

Emoção Expressa: Caracterização, Estabilidade e Importância no Para-suicídio Recorrente

Expressed Emotion: Characterization, stability and importance in the parasuicide behaviour

José Carlos Santos *

Carlos Braz Saraiva **

Liliana de Sousa ***

Resumo

O conceito de Emoção Expressa tem sido estudado, desde a sua origem, em várias patologias, sendo apontado como um forte predictor da recaída. A avaliação da Emoção Expressa caracteriza o ambiente familiar e é feita através da Entrevista Familiar de Camberwell, sendo utilizadas cinco escalas: criticismo, hostilidade, ambiente de sobreenvolvimento emocional, comentários positivos e calor afectivo, sendo as três primeiras importantes na recaída. É ainda avaliada a sua estabilidade e papel no comportamento para-suicidário recorrente ao longo de nove meses.

Palavras-chave: emoção expressa, entrevista familiar de Camberwell, família, para-suicídio

Abstract

The Expressed Emotion (EE) construct has been studied since its origin, in several diseases. It's considered to be predictive for relapse. The assessment of the Expressed Emotion characterises the family environment, and it is conducted through the Camberwell Family Interview and its five scales: criticism, hostility, over-involvement, warmth and positive remarks. The EE' stability and role in the parasuicide behaviour during nine months is also assessed.

Keywords: expressed emotion, Camberwell family interview, family, parasuicide

* Professor Adjunto na ESEBB, Mestre em Sociopsicologia da Saúde pelo ISMT e Doutorando em Saúde Mental pelo ICBAS.

** Professor de Psiquiatria na FMUC, Chefe de Serviço de Psiquiatria dos HUC, Coordenador da Consulta de Prevenção de Suicídio dos HUC.

*** ICBAS/IBMC – Universidade do Porto.

Introdução

Esta abordagem da Emoção Expressa (EE – *expressed emotion*) decorre de um particular interesse sobre a aplicação do conceito às famílias de para-suicidas, universo desconhecido para este modelo teórico, mas precisamente por isso mais estimulante à investigação. Esta hipótese resulta de reflexões previamente aduzidas e suas ligações à rejeição persistente sentida pelos para-suicidas, a aspectos sistémicos familiares e da análise transaccional (Sampaio, 1991; Saraiva, 1997, 2001; Santos, 2000, 2002).

O conceito de EE teve origem no decorrer dos estudos sobre as relações entre os elementos da família do doente mental, particularmente do esquizofrénico. Podemos referir os anos 50 e 60, no âmbito da Psiquiatria Social, em Londres, como começo dos estudos para uma melhor compreensão dos resultados obtidos com doentes psiquiátricos e a qualidade das relações entre os doentes e os familiares mais próximos (Wearden *et al.*, 2000).

A EE é classificada como elevada, se tem seis ou mais comentários críticos, demonstre hostilidade ou receba uma classificação marcada de sobreenvolvimento, durante uma entrevista individual com a família. Nesta entrevista, denominada Entrevista Familiar de Camberwell (EFC), a família é questionada acerca dos últimos três meses que antecederam o internamento e sobre as emoções e sentimentos demonstrados e relatados durante a entrevista em relação ao seu familiar (Brown *et al.*, 1972).

A EFC obedece a um guião sendo uma entrevista semi-estruturada. Foi desenvolvida por Brown, Rutter e colaboradores para o estudo de 1972, com familiares de doentes esquizofrénicos. Posteriormente Vaughn e Leff (1976) trabalharam uma versão abreviada da EFC, onde abordavam a história psiquiátrica do indivíduo em estudo; a irritabilidade ou conflitualidade do indivíduo e da família para com ele; a sintomatologia; a sua participação nas tarefas domésticas e os assuntos financeiros. A avaliação da EE faz-se através de cinco escalas: comentários críticos, hostilidade, calor afectivo, comentários positivos e sobreenvolvimento emocional.

Desde então têm sido desenvolvidos outros instrumentos de avaliação da EE, sendo que, apesar de terem elevada correlação com a EFC, não têm demonstrado ser preditores de recaída, como a EFC (Hooley & Richters, 1991). Apesar de poderem ser mais cativantes pela sua maior brevidade, Vaughn (2003) chama a atenção para a importância da qualidade dos instrumentos no resultado final da investigação, destacando o poder da EFC, para a abordagem, exploração e revelação de factos para a classificação da EE. Também Van Humbeeck *et al.* (2002) estudaram a EFC comparativamente com outros 11 instrumentos de medida (entre eles o *Five-Minute Speech Sample* (Magana *et al.*, 1985) e a *Level of Expressed Emotion Scale* (Cole & Kazarian, 1988), tendo concluído que a EFC continua a ser o melhor instrumento para avaliação da qualidade da relação, sendo o mais fidedigno na probabilidade de recaída.

O uso e consequente avaliação / classificação da EFC implica a frequência de um curso intensivo (geralmente duas semanas, em Londres), onde se discute o conceito de EE, as escalas envolvidas, as técnicas de entrevista e se avalia várias entrevistas realizadas e cotadas previamente por um grupo qualificado de investigadores, sobretudo em países anglo-saxónicos. No decorrer do curso, os candidatos devem cotar as entrevistas mostrando concordância com as classificações obtidas pelos investigadores, condição para ser considerado apto para o uso e classificação da EFC.

Ao longo dos últimos 40 anos, o estudo da EE tornou-se uma preocupação internacional atravessando cinco continentes e as mais variadas populações clínicas (Jenkins & Karno, 1992). Tendo no seu início sido mais estudada nos países anglo-saxónicos estendendo-se à Europa e América do Norte, várias foram posteriormente as culturas e as linguagens abordadas, sendo de referir: China (Philips e Xiong, 1995; Cheng, 2002; Philips *et al.*, 2002, Ran *et al.*, 2003); Irão (Mottaghipour *et al.*, 2001); Egipto (Osaka *et al.*, 1994; Kamal, 1995); Índia (Wing *et al.*, 1987); Japão (Mino *et al.*, 1995). Kuipers (1992), referindo-se à investigação realizada na Europa concluiu não ser um conceito culturalmente específico e que os estudos realizados

reforçam a importância desta medida. Contudo, se variarmos de continente, Cheng (2002) refere que a classificação de EE deve ser reajustada em diferentes culturas, sendo por isso necessário validar os estudos, usando investigadores de diferentes culturas.

