



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Dor psicológica e risco suicidário: Um estudo longitudinal com indivíduos da comunidade

Maria Margarida Candeias Gomes Luís

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

**Dor psicológica e risco suicidário: Um estudo longitudinal
com indivíduos da comunidade**

Maria Margarida Candeias Gomes Luís

Orientador:

Prof. Doutor Rui C. Campos

Setembro, 2016

*“Ninguém é responsável pelo seu nascimento, cada um é livre de escolher a morte,
portanto de rejeitar o fardo que recebeu sem o ter pedido.”*

Raymond Aron

AGRADECIMENTOS

O primeiro e maior agradecimento vai naturalmente para o Professor Doutor Rui Campos, que orientou a elaboração desta dissertação. Os altos níveis de exigência, grande conhecimento e experiência, enriqueceram todo o meu percurso académico e o gosto pela psicologia. A sua análise minuciosa e crítica, os seus conselhos e sugestões foram fundamentais para a realização desta dissertação.

Agradeço igualmente à minha família, especialmente aos meus filhos e aos meus pais pela paciência e apoio que sempre demonstraram para que eu tivesse tempo e meios para concretizar mais este objetivo. Sei que me desculpam o frequente estado de impaciência e a frequente indisponibilidade para a família, ao longo dos últimos cinco anos.

Finalmente deixo também um obrigada muito especial aos colegas que me ajudaram na fase da recolha dos dados e a todos os que de uma forma ou outra me apoiaram e motivaram, contribuindo para a concretização desta dissertação.

RESUMO

O objetivo deste estudo longitudinal é testar numa amostra da comunidade, a contribuição da dor psicológica para o risco suicidário, avaliando o seu impacto na ideação suicida, importante sinalizador do risco. Os dados foram recolhidos em dois momentos com um intervalo de três meses. Participaram 218 adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, que responderam ao *Brief Symptom Inventory*, à *Psychache Scale*, ao Questionário de Ideação Suicida e a um Questionário Sociodemográfico e Clínico. De acordo com os resultados, a dor psicológica previu variações na ideação suicida ao longo de três meses, avaliada numa população de baixo risco, explicando uma parte da variação desta, mesmo quando se controlou estatisticamente o efeito do *distress*. Os resultados reforçam a ideia de que a ideação suicida não é um fenómeno exclusivamente associado à perturbação e mostram a relevância da dor psicológica enquanto importante fator de risco suicidário.

Palavras-chave: Dor psicológica; Distress; Ideação suicida; Risco suicidário; Suicídio

ABSTRACT

“Psychache and suicidal risk: a longitudinal study in a community sample”

The aim of this longitudinal study is to test a community sample, the contribution of psychological pain for suicidality risk, assessing its impact on suicidal ideation, an important risk factor. Data were collected at two different times with an interval of three months. A final sample of 218 participants, aged between 18 and 65 years, responded to the Brief Symptom Inventory, the Psychache Scale, the Suicidal Ideation Questionnaire and a socio-demographic and clinical questionnaire. According to the results, the psychological pain predicted variations in suicide ideation over three months evaluated in a low-risk sample, explaining a part of this variation, even when distress were statistically controlled. The results reinforce the idea that suicide ideation is not exclusively a phenomenon associated with perturbation and show the relevance of psychological pain as an important risk factor for suicide.

Keywords: Psychological pain; Distress; Suicidal ideation; Suicide risk; Suicide

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Capítulo 1. Risco Suicidário	3
1.1 Conceitos e epidemiologia	3
1.2 Variáveis de risco.....	5
1.3 Psicopatologia geral ou <i>distress</i> e risco suicidário.....	8
1.4 Modelos psicológicos de risco suicidário	9
Capítulo 2. Dor psicológica – Conceitos e modelos	12
2.1 Conceitos e diferentes modelos teóricos sobre a dor psicológica.....	12
2.2 O modelo da dor psicológica de Shneidman	14
Capítulo 3. Dor psicológica e ideação suicida	18
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	22
Capítulo 4. Objetivos do estudo	22
Capítulo 5. Metodologia	25
5.1 Participantes e Procedimentos.....	25
5.2 Instrumentos de Medida.....	26
5.3 Metodologia de análise dos dados	30
Capítulo 6. Resultados	31
Capítulo 7. Discussão	35
CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	56
Anexo A - Inventário Breve de Sintomas (BSI)	57
Anexo B - Questionário de Ideação Suicida (QIS)	60
Anexo C - Escala de Dor Psicológica (<i>Psychache Scale</i>)	62

