

Auto-conceito, *coping* e ideias de suicídio

POR

ADRIANO VAZ SERRA⁽¹⁾ E FERNANDO POCINHO⁽²⁾

Resumo

O suicídio e as tentativas de suicídio não devem ser considerados uma doença. Devem ser tidos como um tipo de comportamento que é escolhido por opção quando uma pessoa com determinadas características da maneira de ser, por vezes sofrendo de um quadro clínico psiquiátrico, vive acontecimentos que são para si muito dolorosos e que supõe não ter capacidade de modificar.

Embora certas circunstâncias tenham maior probabilidade do que outras de se tornarem nocivas para qualquer indivíduo, a intensidade e o tipo de resposta que se observa varia muito de caso para caso. O modo como o indivíduo reage perante os acontecimentos é determinado pela forma como atribuiu dado significado à ocorrência com que se depara. O significado atribuído é influenciado pelas experiências do passado do indivíduo que o levam a ser sensível e a perceber de uma maneira específica os acontecimentos com que se confronta.

Neste contexto o auto-conceito do indivíduo e as estratégias de coping que usualmente utiliza na resolução dos seus problemas têm grande importância não só em relação à percepção que tem do mundo à sua volta como no êxito e fracasso que obtém para resolver as situações adversas.

Os autores tentam clarificar estes pontos descrevendo uma história clínica de um indivíduo que tinha um auto-conceito pobre, desenvolveu ideias de suicídio e fez uma tentativa grave de suicídio. Posteriormente foi recuperado com a utilização de diversas intervenções psicoterapêuticas que são descritas no texto.

Introdução

Vamos tratar este tema abordando os pontos seguintes:

- A psicologia do suicídio
- A importância do significado dos acontecimentos
- O auto-conceito
- Estratégias de *coping*
- Relação entre auto-conceito e *coping*
- História clínica de um caso de tentativa de suicídio

Uma vez expostos os nossos objectivos vamos descrever cada um destes aspectos.

A psicologia do suicídio

Christopher Cantor (2000) refere que o suicídio e as tentativas de suicídio não são uma doença. São uma forma de comportamento cujas causas se têm vindo a compreender.

Para Chiles e Strosahl (1995) o comportamento suicidário é um método aprendido de resolução de problemas. Segundo estes autores o suicida pretende: libertar-se de estados emocionais internos muito penosos para si (angústia, depressão, aborrecimento, culpabilidade) e de problemas externos que sente como: inevitáveis, intermináveis e intoleráveis.

⁽¹⁾ Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra; Director da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

⁽²⁾ Psicólogo; Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Os problemas são considerados:

- Inevitáveis - se o indivíduo acredita que nenhum esforço é suficiente para os resolver.
- Intermináveis - se cria a expectativa de que não se modificam de acordo com o seu desejo pessoal.
- Intoleráveis - se as emoções evocadas pela situação ultrapassam o seu limiar de resistência.

Williams (1997) sugere que devemos conceber o comportamento suicida, quer o indivíduo sobreviva ou morra, como um *grito de dor*. Este é despertado por circunstâncias:

- em que a pessoa se considera derrotada,
- das quais lhe parece não poder escapar ou de ser liberta por alguém e
- em que pôr termo à vida é considerado como uma possibilidade definitiva de fuga.

Contudo, para além do acontecimento com que o indivíduo se defronta as características pessoais têm grande importância.

Vamos considerar quais são.

A. - Impulsividade

Segundo Williams (1997) o comportamento suicida não fatal tende a ser impulsivo. Mais de 50 % dos indivíduos que sobrevivem referem que não tinham pensado em cometer tal acto mais do que uma hora antes de o ter feito. Williams e Pollock (2000) referem que a maioria dos suicídios nos adolescentes não é planeada sendo de admitir que apenas 25 % dos casos tem um planeamento prévio.

A impulsividade, contudo, explica a probabilidade e intensidade de comportamentos muito diversos. Todavia não leva a compreender porque é procurada especificamente a tentativa de suicídio ou o suicídio e não outra forma de conduta. Por isso há que atender a outras características pessoais.

B. - Pensamento dicotómico

É um tipo de pensamento que obedece à *lei do tudo ou nada* e que ajuda a dramatizar a existência humana.

Vamos dar um exemplo a este respeito.

A Guilhermina tinha tido um namoro com o Carlos há já alguns anos. Um dia este decidiu acabar com tudo, devido a incompatibilidade de feitios. A partir dessa data a Guilhermina passou a referir constantemente: "Não consigo mais viver se o meu namorado não voltar para mim". E o antigo namoro tornou-se o centro à volta do qual passou a gravitar o seu comportamento.

É evidente que se a Guilhermina fosse

mais maleável seria levada a compreender que não é forçoso que todos gostem de nós, que o Carlos tinha liberdade de a deixar e que o melhor seria perspectivar o acontecimento de outra forma e tentar posteriormente reorganizar a vida. Todavia, na posição radical de Guilhermina só havia uma de duas hipóteses: "Com Carlos tudo é possível; sem Carlos nada é possível".

Estudos efectuados por Neuringer (1976) permitiram concluir que os suicidas, independentemente do seu estado psíquico, são mais rígidos e extremistas na sua forma de pensar do que os não-suicidas. Ao sentirem-se insatisfeitos com dada ocorrência têm tendência a pensar que existem poucas oportunidades para alívio ou mudança.

C. - Rigidez cognitiva

A rigidez cognitiva é outra das características.

Liga-se, por um lado, com o pensamento dicotómico. Por outro lado, com a estratégia de resolução de problemas.

Levenson e Neuringer (1971) examinaram a relação entre o comportamento auto-destrutivo e as aptidões de resolver problemas. Confirmaram que os suicidas são mais rígidos e inflexíveis e menos capazes de mudarem as suas estratégias de resolução de problemas quando se confrontam com situações penosas.

Vamos referir-nos com mais pormenor à estratégia de resolução de problemas.

D. - Resolução de problemas

D'Zurilla e Nezu (1999) referem que há 5 componentes que caracterizam um processo de resolução de problemas: (1) - orientação para o problema; (2) - génese de soluções alternativas; (3) - tomada de decisão; (4) - implementação da solução e (5) - verificação da solução implementada.