Apesar da EE ter sido criada em estudos preliminares com doentes esquizofrénicos, surgiram nos últimos anos outras áreas de estudo da EE: Depressão (Hooley & Teadsle, 1989; Osaka *et al.*, 1994; Hayurst *et al.*, 1997; McCleary & Sanford, 2002); Doença Bipolar (Milkowitz *et al.*, 1988; Wendel *et al.*, 2000; Goldstein *et al.*, 2002); Personalidade *Borderline* (Hooley & Hoffman, 1999; Hoffman *et al.*, 2003); Distúrbios alimentares (Szmuker *et al.*, 1985; Furth *et al.*, 1996); Demência (Vitaliano *et al.*, 1989; Wagner *et al.*, 1997); Epilepsia (Hoder *et al.*, 1999); Problemas de Comportamento (Hirshfeld *et al.*, 1997; Jacobson, 1998; Peris & Baker, 2000; Calam *et al.*, 2002); Alcoolismo (O' Farrell *et al.*, 2000); Transtornos da ansiedade (Chambless *et al.*, 2001); Dores abdominais e de cabeça frequentes (Liakopoulou-Kaisins *et al.*, 2002); Diabetes Mellitus, controlo da insulina (Koenigsberg *et al.*, 1993; Liakopoulou *et al.*, 2001); Pós stress traumático (Tarrier, 1996); Asma (Miller & Wood, 1995; Wamboldt *et al.*, 1995); Artrite reumatóide (Manne & Zautra, 1989). De uma forma geral os estudos concluíram pela importância da EE na recaída nestas diversas patologias. Também a relação entre profissionais de saúde e doentes pode conhecer elevados níveis de EE, tendo as suas atitudes uma significativa influência nos resultados (Barrowclough *et al.*, 2001; Van Audenhove & Van Humbeek, 2003; McDonnell *et al.*, 2003). Segundo estes autores verifica-se uma correlação entre o nível de funcionamento do indivíduo e a percepção, por parte dos profissionais, da abertura e do papel do mesmo no desenrolar da sua doença, sendo esta percepção relevante para o nível da EE.

Segundo Scazufca (1998), após o estudo de 36 familiares e 31 doentes com esquizofrenia, ao longo de nove meses a EE não é estável no tempo, ocorrendo mais frequentemente alterações de baixas para altas EE. Em sentido contrário apontam os estudos de Patterson *et al.* (2005) que estudaram

a EE, através da EFC, no primeiro episódio psicótico de esquizofrenia e verificaram que, ao longo de nove meses a EE se alterou em 30,7% dos familiares, sendo que 42% passaram de alta para baixa e somente 13% de baixa para alta. Porém Schreiber *et al.* (1995), num estudo realizado com crianças, verificaram que os comentários críticos eram estáveis ao longo do tempo, indiciando a EE como um traço parental, havendo diferenças no sobreenvolvimento emocional e no calor afectivo, que aumentavam em situação de doença. Não estudaram a hostilidade nem os comentários positivos. Não havendo certezas relativamente ao constructo terá pois de haver um maior cuidado na descrição dos comentários críticos, sendo de supor que uma vez referidos em relação à sintomatologia será de esperar uma EE estado, que tenderá a baixar com a melhoria da sintomatologia. Se identificarmos comentários críticos dirigidos ao indivíduo *per si*, podemos pensar em EE traço, que sobreviverá à crise e ao atenuar da sintomatologia.

Leff (1989) refere que, em geral, o estudo da EE numa qualquer questão, pode ser dividida em três fases. Primeiro é necessário estabelecer que há uma associação entre a EE familiar e o evoluir da patologia. Se encontramos relação, então é necessário planear e desenvolver uma adequada intervenção no sentido de reduzir a EE e tentar testar esta intervenção num estudo controlado. Finalmente deverá ser explorada a adequação do modelo de intervenção num contexto clínico. Enquanto que na esquizofrenia podemos encontrar modelos de intervenção, noutras patologias estamos ainda na primeira ou segunda fase.

Os comportamentos para-suicidários e o suicídio estão a aumentar de forma preocupante nalguns países do Ocidente. Apesar do suicídio não ter aumentado nos anos 90 em Portugal, conheceu um aumento significativo entre 2000 e 2002. A OMS considera estes comportamentos um problema de saúde pública. Em todo o mundo, o suicídio encontra-se entre as cinco principais causas de morte no grupo de idades entre 15-19 anos e em muitos países posiciona-se em primeiro ou segundo como causa de morte nesta faixa etária (OMS, 2000). A tendência mais evidente nos anos mais recentes,

no mundo ocidental, tem sido o aumento de suicídios entre os 15 e 24 anos, especialmente no género masculino (Cantor, 2002), sendo o estudo em torno desta população uma prioridade.

Todos os anos, cerca de 600 pessoas se suicidam em Portugal e talvez umas 24000 protagonizem comportamentos para-suicidas, designadamente intoxicações voluntárias ou corte de pulsos, ao ponto de serem atendidas em Serviços de Urgência (Saraiva, 2003). Números que duplicaram entre 2000 e 2002 para 1212 casos, 11,7 por 100.000 habitantes (INE, 2005). O fenómeno do suicídio e para – suicídio, vai para além dos números, já de si inferiores à realidade, tendo de se ter em conta o sofrimento humano e os custos económicos, tornando-se num problema de saúde pública de grande importância, particularmente nos adolescentes e jovens adultos (Diekstra, 1993).

A OMS (1986) define comportamento para-suicidário como acto não fatal, na sequência de um comportamento invulgar, protagonizado por um indivíduo, sem a intervenção de outrem, que provoca auto-lesão ou ingestão de uma substância em sobredosagem para além do prescrito ou de ser reconhecida como terapêutica, e que visa mudanças desejadas pelo indivíduo, quer através desse acto quer através das suas consequências físicas (Faria, 1994). Na realização deste estudo adoptou-se este conceito como referência incluído na Classificação Internacional de Doenças (CID 10), desde 1992.