INTRODUÇÃO

De acordo com a *World Health Organization* (WHO) (2016), em 2012, morreram mais de 800 000 pessoas por suicídio, o que representa cerca de 1,4% do total de mortes em todo o mundo, estimando-se que por cada suicídio consumado existam muitas mais tentativas falhadas. Por ser uma das mais importantes causas de morte no mundo ocidental e por se manter assim ao longo de décadas, a WHO avalia o suicídio como um problema de saúde pública. As suas estimativas para 2020, apontam para valores superiores a um milhão e meio de suicídios por ano.

Em Portugal, a maior incidência de casos de suicídio regista-se na população idosa e as taxas registadas são mais elevadas na região sul do país (Direção Geral de Saúde, 2013). De acordo com os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016), em 2014, foram registados 1 223 suicídios, 76% dos quais cometidos por homens.

Os custos associados ao suicídio são elevados, incluindo para lá da perda de vidas humanas, perturbações psicológicas e problemas físicos e emocionais a familiares e amigos, que sofrem não só o trauma da perda, mas ficam eles próprios em risco de suicídio (Gvion, & Apter, 2012). As consequências, para além destes custos individuais, traduzem-se também em custos sociais e económicos, relacionados com o absentismo no trabalho e baixa produtividade (Purebl, Petrea, Shields, Tóth, Székely, Kurimay, et al., 2015). Segundo Pitman, Osborn e Erlangsen (2014), a experiência de luto por suicídio pode atingir anualmente entre 48 a 500 milhões de pessoas. De acordo com os dados do projecto *Optimizing Suicide Prevention Implementation in Europe (OSPI-Europe)* (2009), estima-se que em Portugal os custos diretos e indiretos com cada suicídio rondem os 300 000€ (McDaid, & A-La Park, 2012).

A pertinência do tema impõe por isso a necessidade de definir programas de prevenção eficazes e como tal, a necessidade de conhecer as variáveis associadas ao risco de suicídio, nomeadamente as variáveis demográficas, sociais e psicológicas.

Centrados no funcionamento psicológico, diversos modelos explicativos do suicídio têm vindo a ser apresentados, alguns deles destacando a dor psicológica como um dos principais fatores de risco (Shneidman, 1993a, 1996, 1999a), pela sua contribuição para a ideação suicida, que poderá sem intervenção adequada terminar no suicídio consumado.

A presente investigação, de cariz longitudinal, tem como objetivo estudar o impacto da variável dor psicológica no risco suicidário, avaliado através da presença de

ideação suicida em indivíduos adultos da comunidade. Para avaliar o contributo único da variável dor psicológica na ideação suicida, neste estudo são controlados estatisticamente um conjunto de variáveis que a literatura tem vindo a considerar como importantes fatores de risco, nomeadamente, a presença de doença psiquiátrica, o *distress*, e ainda, um conjunto de variáveis sociodemográficas, como a idade, o género, o estado civil e o estar desempregado.

Uma extensa quantidade de literatura sustenta empiricamente a relação entre a dor psicológica e o risco de suicídio, quer em estudos que a relacionam diretamente com a ideação suicida, incluindo estudos longitudinais com populações com elevado e baixo risco suicida (e.g. Tossani, 2013, 2014; Troister, Davis, Lowndes, & Holden, 2013), quer em estudos onde se verifica que a dor psicológica medeia o efeito entre outras variáveis psicológicas e os comportamentos suicidas (e.g. Flamenbaum, & Holden, 2007; Nahaliel, Sommerfeld, Orbach, Apter, & Zalsman, 2014).

Para medir a ideação suicida e a dor psicológica foram utilizados no presente trabalho dois questionários de auto-relato, respetivamente o Questionário de Ideação Suicida (QIS; Reynolds, 1988; Versão portuguesa de Ferreira, & Castela, 1999) e a Escala de Dor Psicológica, (*Psychache Scale*; Holden, Metha, Cunningham, & McLeod, 2001; versão portuguesa de Campos, & Holden, 2015a). O *distress* foi avaliado através do Inventário Breve de Sintomas (BSI; *Brief Symptom Inventory*; Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 2007) e por um questionário sociodemográfico e clínico.

