarem (Rudd et al., 1996).

Assim, as perturbações afectivas assumem uma posição relevante na compreensão do acto suicida (Sampaio, 1991). Contudo, não são condição suficiente para explicar a razão da ocorrência da tentativa de suicídio adolescente, pelo que algo muito peculiar deve ter acontecido que ruma no sentido completamente oposto ao normal desejo de auto-preservação (Laufer, 1995).

Também a “desesperança” deve ser encarada como um preditor do suicídio tal como a presença de perturbação afectiva, ideação suicida severa, história de tentativa de suicídio, prévia história familiar de suicídio, história de abuso de álcool e drogas e factores demográficos relevantes como idade, sexo e raça (Beck et al., 1990; Runeson, 1998). Vários autores defendem que a “desesperança” é um factor relevante na relação entre a depressão e intenção suicida nos para-suicidas. A “desesperança”, mais do que a depressão, parece ser um forte indicador de intenção suicida (Beck et al., 1975; Salter & Platt, 1990).

Outros autores apontam para a influência de certas variáveis da personalidade no comportamento suicida. A literatura disponível revela algumas dessas variáveis que têm sido descritas como sendo muito relevantes na predição do suicídio apesar de existirem poucas tentativas empíricas no sentido de as examinar e avaliar objectivamente. O perfeccionismo é uma dessas variáveis, especialmente o perfeccionismo socialmente exigido (Hewitt et al., 1992). Os estilos de personalidade perfeccionista podem aumentar significativamente a probabilidade de comportamento suicida, principalmente em adolescentes (Goldsmith, Fyer, & Frances, 1990, in Hewitt et al., 1992).

A determinada altura surgiu a hipótese do comportamento suicidário ser geneticamente transmitido, estando em causa um mecanismo diferente de transmissão familiar relativamente a outras condições psiquiátricas. Foi avaliada a história familiar de comportamento suicidário e colocada a hipótese que o fenótipo para a labilidade incluiria a tentativa de suicídio e o suicídio mas não englobaria a ideação suicida, podendo também incluir o comportamento agressivo (Brent et al., 1996; Gould et al., 1996). Outras investigações apontam as alterações deficitárias do sistema serotoninérgico como um dos factores biológicos associados à conduta suicidária (Cohen et al., 1988).

Num estudo sobre o suicídio adolescente, no qual foi utilizado a autópsia psicológica, realizado por Shaffer et al. (1996) a agressividade e a “desesperança” figuravam como as características mais comuns a toda a amostra. Sintomas de ansiedade, muitas vezes associados a perturbações do humor, foram descritos em 10% dos jovens e 1/3 dos suicidas tinha história de comportamentos de fuga. Para além disso, a maioria dos sujeitos mais velhos pertenciam ao sexo masculino e preenchiam os critérios de diagnóstico para uma perturbação psiquiátrica, especialmente o abuso de álcool e substâncias. A depressão *major* era duas vezes mais comum no sexo feminino.

Esta breve exposição teórica permite-nos inferir que apesar do crescente interesse no estudo e investigação nesta área, a presente alteração do comportamento não está ainda dotada de total explicação e compreensão clínica.

O objectivo principal deste trabalho consiste no estudo de aspectos relativos aos traços de personalidade e à psicopatologia da linha afectiva do adolescente que tenta o suicídio, bem como proceder à comparação entre os dois sexos para daí inferir sobre a importância do efeito de género.

Sabendo que a expressão clínica da sintomatologia depressiva no adolescente pode assumir características atípicas ou “mascaradas”, pretende-se avaliar as principais formas, cognitivas e comportamentais, do funcionamento do adolescente que acompanham a tentativa de suicídio e realizar a comparação entre sexos. Assim, coloca-se a hipótese que a expressão clínica do quadro depressivo assume diferenças significativas, quando se tem em conta o efeito de género.

Assumindo que na adolescência se pode fazer referência a traços de personalidade e que estes podem variar consoante a expressão da sintomatologia depressiva, pretende-se avaliar comparativamente estas variáveis nos dois sexos. Desta forma, é hipotetizado que existem diferenças relativamente ao perfil de personalidade nas duas amostras.