Nos estudos feitos em indivíduos com tendências suicidas verifica-se que, em relação à sua capacidade de resolução de problemas, tendem a revelar:

- uma menor confiança nas suas aptidões
- um menor controlo em relação aos problemas
- um abandono passivo perante as ocorrências, esperando que os problemas se resolvam por si.

Os suicidas costumam ser pouco versáteis na busca de soluções. Quando as procuram as soluções tendem a ser pouco relevantes, representando apenas um tipo de resposta imediata, pouco orientada para o futuro.

Do que actualmente se conhece da literatura é de

admitir, tal como foi salientado por Schotte e Clum (1987), que: "um aumento de acontecimentos de vida adversos em combinação com aptidões reduzidas de resolução de problemas pode colocar um indivíduo em risco de comportamento suicida" ... a que podemos acrescentar: "particularmente se for uma pessoa impulsiva".

E. - Memória auto-biográfica

Williams e Pollock (2000) referem que as tendências auto-destrutivas podem estar relacionadas com a forma como uma pessoa relembra o seu passado particularmente quando compromete a resolução dos problemas.

A resolução com êxito dos problemas depende largamente da qualidade e do tipo de memórias que o indivíduo nessas ocasiões é capaz de relembrar.

Usualmente, quando um indivíduo enfrenta dada situação-problema, tem tendência a pensar e a tentar fazer aquilo que realizou com êxito na última vez que confrontou um problema semelhante.

Para que o facto seja possível o ser humano precisa de relembrar estratégias específicas que foram adequadas. As memórias específicas, concretas, são muito úteis como um recurso para resolver problemas. Como são detalhadas oferecem um número vasto de indicadores que têm a potencialidade de gerarem um leque de soluções.

Williams (1996) reviu uma série de estudos que demonstram que os indivíduos deprimidos e com tendências suicidas não procedem assim. Habitualmente relembram as suas memórias de uma forma sumária e sobregeneralizada. São incapazes de aceder com êxito a memórias específicas, sobre factos concretos.

A investigação sobre as memórias auto-biográficas oferece uma estratégia importante para investigar os mecanismos psicológicos subjacentes que transformam um acontecimento adverso numa catástrofe com que o indivíduo não se sente capaz de lidar. Se, em tais circunstâncias, um indivíduo relembra apenas memórias genéricas, que dão poucos indícios sobre a forma como se pode lidar com a circunstância, o facto contribui de modo significativo para formar o *sentimento de não poder escapar*. Quando este sentimento se generaliza em relação ao futuro então dá lugar a um sentimento diferente usualmente reconhecido como desesperança (Williams e Pollock, 2000).

Vamos abordá-lo um pouco mais pormenorizadamente.

F. - O sentimento de desesperança

Um indivíduo fica muito vulnerável se se sentir

derrotado, com pouca probabilidade de escapar de um acontecimento adverso. Contudo a ocorrência só dá origem a uma crise de suicídio se, neste estado, o indivíduo não puder dispor de apoio social e formar a convicção de que no futuro nada poderá mudar (Williams e Pollock, 2000).

Um trabalho de Schotte e Clum (1987) confirma que o sentimento de desesperança é um bom predictor do nível de intenção suicida.

Do que actualmente se conhece pode-se referir que, para a génese da desesperança, contribuem a rigidez cognitiva, o pensamento dicotómico, a inaptidão em resolver problemas, a falta de apoio social e a convicção de que no futuro nada será diferente em termos de condições adversas de vida.

Macleod et al. (1993, 1994, 1997), em estudos sobre indivíduos que cometeram tentativas de suicídio, verificaram que o que caracteriza o pensamento destas pessoas em relação ao futuro é não admitirem a possibilidade de virem a ocorrer acontecimentos positivos mais do que a antecipação da ocorrência de maior número de acontecimentos negativos.

Este facto foi encontrado tanto em indivíduos deprimidos como não deprimidos, que tinham tentado o suicídio.

□

Vamos passar agora para o tema seguinte.

A importância do significado dos acontecimentos

Embora certas circunstâncias tenham maior probabilidade do que outras de se tornarem nocivas para qualquer indivíduo, a intensidade e o tipo de resposta que se observa varia muito de caso para caso.

Na vida quotidiana verifica-se que um acontecimento que deixa dado ser humano muito perturbado, pode deixar outro completamente indiferente.

Richard Lazarus (1999) refere que a existência de diferenças individuais tão acentuadas revela que a ocorrência, só por si, não pode constituir a única variável explicativa do que perturba o ser humano. Para este autor o factor crucial reside no *significado atribuído* pela pessoa à circunstância.

O significado psicológico que o indivíduo constroi sobre o acontecimento deve ser considerado a causa próxima que explica porque se sente perturbado e que dá origem às incapacidades sentidas. A *causa próxima* equivale ao *precipitante*, fruto do significado extraído da relação que se estabelece entre a pessoa e o meio ambiente.

Mas, para além da causa próxima há que ter em

conta a *causa distante*, que diz respeito às experiências que o indivíduo atravessou no seu desenvolvimento e que o levam a valorizar uma ocorrência de dada maneira e a pensar, sentir, actuar e reagir de um modo específico. A marca que as experiências do passado deixam no indivíduo corresponde ao factor *predisponente*, que equivale às vulnerabilidades que o ser humano transporta consigo.

A causa distante implica que às vezes a perturbação sentida não advém tanto da gravidade do acontecimento mas de outros factores, ligados ao indivíduo, à forma como está na vida e tende a observar as circunstâncias que lhe ocorrem.

Nalguns casos, a causa distante corresponde aos medos que o ser humano acumulou, fruto de uma auto-estima pobre ou de circunstâncias a que foi sensibilizado negativamente no decurso do desenvolvimento. Noutras situações, equivale simplesmente aos hábitos que o indivíduo criou e o levam a relacionar-se de uma maneira inadequada com o meio ambiente.

A relação entre um indivíduo e um acontecimento é comparável ao encaixe entre uma chave e uma fechadura. A fechadura só se abre se for utilizada a chave que lhe corresponde e a permite abrir.