Numerosos estudos mostraram que o para-suicídio é um dos maiores, senão o maior indicador que permite prever o suicídio (Diekstra, 1993). Alguns estudos de acompanhamento mostram que 10 a 14% de pessoas envolvidas em comportamentos para-suicidários, eventualmente morrem por suicídio posterior. O risco de suicídio é 100 vezes maior que na população em geral (Bret Da, citado por Diekstra, 1993). Na Europa, a razão para – suicídio/suicídio varia com a idade de 40 : 1 no grupo etário 15-24 anos, até 3 : 1 no grupo com mais de 65 anos (Diekstra, 1992), sendo mais frequente nas mulheres.

Dado que, como refere Santos (2000), o destino da maioria dos indivíduos com comportamentos para-suicidários, que recorrem às urgências é o

domicílio, para junto da família, este é um local privilegiado de estudo. Como referem Borowsky.; Ireland, e Resnick, (2001) os profissionais de saúde, na prevenção do suicídio adolescente, têm responsabilidade na pesquisa sobre a saúde emocional, as interações familiares, e a realização escolar e relacionamento. Rivas *et al.* (1998) chamam a atenção para a importância que as relações intrafamiliares desempenham no desenvolvimento de comportamentos suicidários em adolescentes e jovens adultos. Por outro lado “a família é o elemento mediador entre o indivíduo e a sociedade global” (Martins, 1990: 118). As emoções expressas no seio familiar parecem adquirir uma relevância significativa no estudo do comportamento para-suicidário.

Poucos estudos abordaram os comportamentos para-suicidários e a emoção expressa. Pollard (1996) estudou dois grupos de adolescentes entre 13 e 19 anos (média=15,5). Um com uma amostra de 20 elementos (com tentativas de suicídio), sendo 75% do género feminino e outro com 19 elementos e com diagnóstico psiquiátrico, mas sem tentativas de suicídio. Utilizou o *Five Minute Speech Sample* e fez uma avaliação inicial, ao 6º e ao 12º mês de acompanhamento. Encontrou a presença de hostilidade e criticismo em 6 das 20 famílias, tendo havido duas repetições da tentativa. No final do estudo concluiu que a hostilidade e o criticismo parental estavam associados à tentativa de suicídio, mas não eram o único preditor, sendo mais importante quando combinado com outros factores de risco (por exemplo depressão e uma tentativa anterior), tendo concluído que a avaliação da hostilidade e criticismo pode ser um instrumento útil na determinação do risco de novos comportamentos para-suicidários.

Allison *et al.* (1996) estudou o criticismo parental, através do *Influential Relationships Questionnaire* (IRQ), que é um questionário constituído por 37 itens caracterizando a relação parental no cuidado e protecção, mais 12 itens da escala de criticismo auto-preenchido pelos pais. Estudaram 307 adolescentes do Sul da Austrália, com idades compreendidas entre os 13 e 17 anos (média= 15,78, sd= 0,6). Quase metade (49%)

referiu já ter tido ideação suicida, 14% já haviam planeado um comportamento para-suicidário, mas não realizado, 13% haviam feito ameaças, 30% haviam protagonizado comportamento para-suicidário e 9% referiram já ter realizado uma tentativa de suicídio. Referiram que os adolescentes entendem os seus pais como mais críticos, menos cuidadores e mais super protectores, tendo concluído que a qualidade da relação parental é importante para o estudo do suicídio na adolescência e que a IRQ pode ser útil na detecção de dificuldades parentais para a prevenção do suicídio.

Tarrier *et al.* (2004) estudaram a ideação suicida e o comportamento para-suicidário em doentes esquizofrénicos. 59 doentes, com idades compreendidas entre 18 e 48 anos (média= 27,2, sd= 7,6). 20,3% dos participantes manifestaram um fraco desejo de suicídio, 5,1% um moderado ou forte desejo. 19% já teve uma tentativa de suicídio e 27,6% teve duas ou mais. 53,4% não tiveram qualquer comportamento para-suicidário prévio. Para o estudo da EE utilizaram a EFC, tendo entrevistado uma pessoa de referência de cada doente. 40 familiares (67,8%) foram considerados como tendo uma elevada EE e os restantes (32,2%) com baixa. Concluíram que o criticismo estava associado significativamente com a depressão, ao contrário do calor afectivo e sobreenvolvimento emocional. O criticismo estava ainda relacionado com a desesperança. Consideram importante o trabalho com as famílias no sentido da redução do criticismo.

Podemos constatar, dos estudos realizados, a diversidade de instrumentos utilizados na análise da EE e a diversidade das populações estudadas, sendo por isso difícil uniformizar conclusões. Contudo todos consideram a importância da influência da relação parental nos comportamentos para-suicidários.

Método

A amostra foi constituída por 35 indivíduos (15-24 anos) com comportamentos para-suicidários, no

concelho de Coimbra ou concelhos limítrofes, tendo sido essa a causa de admissão no serviço de urgência. Recorreu-se a um grupo de controlo com o mesmo número de elementos, sem comportamentos para-suicidários e com características semelhantes na idade, género e área de residência.

Os indivíduos da amostra preenchiam os questionários, em ambiente hospitalar ou no domicílio, na primeira semana após o comportamento para-suicidário, sendo nesse período entrevistados os familiares. O grupo de controlo seguia procedimento semelhante.

O estudo decorreu de 15 de Setembro de 2003 a 12 de Abril de 2005

Na análise estatística recorremos a medidas descritivas e ao teste t, teste t emparelhado e qui-quadrado para análise inferencial.

Instrumentos

Adaptação da Entrevista de Avaliação de Comportamentos Suicidários (EACOS, Saraiva, 1998). A EACOS é um instrumento de trabalho idealizado e utilizado na Consulta de Prevenção do Suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra, desde 1992. Consta de 77 questões e 11 partes. Dado o interesse do presente estudo seleccionámos 33 itens, de acordo com os objectivos propostos, contemplando as Características sociodemográficas, a Interação familiar, os Antecedentes pessoais, os Factores circunstanciais e o Comportamento suicidário, visando uma melhor caracterização do indivíduo com comportamentos para-suicidários.