Esta dissertação está dividida em duas partes. Na primeira parte é apresentada a fundamentação teórica que sustenta a investigação. No primeiro capítulo aborda-se o risco suicidário em geral e no segundo capítulo é abordado o conceito e as definições de dor psicológica sob a perspetiva de alguns modelos teóricos, com particular enfoque no modelo teórico de Shneidman (Shneidman, 1993a, 1996, 1999a), que serviu de referência para este estudo. No terceiro capítulo é abordado com mais detalhe a relação entre a dor psicológica, ideação suicida e risco suicidário. Na segunda parte, apresenta-se o estudo empírico, onde se descrevem detalhadamente os objetivos do estudo (capítulo 4), a metodologia de investigação utilizada (capítulo 5) e os resultados encontrados (capítulo 6). No capítulo sete, faz-se a análise e discussão dos resultados, e apresentam-se as limitações inerentes ao estudo. O trabalho termina com uma conclusão e com as referências bibliográficas.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. Risco Suicidário

1.1 Conceitos e epidemiologia

A nomenclatura utilizada em suicidologia é diversa podendo ser encontrados termos como suicidalidade, comportamentos relacionados com o suicídio, ou simplesmente comportamentos suicidas (Gvion, & Apter, 2012; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007). Apesar de não existir uma nomenclatura globalmente aceite, o termo *suicidalidade* é habitualmente descrito num *continuum* de letalidade que vai desde a ideação suicida, caracterizada por pensamentos, ideias, planeamento e desejo de morrer, até ao suicídio consumado. As tentativas de suicídio situar-se-ão entre ambos os extremos e em conjunto com a ideação suicida, constituem-se como indicadores de risco (Jacobs, Baldessarini, Conwell, Fawcett, Horton, Meltzer, et al., 2010).

O termo suicídio refere-se a um ato intencional de se matar a si mesmo (Nock, Borges, Bromet, Alonso, Angermeyer; Beautrais, & Williams, 2008). Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2016), o suicídio resulta de um acto deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal.

De acordo com Meyer, Salzman, Youngstrom, Clayton, Goodwin, Mann et al., (2010), deve ser utilizada uma terminologia que distinga ideação e tentativas de suicídio, permitindo uma melhor compreensão do potencial de risco associado a cada uma.

Alguns dos termos usados neste trabalho estão de acordo com as definições apresentadas pela *Food and Drug Administration* (FDA, 2014), que distingue os conceitos de ideação suicida (passiva e ativa) de comportamentos suicidas (tentativas e suicídios consumados) e também pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDCP), Crosby, Ortega, & Melason, 2011) e *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment* (C-CASA), Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007), que diferenciam os fenómenos a que se refere o termo geral suicidalidade, onde se inclui a ideação e comportamentos suicidas, de outros comportamentos autolesivos mas sem intenção suicida.

A ideação suicida, caracterizada por pensamentos passivos, ou ativos sobre a morte e o desejo de morrer, pode variar no grau de intencionalidade e na especificidade dos planos (Jacobs et al., 2010) e logo na sua gravidade. Varia num *continuum*, desde

a ideação passiva, caracterizada pela presença de pensamentos ligeiros sobre a morte que ocorrem esporadicamente e sem risco aparente, até à ideação ativa caracterizada por pensamentos persistentes e recorrentes sobre a morte e em que a pessoa deseja de facto morrer.

Os comportamentos suicidas incluem os conceitos: 1º) suicídio consumado, em que atos autolesivos culminam na morte do indivíduo; 2º) tentativa de suicídio, que corresponde a um comportamento autolesivo em que existe alguma intenção de morte e 3ª) atos preparatórios, em que o indivíduo se prepara para o ato mas é interrompido por outro ou por si próprio. Os comportamentos autolesivos, dado que não têm como objetivo a morte, não são considerados como comportamentos suicidas (Jacobs et al., 2010).