Ou seja, o indivíduo só reage se, devido às experiências do seu passado, estiver de alguma forma sensibilizado ao acontecimento com que se depara.

□

Estamos agora em condições de poder avançar para o tema seguinte.

O auto-conceito

Vamos abordar o tema em aspectos primordiais.

A sua definição

O auto-conceito pode ser definido como o conceito que um indivíduo faz de si mesmo como um ser físico, social e espiritual ou moral (Gecas, 1982).

O auto-conceito é um constructo muito relevante. Sem a sua aceitação não teríamos a noção de cinco aspectos importantes ligados ao comportamento humano:

- (1) - a continuidade,
- (2) - a identidade pessoal,
- (3) - a consistência,
- (4) - a coerência e
- (5) - a razão porque o indivíduo inibe ou facilita determinados comportamentos.

A génese do auto-conceito

Segundo Vaz Serra (1986a) considera-se que

existem quatro factores importantes para a formação do auto-conceito de um indivíduo:

- a.) - O modo como o seu comportamento é julgado pelas pessoas significativas do meio ambiente.
- b.) - O *feedback* que guarda do seu próprio desempenho.
- c.) - A comparação que faz entre o seu comportamento e o daqueles que considera os seus pares sociais.
- d.) - O julgamento que estabelece ao seu próprio comportamento tendo em conta as regras estabelecidas por um determinado grupo normativo, de natureza religiosa ou política, ao qual se encontra vinculado.

□

Analisemos cada um destes pontos.

- a.) - *O juízo de valor efectuado pelas pessoas significativas do meio ambiente*

Uma pessoa tende a ver-se da forma como os outros a olham.

O ser humano não fica indiferente aos comentários e observações que os outros lhe fazem, particularmente as pessoas significativas do seu meio ambiente.

Estes comentários podem ter consequências dramáticas quando são de natureza depreciativa, particularmente quando o indivíduo ainda se encontra numa etapa em que não desenvolveu por completo a capacidade do pensamento lógico (Nelson-Jones, 1994).

Wylie (1979) assinala que os pais, quer como modelos, quer como fontes de reforços, têm a

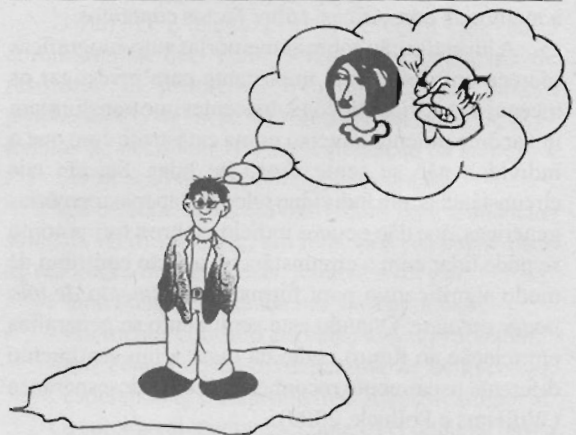


Figura 1 - Os pais, quer como modelos, quer como fontes de reforços, influenciam os filhos ao longo de vários anos, não só nos sentimentos a respeito do próprio como no tipo de pessoa que gostariam de ser.

possibilidade de influenciarem os filhos ao longo de vários anos, não só nos sentimentos a seu próprio respeito como no tipo de pessoa que gostariam de ser (a sua identidade).

Em relação ao auto-conceito, devido às influências múltiplas que um indivíduo recebe, costuma ser diferenciado o *auto-conceito real* do *auto-conceito ideal*. Aquele, corresponde à forma como uma pessoa se percebe e se avalia tal como é, na *realidade*. Este último, representa aquilo que o indivíduo deveria ou gostaria de ser. Quando há uma grande proximidade entre o *auto-conceito real* e o *auto-conceito ideal* o facto costuma ser considerado um *índice de satisfação pessoal*. Quando há, pelo contrário, uma discrepância acentuada esta representa um *índice de insatisfação*.

Consideremos o aspecto seguinte.

b.) - *O feedback que o indivíduo guarda do seu próprio desempenho*

Quando uma pessoa acredita que usualmente tem êxito no desempenho das suas tarefas desenvolve um bom auto-conceito. O inverso é igualmente verdadeiro.

A sensação de ter êxito é acompanhada de uma emoção positiva, agradável, que propicia o envolvimento em acções futuras. No caso inverso, o sentimento de fracasso é acompanhado de emoções negativas, desagradáveis, que inibem as tarefas futuras.



Figura 2 – A sensação de êxito ou de fracasso que a pessoa julga ter em relação ao seu desempenho acompanha-se de emoções de sinais contrários que influenciam as acções futuras.

Naturalmente que a sensação que uma pessoa tem de ter êxito ou fracasso não depende apenas de um desempenho isolado. Depende sim de um número frequente de vezes em que o indivíduo tem a percepção de se ter saído bem ou mal.

c.) - *O auto-conceito depende também da comparação que o indivíduo faz entre o seu comportamento e o daqueles que considera os seus pares sociais.*

Numa linha de definição o próprio e os outros são colocados em posições relativas que levam o indivíduo a conceber-se como mais capaz ou menos capaz, melhor ou pior do que os outros, consoante se julgue mais próximo ou afastado do comportamento desejável.

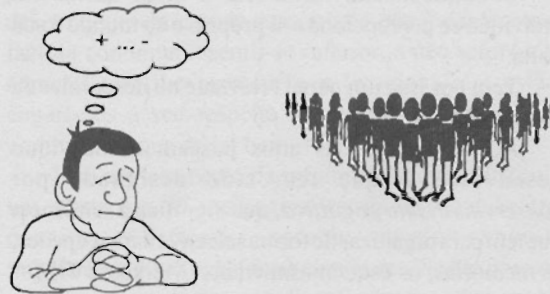


Figura 3 – O auto-conceito é igualmente influenciado pela comparação que o indivíduo faz do seu comportamento com o dos seus pares sociais.

d.) - *O auto-conceito é também influenciado pelo julgamento que um ser humano faz ao seu próprio comportamento tendo em conta as regras estabelecidas por um determinado*

Segundo os meus princípios os pontos de vista que defendo estão absolutamente correctos.