Entrevista Familiar de Camberwell (EFC). A EFC consta de um guião para uma entrevista semi-estruturada. A versão abreviada da EFC desenvolvido por Leff e Vaughn (1976), considera escalas globais: a hostilidade (0-3); o sobreenvolvimento emocional (0-5); o calor afectivo (0-5) e duas escalas de frequência: os comentários críticos e os comentários positivos. É considerada uma EE elevada se se verifica a presença de hostilidade, sobreenvolvimento emocional superior a dois e mais de cinco comentários críticos.

Resultados

A amostra foi constituída por 35 indivíduos e famílias, mas só 34 completaram o estudo tendo um alterado a residência e o agregado familiar pelo que completamos o seguimento de 9 meses com 34 casos, com idades de cerca de 19 anos (média=19,31, sd= 2,97), maioritariamente (82,3%) do género feminino, solteiras (91,7%) e estudantes (60%) do ensino superior (31,4%). O grupo de controlo tem características semelhantes na idade, género e residência, tendo terminado o estudo 33 indivíduos e famílias.

A maioria (70,6%) refere ter um bom ambiente familiar, caracterizando o pai como autoritário (22,9%) ou ausente (20%). Já a mãe é considerada super protectora (42,9%) e permissiva (17,1%). A maioria dos respondentes tem irmãos (91,4%), não tem filhos (97,1%) e não vive de forma isolada (91,4%). A maioria dos inquiridos afirma ser católico (68,6%), não ter hábitos tabágicos (60%) ou alcoólicos (82,9%). Referem ainda não consumir psicofármacos (91,4%) ou drogas (97,1%). Negam, maioritariamente, internamentos em psiquiatria (82,9%) ou outras doenças (68,6%).

A maioria (77,1%) dos elementos da amostra afirma ter problemas afectivos. Negam, na sua maioria ter problemas profissionais (62,9%) ou financeiros (82,9%). A maioria não refere processos de luto (82,9%), negando ainda casos de suicídio na família (68,6%), amigos (74,3%) e comunidade (68,6%). A maioria dos indivíduos da amostra (54,3%) só teve um comportamento para-suicidário, sendo o método mais utilizado a intoxicação medicamentosa (88,6%), apontando como motivo o conflito afectivo (77,1%), não havendo uma predo-

minância de dias de semana em que ocorre o comportamento para-suicidário. O horário mais frequente em que ocorre o comportamento é no período entre as 16 e 24 horas (48,6%).

Emoção Expressa

As pessoas de referência mais vezes referidas foram os pais, havendo contudo, na amostra outros familiares e amigos.

Como verificamos pela análise do quadro 1 na amostra o número de entrevistas é mais reduzido, tendo sido encontrados valores mais elevados de EE na amostra.

Como podemos verificar no quadro 2, encontrámos valores com médias mais elevadas na amostra para as escalas de hostilidade, criticismo e sobreenvolvimento, com diferenças estatisticamente significativas, com desvios padrão também mais elevados, não havendo qualquer caso de hostilidade no grupo de controlo, e mais baixas para os comentários positivos e calor afectivo tendo nesta última diferenças significativas.

Como podemos verificar no quadro 3, a maioria (70,6%) das famílias da amostra apresenta uma elevada EE, sendo o sobreenvolvimento a dimensão mais vezes elevada (19), seguindo-se o criticismo e a hostilidade. Contrariamente, no grupo de controlo, somente 6,1% apresentam uma EE elevada.

Como verificamos no quadro 4 há diferenças significativas entre a amostra e o grupo de controlo em todas as dimensões, com excepção da hostilidade, verificando-se médias superiores na amostra para as dimensões de sobreenvolvimento emocional e criticismo e médias inferiores para os comentários positivos e calor afectivo.

QUADRO 1 – Entrevistas e valores globais da EE na amostra e grupo de controlo na primeira entrevista

	Entrevistas realizadas	EE e famílias	Dimensão elevada
Amostra	55	Elevada – 25 (73,5%) Baixa – 9 (26,5%)	Sobreenvolvimento emocional – 23 C. críticos – 18 Hostilidade – 7
Controlo	60	Elevada – 2 (3,1%) Baixa – 31 (96,9%)	Sobreenvolvimento emocional – 1 C. críticos – 1

QUADRO 2 – Dimensões da EE na amostra e grupo de controlo na primeira entrevista

Dimensões da EE	Amostra	Controlo	t	Graus de Liberdade	p
Hostilidade			3,123	113	0,002*
Média	0,40	0			
Moda	0	0			
Sd	0,993	0			
C. críticos			6,778	113	0,000*
Média	5,22	1,45			
Moda	4	2			
Sd	4,058	1,38			
Sobreenvolvimento emocional			5,144	113	0,000*
Média	2,13	1,07			
Moda	2	0			
Sd	1,233	0,972			
C. positivos			-1,685	113	0,095
Média	1,07	1,43			
Moda	0	1			
Sd	1,36	1,155			
C. afectivo			-4,397	113	0,000*
Média	1,98	2,73			
Moda	2	3			
Sd	0,892	0,936			

* p significativo

QUADRO 3 – Entrevistas e valores globais da EE na amostra e grupo de controlo no 9º mês

	Entrevistas realizadas	EE e famílias	Dimensão elevada
Amostra (n=34 famílias)	50	Elevada – 24 (70,6%) Baixa – 10 (29,4%)	Sobreenvolvimento emocional – 19 C. críticos – 13 Hostilidade – 3
Controlo (n=33 famílias)	60	Elevada – 2 (6,1%) Baixa – 31 (93,9%)	Sobreenvolvimento emocional – 2