## MÉTODO

### Participantes

A selecção dos sujeitos obedeceu a um conjunto de critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os critérios de inclusão foram os seguintes: adolescentes que tenham tentado o suicídio há menos de um ano, com idade compreendida entre os 15 e os 18 anos, de ambos os sexos e autorização para a participação no estudo.

Os critérios de exclusão utilizados para a selecção das nossas amostras foram: suspeita clínica de deficiência mental, segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV; adolescentes com Perturbação Global do Desenvolvimento, segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV; diagnóstico de doença crónica; e medicação sedativa com perturbação do estado vigíl.

Constituíram-se, assim, duas amostras, uma composta por doze sujeitos do sexo feminino e outra por dez do sexo masculino.

### Material

Todos os sujeitos foram submetidos a uma avaliação da qual constava a recolha de informação clínica através de dois inventários de auto-avaliação que se destinaram ao estudo dos traços de personalidade e da depressão:

O *Children's Depression Inventory* (CDI) (Kovacs & Beck, 1985) é um questionário adaptado do Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Beck, 1961). É uma escala de auto-avaliação, de aplicação individual, destinada a crianças e adolescentes. Compreende 27 itens que se destinam a avaliar a sintomatologia depressiva nos seus diferentes aspectos.

O resultado total é calculado através da soma de todos os itens e poderá variar de 0 a 54, sendo o valor 15 o ponto de corte deste inventário. Quanto mais elevada é a nota mais grave é a patologia.

O Mini-Mult (Kincannon, 1968) é uma versão reduzida do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) (Hathaway & McKinley, 1943) e é constituído por 71 itens. É utilizado para descrever traços de personalidade específicos. Este instrumento é aconselhado para a avaliação de adolescentes, entre outros, pelo pouco tempo empregue no seu preenchimento. O objectivo é a exploração dos diferentes aspectos da personalidade normal e patológica.

O *Mini-Mult* é constituído por três escalas de validade – L, F e K – e oito escalas clínicas: Hs (Hipocondria), D (Depressão), Hy (Histeria), Pd (Psicopatia), Pa (Paranóia), Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia) e Ma (Hipomania).

No final, a cotação de todas as escalas resulta na elaboração de um gráfico que aponta para a normalidade (T50 a T65) ou a existência de patologia (acima de T65) das dimensões acima descritas.

De acordo com os objectivos já referidos, foram estudadas duas amostras de adolescentes com história de tentativa de suicídio, divididas em função do género. A maioria dos participantes neste estudo foram recrutados no Núcleo de Estudos do Suicídio, pertencente ao Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, e na altura eram assistidos em ambulatório. Três dos sujeitos foram recrutados na clínica privada.

O presente estudo é do tipo transversal, na medida em que a informação foi colhida num único momento temporal. Para os efeitos de descrição e comparação das amostras utilizámos a análise de variância de um critério (ANOVA).

## RESULTADOS

No Quadro 1. figuram os resultados da comparação entre os grupos relativamente aos valores obtidos no CDI. O estudo da psicopatologia depressiva, através deste inventário, visou uma análise qualitativa e quantitativa dos resultados. A primeira, tem como objectivo a comparação dos itens isolados e destina-se a avaliar sinais e sintomas. A segunda pretende extrair intensidades sintomáticas globais.

## Quadro 1

“Children’s Depression Inventory” (CDI) (M e DP), e significância estatística das diferenças entre sexos, por item e total