Figura 4 – O auto-conceito é também influenciado pelo juízo que o indivíduo faz do seu próprio comportamento tendo em conta as regras estabelecidas por grupos normativos a que se encontra vinculado.

grupo normativo ao qual se encontra vinculado e com que se identifica, seja de natureza religiosa ou política.

O indivíduo sentir-se-à satisfeito se considerar que a forma como se conduz está de acordo com as normas que preza, observando-se o contrário na situação inversa.

□

Consideremos agora um outro ponto.

Auto-conceito e percepção

O auto-conceito influencia o modo como um indivíduo se percebe a si próprio e ao mundo à sua volta.

Tem por isso um papel relevante no desenrolar da vida quotidiana.

À medida que os anos passam o indivíduo desenvolve o que tem sido designado por *conservadorismo cognitivo*, que significa a tendência que tem para organizar de forma selectiva as percepções, as memórias, os esquemas mentais (Markus, 1977).

Leahy (1985) refere que: "O conceito que o indivíduo faz de si próprio e dos outros é influenciado por esquemas mentais que determinam o tipo de informação que a pessoa considera relevante para si". Acrescenta ainda: "A informação consistente para dado esquema mental tem maior probabilidade de ser armazenada e trazida à memória na altura própria do que qualquer outra...".

Esta colheita selectiva de informação pode determinar como consequência a formação de juízos distorcidos da realidade que, por sua vez, podem originar emoções desagradáveis.

Firestone (1987) realça que o auto-conceito leva a que um indivíduo desenvolva uma *espécie de voz interna*, um esquema de pensamento, que se liga a sentimentos e atitudes.

Esta "voz interna" influencia os juízos de valor que o ser humano faz:

- (a) - a seu respeito e dos outros,
- (b) - das suas capacidades e incapacidades.

□

Vamos agora considerar um aspecto complementar.

Os constituintes do auto-conceito

No auto-conceito, há que diferenciar as identidades da auto-estima.

As *identidades* relacionam-se com o conteúdo do auto-conceito. Qualquer pessoa pode ter, dentro de si, várias identidades: como advogado, pescador desportivo, enófilo e outras mais. Aquela a que dedicar mais tempo e atenção é aquela que, numa escala

classificativa, se encontra na posição hierárquica mais elevada.

A *auto-estima* tem a ver com os aspectos avaliativos que um indivíduo elabora a seu próprio respeito. Como a auto-estima constitui um processo avaliativo é susceptível de gerar emoções. Devido a este facto é uma faceta importante a ter em conta na prática clínica.

Consideremos cada um destes pontos com maior minúcia.

Identidades

Patricia Linville (1987) refere que é importante a forma como cada pessoa é capaz de fazer a discriminação cognitiva entre aspectos diferentes da sua vida, aquilo que pode ser denominado como a sua *auto-complexidade*. Um indivíduo pode ser "marido", "homem de negócios", "jogador de xadrez", e "coleccionador de selos". Pode ter quatro identidades distintas e, em ocasiões diversas, ver-se a desempenhar papéis diferentes. A auto-complexidade pode ser baixa ou alta. É baixa se o indivíduo subordinar as suas diversas identidades e papéis apenas a um só. É alta se discriminar e valorizar separadamente cada um destes aspectos.

Linville comprovou que nas pessoas com uma auto-complexidade alta os efeitos do stress são menores, tanto no que respeita às repercussões sobre a saúde física como psíquica.

É que, se um indivíduo se considerar a si mesmo como portador de identidades diferentes e no desempenho de diversos papéis, uma situação adversa afecta-o apenas "numa só faceta mas deixa as outras preservadas".

Se a auto-complexidade for baixa a ocorrência de *stress* "apanha-o em cheio em todas as facetas", porque não são cognitivamente discriminadas.

A importância da auto-complexidade não tem sido observada apenas a respeito do desempenho de papéis mas igualmente em relação a atributos pessoais.

Morgan e Janoff-Bullman (1994) comprovaram que o ajustamento psicológico a traumas que ocorreram ao longo da vida (p. ex., o falecimento de um progenitor, situações de abuso físico ou sexual) era superior naqueles que continuavam a manter maior número de auto-representações positivas (considerarem-se, p. ex., pessoas "imaginativas", "motivadas", "trabalhadoras", etc.) do que nos outros que apresentavam um número menor de auto-representações positivas.

Auto-estima

No que respeita à auto-estima costumam ser

consideradas 2 grandes subdivisões:

- (a) - Auto-estima baseada num sentido de competência, relacionada com o desempenho considerado eficaz, os processos de auto-atribuição e de comparação social.
- (b) - Auto-estima baseada na virtude, considerada representativa do valor pessoal em função das normas e valores respeitantes ao comportamento pessoal e inter-pessoal, em termos de justiça, reciprocidade e de honra.

Gecas (1982) referiu que a auto-estima tem propriedades motivacionais segundo duas facetas diferentes:

- Uma delas, a da *auto-saliência*, que procura o crescimento, a expansão, o aumento da auto-estima pessoal.
- A outra, a da *auto-manutenção*, que tem por objectivo levar o indivíduo a não perder o que possui.

Estas duas facetas caracterizam-se por estratégias comportamentais diferentes. A primeira, leva a lutar pelo êxito; a segunda, a desenvolver estratégias que se relacionam apenas com o medo do fracasso. As pessoas com auto-estima pobre preferem as segundas em detrimento das primeiras.

Quando alguém formaliza objectivos e tem êxito em os alcançar adquire um bom sentido de competência e igualmente melhora a auto-estima.

Quando os objectivos estão (real ou subjectivamente) aquém dos êxitos a auto-estima ressentem-se e o indivíduo tende a auto-depreciar-se.

Referem Turner e Roszell (1994) que uma auto-estima elevada representa um recurso importante para combater as implicações negativas quando ocorrem acontecimentos desagradáveis.

Tubesing e Tubesing (1994) salientam também que um indivíduo com uma boa auto-estima tende a aceitar-se como realmente é, a sentir que tem valor pessoal e que tem direito ao respeito e à amizade dos outros. Tem tendência a acreditar mais no seu julgamento do que no julgamento de terceiros. Está melhor defendido perante as circunstâncias adversas porque confia em si e nas suas aptidões e tem tendência a perspectivar os acontecimentos desagradáveis mais como um desafio a resolver do que como uma ameaça.