QUADRO 4 – Dimensões da EE na amostra e grupo de controlo ao 9º mês

Dimensões da EE	Amostra (50 entrevistas)	Controlo (60 entrevistas)	t	Graus de Liberdade	P
Hostilidade			1,908	108	0,059
Média	0,16	0			
Moda	0	0			
Sd	0,65	0			
C. críticos			6,218	108	0,000*
Média	4,24	1,53			
Moda	2	1			
Sd	3,172	1,049			
Sobreenvolvimento emocional			3,816	108	0,000*
Média	1,72	0,82			
Moda	0	0			
Sd	1,457	1,017			
C. positivos			-2,414	108	0,017*
Média	0,6	0,97			
Moda	0	1			
Sd	0,881	0,712			
C. afectivo			-3,613	108	0,000*
Média	1,82	2,55			
Moda	2	3			
Sd	1,101	1,016			

* p significativo

QUADRO 5 – Estabilidade das Dimensões da Emoção expressa na amostra, na primeira entrevista e no 9º mês

Dimensões da EE	n=49	t	Graus de Liberdade	p
Hostilidade/hostilidade 9º mês		1,960	48	0,056
Média	0,29			
Sd	1,021			
C. críticos/c. críticos ao 9º mês		3,093	48	0,003*
Média	1,24			
Sd	2,818			
Sobreenvolvimento emocional/sobreenvolvimento emocional ao 9º mês		3,355	48	0,002*
Média	0,45			
Sd	0,937			
C. positivos/c. positivos ao 9º mês		3,900	48	0,000*
Média	0,51			
Sd	0,916			
C. afectivo/c. afectivo ao 9º mês		0,929	48	0,358
Média	0,16			
Sd	1,231			

* p significativo

QUADRO 6 – Proporções de indivíduos com comportamentos recorrentes ao 9º mês e EE na primeira entrevista

Com comportamentos recorrentes e elevada EE	Com comportamentos recorrentes e baixa EE	Diferença de proporções	χ^2	Graus de Liberdade	P
7 (87,5%)	1 (12,5%)	75%	6,25	1	0,01*

* p significativo

Pela análise do quadro 5 verificamos que na amostra há uma diminuição nos valores médios das dimensões com diferenças significativas nos comentários críticos, sobreenvolvimento emocional e comentários positivos, para os 49 familiares dos para-suicidas que participaram nos dois momentos da avaliação.

A proporção do número de indivíduos que tiveram um novo comportamento para-suicidário e cujo clima familiar tinha uma elevada EE é significativamente maior que os indivíduos cujo clima familiar tinha uma EE baixa (Quadro 6).

Discussão

A amostra é maioritariamente de género feminino, estado civil solteira, estudante no ensino superior. Perfil compatível com outros estudos com indivíduos para-suicidas, nomeadamente Santos

(2000). O grupo de controlo tem características similares no referente à idade, género e residência.

O ambiente familiar é considerado maioritariamente (71,4%) bom, o que não reforça as conclusões de Saraiva (1999), onde o ambiente era retratado maioritariamente como mau, investigação em que a dicotomia bom-mau era estimulada mesmo para as situações duvidosas ou intermédias, levando a que nestes casos a opção fosse pelo não bom, isto é mau. O perfil do pai é, na maioria, autoritário (22,9%) e ausente (20%), sendo a mãe considerada maioritariamente (42,9%) super protectora, o que vem mais ao encontro das conclusões dos estudos acima referidos. Já o grupo de controlo refere o pai como passivo e a mãe como super protectora. A maioria da amostra afirma ser católica, não ter hábitos tabágicos, não consumir álcool, psicofármacos ou drogas. Nega ainda internamentos em psiquiatria ou outras doenças, o que diminui os factores de risco habitualmente apontados.

Os problemas mais sentidos são de ordem afectiva, a exemplo do encontrado por Saraiva (1999), enquanto o grupo de controlo refere não ter problemas. Negam luto ou proximidade com o fenómeno suicida na família, amigos e comunidade.

A maioria da amostra (54,3%) teve um comportamento para-suicidário. O método mais utilizado foi a intoxicação medicamentosa, através de psicofármacos, sendo o elemento desencadeador um conflito afectivo. Não há um dia da semana que se destaque dos outros para o comportamento, variando de dois casos ao sábado a oito na quinta-feira, não reforçando o encontrado por outros autores (Saraiva, 1999 e Santos, 2000) com uma incidência maior de sexta a segunda-feira, ainda que sem diferenças significativas. O que já está de acordo com estudos anteriores é a hora de ocorrência do comportamento que é no final da tarde e noite.

Concluimos que os indivíduos com comportamentos para-suicidários da amostra demonstram valores mais elevados de depressão, com maiores dificuldades na resolução de problemas e com um baixo auto-conceito, relativamente ao grupo de controlo. Podemos afirmar que este perfil global do para-suicida coincide com os autores estudados.

No que se refere à EE, no grupo de controlo, foi possível realizar mais entrevistas, uma vez que na amostra, algumas vezes, os para-suicidas tinham dificuldade em referir mais que uma pessoa de referência, ou a educação ser exercida somente por um progenitor, estando excluído o outro de quaisquer funções no relacionamento com o para-suicida. Estes deverão ser os casos referidos pelos para-suicidas como pais ausentes.

As entrevistas foram realizadas na sua maioria no domicílio dos para-suicidas. Estas entrevistas revelaram uma elevada EE numa percentagem maioritária do clima familiar, sendo o sobreenvolvimento emocional o factor mais vezes encontrado. Situação que poderá ser apoiada pela caracterização dos para-suicidas relativamente ao tipo de mãe que referiram, maioritariamente, como super-protectora. Seguidamente aparecem os comentários críticos e a hostilidade, podendo estes dados ser entendidos à luz dum pai autoritário, também

referido pelos para-suicidas. Estas três escalas são, geralmente, predictoras da recaída. Os baixos valores obtidos nas escalas “protectoras” (calor afectivo e comentários positivos) foram mais baixos que no grupo de controlo, o que parece contrariar a percepção dos para-suicidas que referiram ter um relacionamento bom (71,4%). Podemos especular sobre as expectativas dos indivíduos sobre um bom relacionamento familiar, ou então pensar que responderam tendo em conta o socialmente desejável, uma vez que estes dados não confirmam os encontrados em estudos anteriores, nomeadamente de Saraiva (1999) e são contrariados na classificação de EE.