	Masculino	Feminino	Oneway Anova	
	n=10	n=12	F	p
	M±DP	M±DP		
CDI-1	0.30±0.48	0.83±0.83	3.17	ns
CDI-2	0.90±0.57	1.17±0.58	1.81	ns
CDI-3	0.70±0.48	0.92±0.51	1.08	ns
CDI-4	0.30±0.48	0.83±0.58	5.38	<0.05
CDI-5	0.00±0.00	0.25±0.45	3.03	ns
CDI-6	0.90±0.32	0.50±0.67	2.95	ns
CDI-7	0.30±0.48	1.00±0.60	8.76	<0.05
CDI-8	0.70±0.95	1.17±0.58	2.01	ns
CDI-9	0.50±0.93	0.92±0.67	2.55	ns
CDI-10	0.00±0.00	1.08±1.00	11.72	<0.005
CDI-11	0.70±0.82	2.50±3.73	2.22	ns
CDI-12	0.10±0.32	0.42±0.67	1.88	ns
CDI-13	0.70±0.48	1.08±0.67	2.28	ns
CDI-14	0.40±0.84	1.08±0.79	3.82	ns
CDI-15	1.30±0.67	1.17±0.72	0.19	ns
CDI-16	0.20±0.42	0.75±0.62	5.64	<0.05
CDI-17	0.30±0.48	1.00±0.74	6.59	<0.02
CDI-18	0.40±0.52	1.33±0.65	13.44	<0.002
CDI-19	1.10±0.88	1.00±0.74	0.08	ns
CDI-20	1.00±0.82	1.08±0.29	0.11	ns
CDI-21	0.30±0.48	0.75±0.75	2.65	ns
CDI-22	0.40±0.52	0.67±0.65	1.09	ns
CDI-23	1.20±0.79	0.58±0.67	3.94	ns
CDI-24	0.50±0.53	0.50±0.67	0.001	ns
CDI-25	0.40±0.52	0.75±0.62	2.01	ns
CDI-26	0.90±0.32	0.83±0.58	0.10	ns
CDI-27	0.20±0.42	0.42±0.51	1.13	ns
CDI-Total	14.50±6.06	23.42±6.69	10.53	<0.005

Nota. ns – não significativo.

Como mostra o quadro, a comparação entre as amostras relativamente aos dados do CDI mostra diferenças significativas nos itens “CDI-4” “CDI-7”, “CDI-10”, “CDI-16”, “CDI-17”, “CDI-18” e “CDI-Total”. Através da comparação inter-grupos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos restantes itens do CDI.

Os resultados apresentados no item “CDI-Total” revelam que a amostra do género feminino apresenta maior intensidade de sintomatologia depressiva. Por oposição, a amostra do género masculino mostra valores próximos de 15 (quinze), nota acima da qual existe um quadro depressivo inequívoco.

No Quadro 2 figuram os resultados da comparação entre as amostras relativamente ao estudo dos traços de personalidade consoante o *Mini-Mult*.

## Quadro 2

Comparação entre as amostras com base no género através do ANOVA Mini-Mult (*M e DP*)

	Masculino	Feminino	Oneway Anova	
	<i>n</i> =10 <i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>n</i> =12 <i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
MM-HS	54,20±6,11	67,17±10,49	11,87	<0,005
MM-D	66,80±10,76	74,00±11,44	2,27	<i>ns</i>
MM-HY	59,80±2,78	67,33±8,66	6,92	<0,02
MM-PD	71,20±9,31	73,33±9,91	0,26	<i>ns</i>
MM-PA	67,60±13,14	67,67±9,52	0,001	<i>ns</i>
MM-PT	66,10±9,15	71,00±9,80	1,44	<i>ns</i>
MM-SC	80,80±17,46	87,75±9,72	1,39	<i>ns</i>
MM-MA	60,10±7,39	67,25±5,25	7,06	<0,025

*Nota.* *ns* – não significativo; MM-HS (Hipocondria); MM-D (Depressão); MM-HY (Histeria); MM-PD (Psicopatia); MM-PA (Paranóia); MM-PT (Psicastenia); MM-SC (Esquizofrenia); MM-MA (Hipomania).

A comparação inter-grupos no que respeita aos traços de personalidade, através do Mini-Mult, mostra diferenças significativas nas escalas Hs (hipocondria) ( $p<0.005$ ), Hy (histeria) ( $p<0.025$ ) e Ma (hipomania) ( $p<0.025$ ), com valores mais elevados no grupo das raparigas. Nas restantes escalas, apesar de não se encontrarem diferenças com significado estatístico, observam-se valores muito elevados em ambas as amostras, especialmente na escala Sc (esquizofrenia).

## DISCUSSÃO

Tal como está amplamente descrito na literatura, é assumido que as perturbações do humor assumem um lugar de destaque na compreensão do acto suicida (Bouvard & Doyen, 1996; Kosky et al., 1990; Sampaio, 1991; Sampaio & Santos, 1990).