Existe no entanto, relativamente ao construto de ideação suicida e da sua relação com o suicídio alguma falta de consenso. Leon, Baca-Garcia e Blasco-Fontecilla (2015) e Samaan, Bawor, Rangarajan, Mackie, Islam, et al., (2015), defendem que a suicidalidade não pode ser entendida como um fenómeno no mesmo *continuum*, desde a ideação, às tentativas de suicídio e suicídio consumado. Consideram que, embora se verifique ligeira sobreposição entre ideação e tentativa de suicídio, os fatores de risco que as determinam são diferentes. Esta visão é baseada na ideia de que, embora a ideação e as tentativas estejam associadas ao risco de suicídio, a maior parte dos indivíduos com pensamentos suicidas nunca morrerá por suicídio. Aqueles que realmente o tentam podem ser apenas *outliers* dentro do grupo de indivíduos com ideação, o que não possibilita por si só, prever aqueles que tentarão o suicídio a partir da ideação. A ideação suicida, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado, na opinião destes autores podem por isso ser entendidos, não como fenómenos lineares, mas antes como categorias diferentes mas relacionadas, influenciadas a diferentes níveis pelo peso relativo de diversas variáveis psicossociais e biológicas.

Neste trabalho no entanto, e de acordo com alguns organismos internacionais (e.g. APA, 2010; C-CASA, 2007; CDCP, 2011; FDA, 2014), a ideação suicida, será interpretada como um estágio inicial no *continuum* da suicidalidade e como o primeiro marcador de risco para futuros comportamentos suicidas, variando a sua gravidade com a especificidade de um eventual plano suicida e o grau de intencionalidade.

Atualmente o suicídio representa 1,4% do total de mortes em todo o mundo e estima-se que em 2020 essa taxa seja de 2,4%. Do total de suicídios registados, 75% ocorre nos países de baixo e médio rendimento per capita, representando a segunda causa de morte entre os 15 e os 29 anos (WHO, 2016).

De acordo com a WHO (2016), a ingestão de pesticidas, o enforcamento e uso de armas de fogo estão entre os métodos mais frequentes, correspondendo a 30% dos suicídios. O grupo com o maior risco de suicídio é constituído por homens com idades superiores a 85 anos, embora existam outros grupos de risco que incluem pessoas acima dos 65 anos, quando apresentam doença física ou psiquiátrica. Regista-se ainda uma tendência para os suicídios se perpetuarem na família e verifica-se também uma incidência sazonal, ocorrendo o suicídio em maior número na primavera.

O Eurostat (2016), com base em dados relativos a 2013, referia uma taxa média de suicídios de 11,7 por 100.000 habitantes nos 28 países da união europeia. Em números absolutos, o número total de suicídios na europa é de 58 000 suicídios, 75% dos quais cometidos por homens. Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2014), indicam que são os jovens com idade inferior a 25 anos e os idosos os que estão em maior risco de cometer suicídio.

Em Portugal, de acordo com a Direção Geral de Saúde (2016), a taxa de suicídio em 2014 foi de 11.7 por cada 100.000 habitantes, quando em 2012 e 2013 tinha sido de 10,1, por cada 100 mil habitantes.

O perfil do suicida em Portugal tem-se mantido constante ao longo dos anos e caracteriza-se por, ser homem, com mais de 50 anos, desempregado ou reformado, com escassos rendimentos e baixo nível de instrução. É socialmente isolado, vive sobretudo no sul do país (grande Lisboa, Alentejo e Algarve), não tem convicções ou práticas religiosas, apresenta história psiquiátrica, é deprimido e apresenta em comorbidade uma perturbação da personalidade e alcoolismo. Apresenta por vezes problemas psicopatológicos associados a doença crónica, dolorosa ou incapacitante, ideação suicida prévia, tentativas de suicídio e põe termo à vida através de um método violento (Saraiva, 2011).