Os resultados obtidos na EE não reforçam os dados de Pollard (1996), tendo sido encontrada maior percentagem de elevada EE. Algumas explicações podem justificar estas diferenças. O autor referido utilizou como instrumento de colheita de dados o *Five Minute Speech Sample*, onde o familiar é convidado a expressar-se durante cinco minutos acerca do indivíduo em estudo, exposição que é gravada em áudio e vídeo e trabalhada posteriormente. Ora os estudos que avaliaram a sensibilidade dos instrumentos de medida da EE são unânimes em considerar o FMSS menos sensível, para a detecção de uma elevada EE, que a CFI (Van Humbeeck *et al.*, 2002; Vaughn, 2003). Situação que nos parece de fácil compreensão quando verificamos a duração média das entrevistas no nosso estudo (50 minutos) e as verificadas com a FMSS e pelo que isso pode significar em termos de informação. De referir ainda que Pollard (1996) apenas avaliou a hostilidade e o criticismo, não tendo em conta o sobreenvolvimento emocional, precisamente a escala mais presente nos familiares do nosso estudo.

As demonstrações de sobreenvolvimento emocional foram, maioritariamente, de exagerado auto-sacrifício individual e declarações de atitude. Os comentários críticos, relacionaram-se com o comportamento para-suicida ou com características da pessoa

De referir ainda a baixa percentagem (3,1%) de elevada EE encontrada no grupo de controlo, podendo daí inferir da importância da EE como

elemento diferenciador entre as famílias dos para-suicidas e do grupo de controlo.

Relativamente à estabilidade da EE, verificamos que a maioria das entrevistas mantém uma elevada EE embora as dimensões tenham diminuído ao 9º mês com diferenças significativas, com excepção da hostilidade e calor afectivo. Comportamento que reforça parcialmente os resultados encontrados por Scafuzca (1998), Patterson *et al.* (2005) e Schreiber *et al.* (1995). Não sendo estável no tempo ao nível das dimensões a alteração foi no sentido contrário ao referido por Scafuzca (1998), sendo neste caso de alta para baixa EE, reforçando as conclusões de Patterson *et al.* (2005). Situação que, poderá ficar a dever-se ao tempo passado (9 meses) desde a crise que rodeou o comportamento para-suicidário, sendo que nos casos onde houve novo comportamento, a EE não baixou.

Ao longo dos nove meses de acompanhamento verificámos oito casos de comportamentos para-suicidários recorrentes, utilizando os mesmos métodos que os ocorridos anteriormente (seis casos de intoxicação medicamentosa, um por tóxico e uma flebotomia). Também aqui não reforçamos os dados obtidos por Pollard (1996) que, em 20 casos, apenas registou três recaídas. A explicação para esta diferença pode estar no acompanhamento efectuado. Os indivíduos da amostra deste autor foram, numa primeira fase, internados, o que pode indiciar maior gravidade da ideação suicida ou do comportamento para-suicidário, mas pressupõe também uma maior proximidade no acompanhamento e intervenção no evoluir da situação de crise que desencadeou o comportamento. No nosso estudo somente três casos registaram internamento imediatamente após o comportamento para-suicidário, sendo dois num serviço de psiquiatria e um no serviço de medicina para corrigir desequilíbrios orgânicos. Contudo, como já referimos anteriormente, todos recorreram ao serviço de urgências devido ao comportamento para-suicidário.

Sete dos comportamentos para-suicidários recorrentes, encontraram-se no seio das famílias consideradas com elevada EE, o que do ponto de vista estatístico é significativo, levando a concluir

pela importância da EE na repetição de novos comportamentos para-suicidários. Dados que reforçam a importância deste construto, tal como o referido por Pollard (1996) e das relações parentais, a exemplo do referido por Allison *et al.* (1996).

Conclusões

A EE dos familiares dos para-suicidas estudados é caracterizada, maioritariamente por sobreenvolvimento emocional, com 23 situações (marcadas por o exagerado auto-sacrifício individual e declarações de atitude), seguido pelo criticismo (18 situações) e por último a hostilidade (7 casos).

A EE demonstrou-se estável a nível global, diminuindo após o comportamento para-suicidário, em todas as dimensões sendo significativo, do ponto de vista estatístico, nas dimensões criticismo, sobreenvolvimento e comentários positivos.

A EE surge como preditora dos comportamentos para-suicidários recorrentes, isto é dos 8 indivíduos com comportamentos recorrentes, 7 tinham um clima familiar de elevada EE.

Implicações

A necessidade de avaliação da EE em familiares de jovens com comportamentos para-suicidários sai reforçada, dada a sua importância na predição de comportamentos para-suicidários recorrentes.

Limitações

O aumento do número de indivíduos estudados permitiria maior segurança nas conclusões.

Bibliografia

- ALLISON, S. [*et al.*] (1995) – Parental influence, pessimism and adolescent suicidality. **Archives of Suicide Research**. Vol. 1, p. 229-242.
- BARROWCLOUGH, C. [*et al.*] (2001) – Staff expressed emotion and causal attributions for client problems on a low security unit: an exploratory study. **Schizophrenia Bulletin**. Vol. 27, nº 3, p. 517-526.