Uma auto-estima pobre é fruto de experiências específicas que geram uma representação cognitiva do indivíduo que influencia o seu processamento de informação e o comportamento que tem (Melanie Fennell, 1999).

Um indivíduo de auto-estima pobre regra geral

não se supõe capaz de lidar com as circunstâncias, reage mal a críticas, mostra-se muito perturbado quando o rejeitam, adopta uma atitude passiva perante a vida e sente-se inferior quando se compara com os outros. Além disso tem tendência a atribuir os êxitos a factores externos, como a sorte ou o acaso e o fracasso a factores internos, como as aptidões pessoais.

Quando uma pessoa de auto-estima pobre recebe elogios, esse facto não significa que a sua auto-estima melhore obrigatoriamente. A sua voz interna, inculcada pelas figuras significativas ao longo do seu desenvolvimento, pode contrariar o que lhe referem e fazê-la continuar a sentir-se inferior, a não reforçar a atenção que lhe prestam e a imaginar que estão enganados a seu respeito ... mesmo que os factos comprovem que se sai bem.

Este enviesamento da informação pode constituir um obstáculo às mensagens recebidas quando em ocasiões difíceis recebe apoio social, independentemente da forma clara como lhe é expresso.

A auto-estima e a inteligência não estão necessariamente correlacionadas. Uma pessoa inteligente, com uma auto-estima pobre, pode filtrar os acontecimentos de uma forma enviesada e auto-depreciativa.

A auto-estima pobre anda relacionada com o desenvolvimento de diversos transtornos psicopatológicos.

Brown, Harris e Bifulco (1986) e Brown (1987) referem que uma auto-estima pobre confere um risco para a depressão três vezes superior ao que se verifica nas pessoas com boa auto-estima, quando ocorrem acontecimentos adversos.

Numa revisão de trabalhos efectuada por Turner e Roszell (1994) os autores comprovaram que uma auto-estima pobre está frequentemente associada a alcoolismo, a consumo de drogas, a comportamento agressivo e a tendências suicidas.

Trabalhos de Shamir (1986) e de Kessler, Turner e House (1986) comprovaram que os indivíduos com boa auto-estima são mais resistentes aos efeitos negativos de uma situação de desemprego do que os indivíduos com uma auto-estima pobre.

□

Tendo referido aspectos relacionados com o auto-conceito vamos abordar de seguida as estratégias de coping.

Estratégias de coping

O termo *coping* refere-se às estratégias que são

utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de *stress*.

Snyder e Dinoff (1999) mencionam que correspondem às respostas, emitidas pelo indivíduo, que têm por finalidade diminuir a "carga" física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de *stress*.

A eficácia das estratégias de *coping*, segundo estes autores, avalia-se pela capacidade que têm em reduzir de imediato a perturbação sentida bem como em evitar, em termos futuros, o prejuízo do bem-estar ou do estado de saúde do ser humano.

As estratégias de lidar com as situações indutoras de *stress* algumas vezes são orientadas pelo indivíduo para:

- (1) - a resolução directa do problema ou,
- (2) - a atenuação das emoções sentidas ou
- (3) - a busca de apoio social.

Podem surgir de forma isolada ou concomitante. Se têm êxito o *stress* reduz-se. Se são ineficazes o *stress* mantém-se.

Considera-se, por isso, que as estratégias de *coping* são as grandes mediadoras das consequências que os acontecimentos a que um indivíduo está exposto têm sobre si.

Quando um indivíduo se defronta com uma nova situação está predisposto a aplicar as fórmulas de acção que as suas experiências passadas lhe indicaram como viáveis ... embora possam ser algumas vezes inadequadas.

Não há estratégias modelares forçosamente eficazes ou ineficazes. O grau de eficácia depende dos recursos que o indivíduo apresenta e do problema com que se defronta.

Vaz Serra (1987) construiu uma escala para avaliar estratégias de *coping*, que denominou por Inventário de Resolução de Problemas (IRP).

Estudos feitos com o IRP têm revelado:

- Os indivíduos com um bom auto-conceito e bom sentido de auto-eficácia tendem a apresentar mecanismos adequados de *coping* (Vaz Serra, Firmino e Ramalheira, 1988).
- As pessoas com transtornos emocionais tendem a evitar o confronto activo dos problemas, pressupondo que a sua resolução não depende do seu esforço directo; abandonam-se passivamente perante as ocorrências e, em *stress*, utilizam sobretudo estratégias para o controlo das emoções (Vaz Serra, Ramalheira, e Firmino, 1988).
- Os seres humanos com mecanismos de *coping* pobres sentem na vida maior número de problemas

(Vaz Serra, Firmino, Pocinho, e Mesquita Figueiredo, 1991).

- Os indivíduos com transtornos emocionais pertencem a famílias em que há uma má comunicação entre os seus membros, não sentem orgulho na sua família e esta revela um nível global pobre de recursos e de *coping* familiares. Este tipo de famílias evita o confronto activo dos problemas e adopta uma atitude passiva em relação aos acontecimentos indutores de *stress*; os seus membros são com frequência agressivos entre si e têm dificuldade em redefinirem as situações indutoras de *stress* (Vaz Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro, 1992).
- As pessoas extrovertidas e emocionalmente estáveis tendem a revelar melhores estratégias de *coping* (Alves, 1995).
- Os indivíduos com doença coronária, quando confrontados com um grupo de controlo revelavam estratégias de *coping* mais pobres, utilizavam menos o confronto e a resolução activa dos problemas, abandonavam-se passivamente perante as situações, permitiam que as ocorrências interferissem mais com a sua vida quotidiana e solicitavam menos ajuda a familiares e amigos (Matos, 1995).
- Num estudo sobre para-suicidas foi comprovado que estes têm estratégias de *coping* significativamente mais pobres e inadequadas do que indivíduos da população em geral, sem transtornos psicopatológicos (Saraiva, 1997).