1.2 Variáveis de risco

Os comportamentos suicidários são multideterminados, relacionando-se com vários fatores de risco que os potenciam e também com diversos fatores protetores que os podem minimizar. Na verdade, resultam de um “balanço” entre ambos e de uma interação complexa de diversas variáveis ao longo do tempo (Farberow, 1997; Woodhead, Cronkite, Moos, & Timko, 2014). O suicídio não pode por isso ser atribuído simplesmente a uma variável, ou até mesmo a um conjunto limitado de variáveis (Hawton, & van Heeringen, 2009). Compreender o suicídio implica a consideração de um vasto conjunto de variáveis e também da sua interação. De acordo com Orbach

(1997), o suicídio é o resultado de um processo complexo e que varia de certo modo de indivíduo para indivíduo em que fatores distais e proximais, biológicos e psicossociais, internos e contextuais, se combinam e interagem como preditores. O suicídio é um ato com particularidades únicas e por isso, o melhor que se pode tentar fazer para o compreender é identificar as características comuns a quem morre por suicídio (Shneidman, 1994).

De acordo com Jacobs et al. (2010), na análise dos fatores de risco, é importante reconhecer que muitos destes fatores não estão simplesmente presentes ou ausentes, mas variam em intensidade, podendo assim aumentar ou diminuir o risco para comportamentos autolesivos ou para tentativas de suicídio. Destacam nomeadamente a presença de ideação e de um plano suicida, doença psiquiátrica e/ou sintomas psiquiátricos, situação psicossocial precária, entre outros.

Estudos realizados ao longo de décadas (e.g. Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Hawton, & van Heeringen, 2009; Mann, 1998) têm identificado relações significativas entre o risco de suicídio e diversas variáveis sociodemográficas (e.g. Nock et al., 2008). Entre estas variáveis encontram-se a idade, estando os indivíduos mais velhos em maior risco (e.g. Borges, Angst, Nock, Ruscio, & Kessler, 2006; Lau, Morse, & Macfarlane, 2010; Shah, 2012); o género, estando os homens em maior risco de suicídio (e.g. Mergl, Koburger, Heinrichs, Székely, Tóth, Coyne, et al., 2015) e sendo as mulheres mais propensas às tentativas de suicídio (e.g. Farberow, 1997; Moscicki, 2001; Nock et al., 2008); o estado civil, sendo aqueles que vivem sozinhos os que apresentam maior risco (e.g. Kposowa, 2002; Luoma, Martin, & Pearson, 2002); o desemprego e o baixo nível socioeconómico (e.g. Beautrais, Joyce, & Mulder, 1998; Koskinen, Pukkila, Kakko, Tjihonen, Vaisanen, Sarkioia, & Rasanen, 2002). Destacam-se ainda a raça/etnia, apresentando os indivíduos de raça caucasiana maior risco (Tseng, 2006), a falta de suporte social sobretudo quando associado à condição de viver sozinho e à existência de problemas relacionais e de ordem familiar (Beautrais, Collings, Ehrhardt, Henare, 2005; Smith, Mercy, & Conn, 1988) e fatores relacionados com a doença física (Conwell, Henderson, & Caine, 1995), nomeadamente a dor crónica (Fisher, Haythornthwaite, Heinberg, Clark, & Reed, 2001). Acontecimentos de vida stressantes (Fawcett, 2012; Overholser, Braden, & Dieter, 2012; Sobrinho, & Campos, 2016; Williams & Pollock, 2001) e o consumo de álcool ou drogas (e.g. Miller, Mahler, & Gold, 1991; Pompili, Serafini, Innamorati, Dominici, Ferracuti, Kotzalidis et al., 2010), são também fatores de risco a considerar.

Ao nível dos riscos associados a fatores biológicos, vários estudos referem as alterações nos níveis de serotonina e norepinefrina (e.g. Park, Lee, Um, & Kim, 2014), nos níveis da proteína Kinase-A (Dwivedi, & Pandey, 2011), uma dieta alimentar insuficiente, deficiência de vitamina C, baixos níveis de colesterol, falta de atividade física (e.g. Mann, 1998; 2003; Pandey, 2011; Samaan et al., 2015) e ainda a presença de variáveis genéticas que podem potencializar alguma predisposição para o suicídio (Ernst, Mechawar, & Turecki 2009; Mann, Brent, & Arango, 2001).