- BOROWSKY, I.; IRELAND, M.; RESNICK, M. (2001) – Adolescent suicide attempts: risks and protectors. **Pediatrics**. Vol. 107, nº 3, p. 485-493.
- BROWN, G. W.; BIRLEY, J. L. T.; WING, J. K. (1972) – Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. **British Journal of Psychiatry**. Vol. 121, nº 562, p. 241-258.
- BUTZLAFF, R.; HOOLEY, J. (1998) – Expressed emotion and psychiatric relapse. **Archives General of Psychiatry**. Vol. 55, nº 6, p. 547-552.
- CALAM, R.; BOLTON, C.; ROBERTS, J. (2002) – Maternal expressed emotion, attributions and depression and entry into therapy for children with behaviour problems. **British Journal of Clinical Psychology**. Vol. 41, pt 2, p. 213-216.
- CANTOR, C. (2002) – Suicide in western world. In HAWTON, K.; HEERINGEN, K., ed. lit. – **Suicide and attempted suicide**. John Wiley & Sons, Ltd. p. 9-28.
- CHAMBLESS, D. [et al.] (2001) – Predicting expressed emotion: a study with families of obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. **Journal of Family Psychology**. Vol. 15, nº 2, p. 225-240.
- CHENG, A. (2002) – Expressed emotion: a cross-culturally valid concept? **British Journal of Psychiatry**. Vol. 181, p. 466-467.
- COLE, J.; KAZARIAN, S. (1988) – The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. **Journal of Clinical Psychology**. Vol. 44, nº 3, p. 392-397.
- DIEKSTRA, R. (1992) – Epidemiology of suicide: aspects of definition, classification and preventive policies. In CREPET, P. [et al.], ed lit. – **Suicidal behaviour in Europe- research findings**. Roma: John Libbey Publ.
- DIEKSTRA, R. (1993) – The epidemiology of suicide and parasuicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. Suppl. 371, p. 9-20.
- FICHTER, M. [et al.] (1997) – Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. **Family Process**. Vol. 36, nº 2, p. 203-221.
- FURTH, E. [et al.] (1996) – Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. 20, nº1, p. 19-31.
- GOLDSTEIN, T.; MIKLOWITZ, D.; RICHARDS, J. (2002) – Expressed emotion attitudes and individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. **Family Process**. Vol. 41, nº 4, p. 645-657.
- HAYHURST, H. [et al.] (1997) – Expressed emotion and depression. **British Journal of Psychiatry**. Vol. 171, p. 439-443.
- HIRSFIELD, D. [et al.] (1997) – Expressed emotion toward children with behaviour inhibition: associations with maternal anxiety disorder. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. Vol. 36, nº 7, p. 910-917.
- HODER, M. [et al.] (1999) – Maternal expressed emotion and adjustment in children with epilepsy. **Journal of Child Psychology Psychiatry**. Vol. 40, nº 7, p. 1083-1093.
- HOFFMAN, P. [et al.] (2003) – Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress and expressed emotion. **Family Process**. Vol. 42, nº 4, p. 469-478.
- HOOLEY, J. M.; TEADSLE, J. D. (1989) – Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. **Journal of Abnormal Psychology**. Vol. 98, nº 3, p. 229-235.
- HOOLEY, J. M.; RITCHERS, J. (1991) – Alternative measures of expressed emotion: a methodological and cautionary note. **Journal of Abnormal Psychology**. Vol. 100, nº 1, p. 94-97.
- HOOLEY, J.; HOFFMAN, P. (1999) – Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. **American Journal of Psychiatry**. Vol. 156, nº 10, p. 1557-1562.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2005) – Quadros estatísticos. Causas de morte [Em linha]. [Consulta em 28 Dez. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ine.pt.
- JACOBSON, T. (1998) – Delay behaviour at age six: links to maternal expressed emotion. **The Journal of Genetic Psychology**. Vol. 159, nº 1, p. 117-120.
- JADRESIC, E. (1998) – Expresividad emocional familiar y epilepsia. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria**. Vol. 26, p. 26-31.
- JENKINS, J.; KARNO, M. (1992) – The measuring of Expressed emotion: theoretical issues raised by cross cultural research. **American Journal of Psychiatry**. Vol. 149, nº 1, p. 9-21.
- KAMAL, A. (1995) – Variables in expressed emotion associated with relapse: a comparison between depressed and schizophrenic samples in Egyptian Community. **Current Psychiatry**. Vol. 2, p. 211-216.
- KAVANAGH, J. (1992) – Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**. Vol. 160, p. 601-620.
- KERKHOF, A. J. F. M. [et al.] (1994) – **Attempted suicide in Europe: findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO regional office for Europe**. Leiden, The Netherlands: DSWO Press, Leiden University. (Psychological Studies).
- KOENIGSBERG, H. W. [et al.] (1993) – Expressed emotion and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. **American Journal of Psychiatry**. Vol. 150, nº 7, p. 1114-1115.
- KUIPERS, L. (1992) – Expressed emotion in Europe. **British Journal of Clinical Psychology**. Vol. 31, p. 429-443.
- LEFF, J. (1989) – Controversial issues and growing points in research on relatives' expressed emotion. **The International Journal of Social Psychiatry**. Vol. 35, nº 2, p. 133-145.
- LIAKOPOULOU, M. [et al.] (2001) – Maternal expressed emotion and metabolic control of children and adolescents with diabetes mellitus. **Psychoterapy and Psychosomatics**. Vol. 70, nº 2, p. 78-87.
- LIAKOPOULOU-KAIRINS, M. [et al.] (2002) – Recurrent abdominal pain and headache – psychopathology life events and family functioning. **European Child & Adolescent Psychiatry**. Vol. 11, nº 3, p. 115-120.