A avaliação do efeito de género em relação aos dados do CDI revelou diferenças significativas nos itens que se referem à capacidade hedónica, auto-estima, labilidade emocional, sono, fadiga, apetite e no resultado total deste inventário. A amostra do sexo feminino obteve valores mais elevados tanto nas medidas qualitativas como nas quantitativas deste inventário, pelo que admitimos a existência de um quadro depressivo inequívoco nas raparigas estudadas.

Assim sendo, e tal como tínhamos colocado como hipótese no início do trabalho, os resultados por nós obtidos permitem-nos concluir pela existência

de um efeito de género na expressão clínica do quadro depressivo, em desfavor das raparigas. Aparentemente a existência de uma depressão parece contribuir de modo mais consistente para a tentativa de suicídio nos adolescentes do sexo feminino que nos adolescentes masculinos.

No que respeita ao estudo da personalidade, as escalas clínicas cujos resultados apresentam diferenças com significado estatístico são a hiponcondria (Hs), a histeria (Hy) e a hipomania (Ma). Nas três escalas a amostra do sexo feminino apresenta sempre os resultados mais elevados e indicadores de patologia.

Curiosamente, apesar de não se verificarem diferenças significativas nas restantes escalas, podemos verificar que os resultados obtidos na escala D (depressão) são congruentes com os obtidos através do CDI, ou seja, a amostra do sexo feminino com resultados que apontam para a presença de um quadro depressivo inequívoco e o sexo masculino com resultados *border-line* relativamente à presença de sintomatologia depressiva.

A escala Sc também não mostra resultados estatísticos significativos. No entanto, ambos os sexos apresentam resultados bastante elevados. Estas elevações extremas em adolescentes não indicam propriamente a existência de uma perturbação da linha esquizica, mas denotam que os sujeitos podem estar a viver situações de “stress” intenso ou a passar por uma grave crise de identidade (Greene, 1980), o que está de acordo com aquilo que teoricamente é descrito e referido como factor predisponente para a tentativa de suicídio nos adolescentes.

Tendo em conta os resultados acima expostos, podemos aceitar a hipótese que postula a existência de um efeito de género nas diferenças relativas aos traços de personalidade, entendidos como factores predisponentes ou protectores da tentativa de suicídio em geral, e nos adolescentes de modo muito particular. Tal como já tinha acontecido com a existência de psicopatologia da linha afectiva, também aqui o sexo feminino parece ser mais afectado pela presença de traços patológicos da personalidade, isto é, na comparação com os rapazes, as raparigas adolescentes são mais sensíveis a características de personalidade disfuncionantes e mal-adaptativas, quando se trata de avaliar a sua contribuição para a realização de uma tentativa de suicídio.

Podemos então concluir, com base nos resultados acima expostos, pela existência de um efeito de género nas variáveis estudadas, ou seja, quanto à existência de psicopatologia depressiva e sua expressão clínica e de traços patológicos da personalidade com a amostra do sexo feminino a apresentar resultados mais elevados em todas as medidas avaliadas.

Para terminar, resta salientar que as temáticas relativas à adolescência, e em particular a tentativa de suicídio nesta faixa etária, são de tal forma complexas que se torna difícil discutir com pragmatismo quaisquer resultados obtidos, sendo ainda mais “penoso” obter conclusões holísticas.

Em todo o caso, parece-nos necessário tentar desenvolver esforços no sentido de aprofundar conhecimentos e de algum modo contribuir para uma

melhor compreensão deste estágio do desenvolvimento. Foi com este propósito que pensamos e desenvolvemos o presente trabalho.

Não deixando de ter em conta as limitações do estudo, pensamos que os resultados obtidos são importantes e que merecem desenvolvimento futuro.

## REFERÊNCIAS

A.P.A. (1994). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>rd</sup> edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., et al. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *147*(2), 190-195.

Beck, A.T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behaviour: An overview. *Journal of American Medical Association*, *234*, 1146-1149.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 53-63.

Bouvard, M.P., & Doyen, C. (1996). Le suicide chez l'adolescent. *L'Encéphale*, *37*(4), 35-39.