Os diversos estudos revelam que um indivíduo com estratégias de *coping* adequadas:

- (1) - costuma sentir que tem um bom controlo das situações com que se depara,
- (2) - gosta de confrontar e resolver activamente os problemas,
- (3) - utiliza mecanismos redutores de estados de tensão que não são lesivos da sua saúde e da sua pessoa, não permite que a vida quotidiana seja interferida pelos acontecimentos indutores de *stress* e não tem tendência a deixar-se responsabilizar pelas consequências negativas dos ocorrências.

□

Vamos agora avançar para a relação entre auto-conceito e *coping*.

Relação entre auto-conceito e *coping*

Dos estudos efectuados verifica-se que :

- Há uma correlação positiva e altamente significativa entre o auto-conceito e as estratégias de *coping*.
- Os indivíduos com um bom auto-conceito tendem a resolver melhor os seus problemas.
- Por sua vez um bom auto-conceito e estratégias de *coping* adequadas são preditores de uma boa saúde mental.

□

Vamos descrever agora uma história clínica de um indivíduo que tinha um auto-conceito pobre, desenvolveu ideias de suicídio, fez uma tentativa grave de suicídio e foi posteriormente recuperado.

História clínica de um caso de tentativa de suicídio

João P. tinha 37 anos quando foi internado na Clínica Psiquiátrica dos HUC devido a uma tentativa de suicídio.

Estava divorciado e era pai de dois filhos. Recebeu posteriormente assistência psicológica na Consulta de Stress do mesmo Serviço. Na entrevista clínica revelou as dificuldades que vão ser expostas.

Após 13 anos de casado, devido a dificuldades económicas, decidiu ir trabalhar para um bacalhoeiro. Esteve ausente do país durante dois anos. Quando regressou sentiu-se um estranho no seio da família.

A mulher tinha-se transformado no verdadeiro chefe da casa. Queixava-se da sobrecarga do trabalho que tivera enquanto o marido estivera ausente. Os filhos, ainda jovens, sentiram com estranheza o regresso do pai. Este, quando convivia com eles, dava-lhe a impressão de que não o desejavam.

Parecendo-lhe que todos o recriminavam começou a isolar-se. Tendo regressado ao seu antigo emprego sentiu-se igualmente um estranho que não era aceite.

Após o seu regresso referiu que a comunicação entre o casal se foi tornando progressivamente mais pobre. A mulher tomava as decisões sobre a casa e João P. não se sentia no direito de intervir. Quando o fazia era frequentemente recriminado ou nem sequer era ouvido.

Começou a andar deprimido e a achar que a vida não tinha para ele qualquer sentido. Trabalhava o mais que podia mas andava sempre sem dinheiro.

Em consequência da deterioração das condições familiares a mulher solicitou o divórcio e João P. aceitou. Foi viver para um pequeno quarto alugado, onde se sentia muito só, sem desejo de fazer nada e com demasiado tempo para pensar.

Começou a sentir-se invadido por um profundo

sentimento de tristeza.

Quando pensava sobre a sua família verbalizava para consigo: "Sinto-me vazio. Não sei para onde ir nem onde ficar". "Falhei como pai. Nunca fui capaz de cuidar da minha família. Estive muitas vezes ausente. Quando regresssei não sabia o que dizer". "Falhei em tudo". "Sou um fracassado".

A estes pensamentos outros se seguiam: "Estou sempre indeciso. Não tenho confiança em mim. Sou um incompetente. Não sei manter as minhas relações afectivas".

Ao mesmo tempo sentia-se desmotivado para o trabalho, para as actividades sociais, para o contacto com os familiares. Isolava-se em casa, sem fazer nada.

Passou a ter dificuldade em dormir, a acordar mais cansado do que quando se deitava, a perder o apetite e o peso e sem qualquer interesse sexual.

Começou a ter o sentimento de não pertencer a lado nenhum, de nunca ter feito nada de jeito e o desejo de fazer desaparecer de uma vez por todas aquele grande vazio que sentia dentro de si.

Conhecendo um amigo diabético que se injectava com insulina pensou: E se me injectasse com uma dose grande de insulina? Deve ser indolor e não chama a atenção. Decidiu então comprar um frasco e metê-lo no frigorífico. Depois de o ter feito passou todos os dias a abrir a porta do frigorífico para olhar para ele, antes de sair para o trabalho. Interrogava-se porque ainda o não tinha usado.

E um dia aconteceu.

Injectou-se com insulina e foi deitar o frasco no contentor do lixo. Não queria deixar pistas. Regressou ao quarto, começou a sentir muito frio e suores e ... perdeu a consciência.

Quando acordou estava num quarto do hospital.

Contaram-lhe mais tarde que a senhoria tinha chegado a casa mais cedo do que o costume, viu-o estendido no quarto e sem dar acôrdo de si. Chamou o 112 que o trouxe para as urgências. Este acaso de sorte impediu que a sua vida acabasse.

Para compreendermos os motivos da decisão que tomara vamos descrever alguns dados sobre o seu desenvolvimento e aprendizagem prévia.

Entre os factos relevantes do seu passado João P. referiu que a mãe era muito religiosa. Via erros, pecados e tentações num número infinito de circunstâncias.

Tendo sido o filho mais velho do casal, de uma fratria de dois, era considerado o que devia ter maior número de responsabilidades. Na realidade recaíam sobre si muitas das obrigações familiares.

A mãe dirigia-se-lhe sempre com muita rigidez e

severidade. Por mais que João P. se esforçasse estava sempre, aos olhos da mãe, a merecer castigo. Para ela a vida era cheia de deveres que o doente, por mais que tentasse, nunca chegava a cumprir sem reparos e admoestações.

O pai calava-se e afastava-se quando via a mulher a ralar com os filhos. Não os defendia, nem procurava tolerância. Era um homem passivo, sem capacidade de auto-afirmação. Nunca foi um bom modelo com que João P. se pudesse identificar.

O enfermo, durante a adolescência e, mais tarde, como adulto, tendia a emitir juízos de valor sobre o seu comportamento em consonância com o que a sua mãe fizera. Por maior que fosse o seu esforço considerava-se um eterno imperfeito.

Tornou-se um perfeccionista, pouco afirmativo, cumpridor, preocupado com a imagem sócio-profissional, sempre atento a quaisquer comentários dos superiores hierárquicos.