Todavia, se bem que as variáveis sociodemográficas e biológicas possam ser bons indicadores do risco, identificar as variáveis psicológicas do risco revela-se igualmente muito importante na prevenção do suicídio (Brown et al., 2000). De entre estas, destacam-se algumas variáveis como a desesperança (Brown et al., 2000), a dor psicológica (Troister, & Holden, 2012; DeLisle, & Holden, 2009; Shneidman, 1993a, 1996) e o *distress* (Joiner, Conwell, Fitzpatrick, Witte, Schmidt, Berlim, et al., 2005; Rihmer, 2007; Lester, 2000; Thomson, 2012). A história psiquiática e as tentativas de suicídio anteriores (e.g. Anupama, & Babool 2014; Hawton, & van Heeringen, 2009; Moscicki, 1997, 2001) são igualmente variáveis de risco muito importantes, assim como determinados tipos de personalidade, especialmente as mais autocríticas e as mais dependentes (e.g. Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014), a incapacidade para lidar com situações adversas (e.g. Alexander, Haugland, & Ashenden, 2009), o ambiente familiar disfuncional e a falta de suporte psicossocial (Garber, Little, Lilsman, Weaver, 1998).

Em particular, a dor psicológica tem vindo a ser descrita ao longo de anos como uma variável relevante para a ideação suicida e conseqüentemente para o risco suicidário, tendo sido avaliada em muitos estudos empíricos e em alguns modelos teóricos explicativos do suicídio (e.g. Shneidman, 1993a; Orbach, Mikulincer, Gilboa-Schechtman, & Sirota, 2003a; Orbach, Mikulincer, Sirota, & Gilboa-Schechtman, 2003b; Troister et al., 2013).

Por sua vez, o construto de ideação suicida é considerado um bom indicador do risco de suicídio e muitos estudos empíricos têm vindo a associar a intensidade da ideação com o risco de suicídio (Brown, et al, 2000; Moscicki, 1997; Garlow, Rosenberg, Moore, Haas, Koestner, Hendin, & Nemeroff, 2008). Estudos longitudinais têm evidenciado um risco acrescido de suicídio em indivíduos com ideação suicida (e.g. Garlow et al., 2008), sugerindo que os pensamentos repetitivos sobre morte aumentam a vulnerabilidade para comportamentos suicidas e diminuem o limiar esperado para um episódio suicida (Beck, 1997; Joiner, 2005). A ideação tem sido também

sistematicamente associada às tentativas de suicídio (Brezo, Paris, Tremblay, Vitaro, Hérbet, & Turecki, 2007). Em 2008 num estudo que envolveu 17 países e cerca de 85.000 adultos da comunidade (Nock et al., 2008), verificou-se que 60% das passagens da ideação suicida para a primeira tentativa de suicídio ocorrem durante o primeiro ano após o início da ideação.

Neste trabalho iremos focar muito em particular o impacto da dor psicológica na ideação suicida, controlando outras variáveis importantes no risco, nomeadamente o *distress*.

1.3 Psicopatologia geral ou *distress* e risco suicidário

Alguns autores têm considerado a psicopatologia geral ou *distress* como um importante fator de risco para o suicídio (e.g Bertolote, & Fleischmann, 2002; Brown, et al., 2000, Campos, Blasser, & Holden, 2012; Lester, 2000). De facto, a maioria dos indivíduos com ideação suicida apresenta sintomatologia psicopatológica, muito em particular depressiva e a maioria aqueles que tentam o suicídio apresentam perturbações psiquiátricas graves (Overholser et al., 2012; Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz, & Caine, 2001). Alguns autores afirmam mesmo que mais de 90% dos suicidas tinham sido diagnosticados com uma perturbação psiquiátrica (e.g. Bertolote, & Fleischmann, 2002; Hawton, & van Heeringen, 2009; Jacobs et al., 2010), sendo o suicídio uma complicação dessa perturbação (Mann, 2002).

A comorbilidade pode também potenciar o risco de suicidio. Vários autores referem que alguns sintomas da depressão como a insónia, problemas de memória, anedonia e desesperança, quando em comorbilidade com a dependência ou abuso de álcool, potenciam o risco de suicídio (e.g. Darvishi, Farhadi, Haghtalab, & Poorolajal, 2015; DeLeo, Bertolote, & Lester, 2002; Pompili et al, 2010). Henriksson, Aro, Marttunen, Heikkinen, Isometsä, Kuoppasalmi, et al. (1999), num estudo de autopsia psicológica com 229 suicidas com diagnóstico psiquiátrico, concluíram que a maioria dos indivíduos apresentava comorbilidade entre perturbações. Em diversas investigações foi também verificado que a depressão e outras perturbações do humor são mais elevadas em indivíduos com algum tipo de incapacidades, nomeadamente intelectual, lesões da espinal medula e esclerose múltipla (Giannini, Bergmark, Kreshover, Elias, Plummer, & O'Keefe, 2010) e que estes indivíduos quando deprimidos estão em maior risco de suicídio (Giannini et al., 2010; Pompili, Forte, Palermo; Stefani, Lamis et al., 2012; Wetzal, Gehl, Dellefave-Castillo, Schiffman, Shannon, & Paulsen, 2011). Num estudo