Brent, D.A., Bridge, J., Johnson, B.A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 1145-1152.

Cohen, L.S., Winchel, R.M., & Stanley, M. (1988). Biological markers of suicide risk and adolescent suicide. *Clinical Neuropharmacology*, *11*(5), 423-435.

Diekstra, R., & Hawton, K. (1987). *Suicide in adolescence*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Pub.

Diekstra, R.F.W. & Kerkhof, J.F.M. (1994). The prevention of suicidal behaviour: A review of effectiveness. In S. Maes, H. Leventhal, & M. Johnston (Eds.), *International Review of Health Psychology* (pp. 145-165) (3<sup>o</sup> volume). West Sussex: John Wiley & Sons.

Fierro, A. (1993). Desenvolvimento da personalidade na adolescência. In C. Coll, J. Palácios, & A. Marchesi (Eds.), *Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia evolutiva* (pp. 288-298) (1<sup>o</sup> volume). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Fombonne, E. (1998). Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *248*, 14-21.

Frasquilho, M.A. (1996). *Comportamentos-problema em adolescentes: Factores protectores e Educação para a Saúde. O caso da Toxicodependência*. Lisboa: Laborterapia – Produtos Farmacêuticos, S.A.

Goldsmith, S.J., Fyer, M., & Frances, A. (1990). Personality and suicide. In S.J. Blumenthal & D.J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the lyfe cycle*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Gould, M.S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescents completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 1155-1162.

Greene, R.L. (1980). *The MMPI: An interpretative manual*. Boston: Alyn & Bacon.

Guillon, J.L., Brunod, R., & Gallet, J.P. (1987). Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents: A propos de 67 observations d'un service de Pédiatrie Générale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, *35*(6), 227-238.

Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (rev. ed.). New York: University of Minnesota Press.

Hewitt, P.L., Flett, G.L., & Turnbull-Donovan, W. (1992). Perfectionism and suicide potential. *British Journal of Clinical Psychology*, *31*, 181-190.

- Jeanneret, O. (1992). A tentative epidemiological approach to suicide prevention in adolescence. *Journal of Adolescent Health, 13*, 409-414.
- Kincannon, J.C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 319-325.
- Kosky, R., Silburn, S., & Zubrick, S.R. (1990). Are children and adolescents who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 178*(1), 38-43.
- Kovacs, M., & Beck, A.T. (1985). An empirical clinical approach toward definition of childhood depression. In J.G. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: Diagnoses, treatment and conceptual models* (pp. 1-25) New York: Raven Press.
- Laufer, M. (1995). *The suicidal adolescent*. London: Karnac Books.
- MacLeod, A.K., Tata, P., Evans, K., et al. (1998). Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: Results from a pilot randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology, 37*, 371-379.
- Marttunen, M.J., Aro, H.M., Henriksson, M.M., & Lönnquist, J.K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-old in Finland. *Archives of General Psychiatry, 48*, 834-839.
- Offer, D., & Shonert-Reichl, K.A. (1992). Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*(6), 1003-1014.
- Rudd, M.D., Joiner, T., & Rajab, M.H. (1996). Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(4), 541-550.
- Runeson, B.S. (1998). History of suicidal behaviour in the families of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*, 497-501.
- Salter, D., & Platt, S. (1990). Suicidal intent, hopelessness and depression in a parasuicide population: The influence of social desirability and elapsed time. *British Journal of Clinical Psychology, 29*, 361-371.
- Sampaio, D., & Santos, N. (1990). Tentativa de suicídio adolescente – Aspectos clínicos. *Psiquiatria Clínica, 11*(1), 1-8.
- Sampaio, D. (1985). *Tentativas de suicídio na adolescência*. Lisboa: Tese.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho – O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, N., & Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica, 18*(3), 187-194.
- Santos, N.C., Rodrigues, M., Barros, E., & Sampaio, D. (1996). Suicídio juvenil e antecipação: A importância da autópsia psicológica. *Psiquiatria na Prática Médica, 9*(6), 16-28.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., et al. (1996). Psychiatric diagnoses in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry, 53*, 339-348.