Intervenção psicoterapêutica

O que vai ser descrito decorreu em 16 sessões semanais, ao longo de 4 meses.

- Na última sessão o doente tinha conseguido retirar toda a medicação anti-depressora e ansiolítica instituída após o internamento.
- Após a 16.ª sessão teve um seguimento mensal durante mais dois meses.
- A partir de então os contactos passaram a ser telefónicos.
- Ao fim de um ano continuava a manter os ganhos terapêuticos.

Para compreendermos o que foi realizado devemos considerar que a forma como interagimos com os acontecimentos da vida determina a maneira como somos capazes de sobreviver ou de ter êxito. As nossas atitudes, mais do que as circunstâncias, determinam o nosso bem-estar (Siebert, 1996).

Kendall e Dobson (1993) mencionam que a forma como um indivíduo interpreta um acontecimento determina a maneira como responde a esse acontecimento. Para os autores o afecto e o comportamento de uma pessoa são determinados pelo modo como o indivíduo estrutura o mundo em função dos seus processos cognitivos.

Estes pressupostos levaram a efectuar o que vai ser mencionado.

I - Auto-monitorização

Foi solicitada para se conhecer, de forma objectiva, o que se passava nos diversos contextos da vida de João

P., com o propósito de determinar a adequação das suas respostas emocionais.

Este registo permitiu:

- levar a reconhecer a existência de dissonâncias em relação à percepção de diversos acontecimentos e
- corrigir atribuições erróneas, interpretações catastróficas e auto-depreciativas.

Foi um primeiro passo que ajudou a modificar os sistemas de significação utilizados por João P.

II - Descentração e reestruturação cognitiva

O enfermo foi levado a debater ("socraticamente"¹) o significado atribuído aos acontecimentos, decorrente do seu diálogo interno, que explicava a sua tristeza e a dramatização que fazia da existência.

Foi levado a compreender que as suas reacções eram marcadas pela *voz da mãe que continuava a ecoar dentro de si* e que explicavam o seu sentimento de incompetência, fracasso e tendência para a culpabilização.

Foi solicitado a construir outras significações alternativas, honestamente viáveis e adequadas à realidade.

Nesta fase de tratamento foi igualmente utilizado o *método da cadeira vazia*. Num compartimento com duas cadeiras, sentado numa delas, João P. imaginava a mãe sentada na outra cadeira, que estava vazia. Nesta situação verbalizava "para a mãe" que supostamente ocupava a cadeira adjacente, todas as emoções que lhe tinha criado e referia-lhe que:

- muitas das suas críticas haviam sido injustas
- se saía tão bem como os outros rapazes da sua idade
- a mãe fora a causa de ele se sentir tantas vezes injustificadamente culpabilizado.

III - Reconhecimento das limitações pessoais

Ao longo das entrevistas João P. foi levado a compreender que qualquer ser humano sente dificuldades em atingir sempre bons resultados em todos os objectivos da vida.

Compreendendo a importância do *eco da voz da mãe* e da naturalidade das limitações da natureza humana

¹ Isto é, de uma forma lógica, em que eram procuradas todas as alternativas possíveis de explicação dos acontecimentos e se procurava escolher a alternativa mais lógica e adequada que, regra geral, não correspondia à que o doente tinha tendência inicialmente a escolher.

passou a relacionar-se com os acontecimentos da vida de uma forma mais liberta, disponível e menos tensa, desenvolvendo expectativas mais realistas.

Gradualmente veio a reconhecer e a admitir que nem sempre tudo depende exclusivamente das próprias pessoas.

Tendo compreendido as dificuldades subjacentes ao seu modo de viver um dia, já capaz de sorrir, comentou:

Vendo bem, passei toda a vida a utilizar significados errados para o confronto com os acontecimentos do meu dia-a-dia.

Ao mencionar esta frase, voltando a sorrir, acrescentou que, afinal, ao compreender as razões das suas dificuldades, tinha dado um passo grande no sentido da sua autonomia e sobrevivência pessoal.

Já sem medicamentos, as ideias de suicídio tinham-lhe desaparecido de vez.

Bibliografia

- ALVES, M. Z. R. (1995) – *Stress na vida escolar dos estudantes* – tese de mestrado em Planificación, Diseño y Investigación apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra.
- BROWN, G. W. (1987) – Social factors and the development and course of depressive disorders in women : A review of a research programme – “*British Journal of Social Work*”, 17 : 615-634.
- BROWN, G. W., HARRIS, T. O. E BIFULCO, A. (1986) – Long-term effects of early loss of parent – pp. 251-296 in “*Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*”, M. Rutter, C.E. Izard e P.B. Read (eds.) – New York : Guilford.
- CANTOR, CH. H. (2000) – Suicide in the Western World – Cap. 1 – pp. 9-28 in “*Suicide and Attempted Suicide*”, K. Hawton e K. van Heeringen (eds.) – John Wiley & Sons, Ltd.
- CHILES, J. A. E STROSAHL, K. D. (1995) – *The Suicidal Patient – Principles of Assessment, Treatment and Case Management* – American Psychiatric Press, Inc.
- D’ZURILLA, T. J. E NEZU, A. M. (1999) – *Problem-Solving Therapy (A Social Competence Approach to Clinical Intervention)* – Springer Series on Behavior Therapy & Behavioral Medicine.
- FENNEL, M. J. V. (1998) – Low Self-Esteem – Cap. 10 – pp. 217-240 in “*Treating Complex Cases – The Cognitive Behavioural Therapy Approach*”, N. TARRIER, A. WELLS e G. HADDOCK (eds.) – John Wiley & Sons.
- FITTS, W. H. (1972) – *The self-concept and psychopathology (monograph)* - “National Technical Information Service”, U.S.A.
- GECAS, V. (1982) – The self-concept - “*Ann. Rev. Sociol.*”, 8 : 1-33.
- HARTER, S. (1985) – Competence as a Dimension of Self-Evaluation: Toward a Comprehensive Model of Self-Worth - pp. 55-121 in “*The Development of the Self*” - edit. por R.L. Leahy - Academic Press, Inc.
- KENDALL, PH. C. E DOBSON, K. S. (1993) – On the Nature of Cognition and Its Role in Psychopathology – Cap. 1, pp. 3-17 in “*Psychopathology and Cognition*”, K.S. Dobson e Ph.C. Kendall (eds.) – Academic Press, Inc.
- KESSLER, R. C., TURNER, J. B. E HOUSE, J. S. (1986) – Effects of unemployment on health in a community survey: Main, modifying and mediating effects – “*Journal of Social Issues*”, 44 : 69-85.
- LAZARUS, R. S. (1999) – *STRESS AND EMOTION : A New Synthesis* – Springer Publishing Company.
- LEAHY, R. L. (1985) – The Costs of Development : Clinical Implications - pp. 267-294 in “*The Development of the Self*” - edit. por R.L. Leahy - Academic Press, Inc.
- LEVENSON, M. E NEURINGER, C. (1971) – Problem-solving behavior in suicidal adolescents – “*Journal of Consulting and Clinical Psychology*”, 37 : 433-436.
- LINVILLE, P. W. (1987) – Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression - “*Journal of Personality and Social Psychology*”, 52 : 663-676.
- MACLEOD, A. K., ROSE, G. S. E WILLIAMS, J. M. G. (1993) – Components of hopelessness about the future in parasuicide – “*Cognitive Therapy and Research*”, 17 : 441-455.
- MACLEOD, A. K. E TARBUCK, A. F. (1994) – Explaining why negative events will happen to oneself: parasuicides