- MAGANA, A. [et al.] (1990) – A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. **Psychiatry Research**. Vol. 17, nº 3, p. 203-212.
- MANNE, S.; ZAUTRA, A. (1989) – Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment with rheumatoid arthritis. **Journal of Personality and Social Psychology**. Vol. 56, nº 4, p. 608-617.
- MARTINS, M. (1990) – **A tentativa de suicídio adolescente: da clínica às ciências sociais e humanas**. Porto: Ed. Afrontamento.
- McCLEARY, L.; SANFORD, M. (2002) – Parental expressed emotion in depressed adolescents: prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. Vol. 43, nº 5, p. 587-595.
- McDONELL, M. [et al.] (2003) – Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. **Family Process**. Vol. 42, nº 1, p. 91-104.
- MIKLOWITZ, D. [et al.] (1988) – Family factors and the course of bipolar affective disorder. **Archives General of Psychiatry**. Vol. 45, nº 3, p. 225-231.
- MILLER, B.; WOOD, B. (1995) – Psychophysiological reactivity in asthmatic children – a new perspective on emotionally triggered asthma. **Pediatric Asthma Allergy & Immunology**. Vol. 9, p. 133-142.
- MINO, Y. [et al.] (1995) – Expressed emotion components in families of schizophrenic patients in Japan. **International Journal of Mental Health**. Vol. 24, p. 38-49.
- MOTTAGHIPOUR, Y. [et al.] (2001) – Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. Vol. 36, nº 4, p. 195-199.
- O' FARREL, T. [et al.] (1998) – Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. **Journal of Consult Clinical Psychology**. Vol. 66, nº 5, p. 744-752.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2000) – **Prevenir o suicídio. Um guia para professores e demais pessoal escolar. Distúrbios mentais e comportamentais**. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental.
- OSAKA, A. [et al.] (1994) – Expressed emotion, perceived criticism, and relapse in depression: a replication in an Egyptian community. **American Journal of Psychiatry**. Vol. 151, nº 7, p. 1001-1005.
- PERIS, T.; BAKER, B. (2000) – Application of the expressed emotion construct to young children with externalizing behaviour: stability and prediction over time. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**. Vol. 41, nº 4, p. 457-462.
- PLILLIPS, M.; XIANG, W. (1995) – Expressed emotion in mainland China: chinese families with schizophrenic patients. **International Journal of Mental Health**. Vol. 24, p. 54-75.
- PHILLIPS, M. [et al.] (2002) – Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. **British Journal of Psychiatry**. Vol. 181, p. 488-493.
- POLLARD, C. W. (1996) – **Attempted adolescent suicide and expressed emotion**. The Catholic University of America. Tese de doutoramento. ISBN 0-591-31444-4.
- RAN, M. [et al.] (2003) – The characteristics of expressed emotion among relatives of patients with schizophrenia in Chengdu, China. **Culture Medicine and Psychiatry**. Vol. 27, nº 1, p. 95-106.
- RIVAS, A.; TORRES, M.; ZULUETA, L. (1998) – Aspectos diferenciales de las familias de adolescentes y jóvenes adultos que realizan tentativas de suicidio. **Actas Luso-Espanolas de Psiquiatria**. Vol. 26, nº 2, p. 97-103.
- SAMPAIO, D. (1991) – **Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio**. Lisboa: Ed. Caminho.
- SANTOS, J. (2000a) – **A atitude dos enfermeiros perante o indivíduo para-suicida**. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Tese de mestrado.
- SANTOS, J. (2000b) – O para-suicídio no Concelho de Coimbra. Contributos para o seu estudo. **Revista Sinais Vitais**. nº 28, p. 15-19.
- SANTOS, J. (2002) – **Emoção expressa e comportamentos para-suicidários**. Comunicação apresentada nas 4ª Jornadas de Comportamentos Suicidários, Outubro, Luso.
- SARAIVA, C. (1998) – Entrevista de avaliação de comportamentos para-suicidários – EACOS. **Psiquiatria Clínica**. Vol. 19, nº 4, p. 251-274.
- SARAIVA, C. (1999) – **Para-suicídio: contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes**. Coimbra: Quarteto. Tese de Doutoramento.
- SARAIVA, C. (2003) – **Editorial da Sociedade Portuguesa de Suicidologia** [Em linha]. [Consult. em 28 Abr. 2003]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.spsuicidologia.pt>>.
- SCAZUFCA, M. (1998) – Avaliação de emoção expressa (EE) em familiares de doentes psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. S. Paulo. Vol. 25, nº 6, ed. especial, p. 368-373.
- SCHREIBER, J. L.; BREIER, A.; PICKAR, D. (1995) – Expressed emotion: trait or state? **British Journal of Psychiatry**. Vol. 166, nº 5, p. 647-649.
- SZMUKLER, G. I. [et al.] (1985) – Anorexia nervosa, parental “expressed emotion” and dropping out treatment. **British Journal of Psychiatry**. Vol. 147, p. 265-271.
- TARRIER, N. (1996) – An application of expressed emotion to the study of PTSD: preliminary findings. **Clinical Psychology and Psychopathology**. Vol. 3, p. 220-229.
- TARRIER, N. [et al.] (2004) – Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. Vol. 39, p. 927-937.
- VAN AUDENHOVE, C.; VAN HUMBEECK, G. (2003) – Expressed emotion in professional relationships. **Current Opinion in Psychiatry**. Vol. 16, nº 4, p. 431-435.
- VAN HUMBEECK, G. [et al.] (2002) – Expressed emotion: a review of assessment instruments. **Clinical Psychology Review**. Vol. 22, nº 3, p. 321-341.

VAUGHN, C. (2003) – **What became a EE?** Documento apresentado numa reunião de homenagem a Julian Leff, Institute of Psychiatry, Londres. Não publicado.

VAUGHN, C.; LEFF, J. (1976) – The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. **British Journal of Social and Clinical Psychology**. Vol. 15, nº 2, p. 157-165.

VITALIANO, P. [*et al.*] (1989) – Expressed emotion in spouse caregivers of patients with Alzheimer disease. **The Journal of Applied Social Sciences**. Vol. 13, p. 215-250.

WAGNER, A. [*et al.*] (1997) – Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer's disease. **Aging & Mental Health**. Vol. 1, nº 2, p. 132-139.

WAMBOLDT, F. [*et al.*] (1995) - Parental criticism and treatment outcome in adolescents hospitalized for severe, chronic asthma. **Journal of Psychosomatic Research**. Vol. 39, nº 8, p. 995-1005.

WEARDEN, A. [*et al.*] (2000) – A review of expressed emotion research in health care. **Clinical Psychology Review**. Vol. 20, nº 5, p. 633-666.

WENDEL, J. [*et al.*] (2000) – Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: an analysis of problem-solving interactions. **Journal of Abnormal Psychology**. Vol. 109, nº 4, p. 792-796.

WING, N. [*et al.*] (1987) – Expressed emotion and schizophrenia in North India. Distribution of expressed emotion components among relatives of schizophrenia patients in Aarhus and Chandigarh. **British Journal of Psychiatry**. Vol. 151, p. 160-165.