- are pessimistic because they can't see any reason not to be - *British Journal of Clinical Psychology*, 33 : 317-326.
- MACLEOD, A. K., PANKHANIA, B., LEE, M. E MITCHELL, D. (1997) - Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences - *Psychological Medicine*, 27 : 973-977.
- MARKUS, H. (1977) - Self-Schemata and processing information about the self - *J. Person. Soc. Psychol.*, 35 : 63-78.
- MATOS, A. P. S. (1995) - Factores Psicológicos na Doença Coronária - tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- MORGAN, H. E JANOFF-BULLMAN, R. (1994) - Positive and negative self-complexity: Patterns of adjustment following traumatic versus non-traumatic life experiences - *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13 : 63-85.
- NELSON-JONES, R. (1994) - Effective thinking skills: Preventing and Managing Personal Problems - Cassell.
- NEURINGER, C. (1976) - Current developments in the study of suicidal thinking - in *Suicidology: Contemporary Developments*, Schneidman (ed.) - New York: Grune and Stratton.
- SARAIVA, C. M. B. (1997) - Para-Suicídio : Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes - tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- SCHOTTE, D. E. E CLUM, G. A. (1987) - Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients - *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 : 49-54.
- SHAMIR, B. (1986) - Self-esteem and the psychological impact of unemployment - *Social Psychology Quarterly*, 49 : 61-72.
- SIEBERT, AL. (1996) - The Survivor Personality - A Perigee Book. - The Berkley Publishing Group.
- SNYDER, C. R. E DINOFF, B. L. (1999) - Coping : Where Have You Been ? - pp. 3-19 in *Coping - The Psychology of What Works*, C.R. Snyder (ed.) - New York, Oxford : Oxford University Press.
- TUBESING, N. L. E TUBESING, D. A. (1994) - Structered Exercises in Stress Management (vol. 1) - Whole Person Associates.
- TURNER, J. E ROSZELL, P. (1994) - Psychological Resources and the Stress Process - pp. 179 - 210 in *Stress and Mental Health : Contemporary Issues and Prospects for the Future*, W. R. Avison e I. H. Gotlib (eds.) - New York : Plenum Press.
- VAZ SERRA, A. (1986a) - A importância do auto-conceito - *Psiquiatria Clínica*, 7 (2) : 57-66.
- VAZ SERRA, A. (1986b) - O "Inventário Clínico de Auto-Conceito" - *Psiquiatria Clínica*, 7 (2) : 67-84.
- VAZ SERRA, A. (1987) - Um estudo sobre coping: : o "Inventário de Resolução de Problemas" - *Psiquiatria Clínica*, 9, (4) : 301-316.
- VAZ SERRA, A. (1990) - A Relevância Clínica do Coping nos Transtornos Emocionais - *Psiquiatria na Prática Médica*, 3 (4) : 157-163.
- VAZ SERRA (1992) - O Interesse clínico das Escalas de Avaliação de Auto-Conceito e de Coping - *Revista de Psicologia Militar* - Número especial : 1-17 - C.E.P.E.
- VAZ SERRA, A., FIRMINO, H. E RAMALHEIRA, A. C. (1988) - Estratégias de coping e auto-conceito - *Psiquiatria Clínica*, 9 (4) : 317-322.
- VAZ SERRA, A., FIRMINO, H., POCINHO, F. E MESQUITA FIGUEIREDO, A. (1991) - Coping Mechanisms and Stressful life events - *Acta Psychiatrica Portuguesa*, 37 : 5-12.
- VAZ-SERRA, A., CANAVARRO, C., RAMALHEIRA, C., FIRMINO, H. (1992) - Family functioning and coping: Differentiation between "functional" and "dysfunctional populations" - *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 38 (1) : 119-126.
- VAZ SERRA, A., FIRMINO, H., RAMALHEIRA, A. C., CANAVARRO, M. C. (1992) - Relation entre ressources familiales et stratégies d'adaptation individuelles et familiales (Différence entre population générale et patients souffrant de perturbations émotionnelles) - *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2 (2) : 10-16.
- WILLIAMS, J. M. G. (1996) - Depression and the specificity of autobiographical memory - in *Remembering Our Past - Studies in Autobiographical Memory*, D.C. Rubin (ed.) - Cambridge: Cambridge University Press.

- WILLIAMS, J. M. G. (1997) – *Cry of Pain: Understanding Suicide and Self-harm* – Harmondsworth: Penguin.
- WILLIAMS, J. M. G. E POLLOCK, L. R. (2000) – *The Psychology of Suicidal Behaviour* – Cap. 5 – pp. 79-93 in "Suicide and Attempted Suicide", K. Hawton e K. van Heeringen (eds.) – John Wiley & Sons, Ltd.