com 485 participantes Lund, Nadorff, Winer e Seader (2015), verificaram que indivíduos com incapacidades, físicas ou intelectuais, apresentam maior risco de suicídio, atribuindo este facto a uma maior aceitabilidade social do suicídio em indivíduos que apresentam incapacidade.

Outros fatores potenciadores de *distress* psicológico como o uso de drogas, tabagismo intenso, poucas horas de sono, uso exagerado da Internet, obesidade e delinquência, são também referidos como importantes fatores de risco (Carli, Hoven, Wasserman, Chiesa, Guffanti, Sarchiapone, et al., 2014).

Todavia, apesar das importantes referências que associam o risco de suicídio com a psicopatologia e o *distress*, outros fatores têm que estar necessariamente associados ao risco, dado que a maioria dos indivíduos com estas perturbações nunca cometerá suicídio e outros cometerão suicídio sem nunca terem apresentado este tipo de perturbação (Overholser et al., 2012). Como referem Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli, e Girardi (2008), a grande maioria dos doentes com perturbações psiquiátricas, mesmo quando sujeitos a situações extremas de *stress* não comete suicídio, pelo que, embora o suicídio seja muito prevalente nesta população, não pode ser considerado como um sintoma de perturbação psiquiátrica.

A depressão, largamente associada ao risco de suicídio, diretamente ou mediada por outras variáveis como a dor psicológica e outras variáveis psicossociais, quando é avaliada em populações não clínicas, não prevê diretamente a suicidalidade (Campos, Holden, Laranjeira, Troister, Oliveira, Costa, et al., 2016). Estes autores consideram que embora a ocorrência de perturbações psiquiátricas seja comum entre os suicidas, sendo aliás uma evidência empírica largamente documentada, não permite concluir que na base dos comportamentos suicidas esteja necessariamente uma psicopatologia ou perturbação psiquiátrica.

Fatores como a psicopatologia ou *distress*, podem contribuir para o risco de suicídio em alguns indivíduos, mas não em outros, ou podem ser relevantes apenas quando ocorrem em combinação com alguns stressores em particular (Jacobs et al., 2010). Assim, importará sempre avaliar o contributo de outras variáveis para além da psicopatologia, quando se pretende avaliar o risco de suicídio.

1.4 Modelos psicológicos de risco suicidário

O fenómeno suicidário é complexo e multifatorial, mantendo-se a sua explicação e predição complexa (Overholser et al., 2012). É por essa razão que os modelos de risco devem levar em consideração variáveis proximais e distais e a sua potencial

interação (Hawton, & Van Heeringe, 2009). A multiplicidade de fatores de risco referidos na literatura cria dificuldades na elaboração de um modelo unificador para explicar o fenômeno suicidário e por inerência cria dificuldades na construção de programas de prevenção (Brown, et al., 2000).

Existem diversos modelos teóricos explicativos para o suicídio que variam de acordo com a importância que atribuem a diferentes tipos de variáveis: biológicas, sociais, demográficas ou psicológicas. O presente trabalho enquadra-se na perspectiva psicológica, cuja relevância tem sido verificada ao considerar a interação entre fatores de risco psicológico e suicídio (Beautrais et al., 2005).

Há muito que as variáveis psicológicas são estudadas enquanto fator de risco e vários autores têm contribuído com os seus estudos para uma melhor compreensão sobre a forma e intensidade da influência deste tipo de fatores no risco de suicídio.

De entre os modelos psicológicos mais reconhecidos, destacam-se o modelo cognitivo de Beck (Beck, 1967) que refere como principais causas do suicídio as crenças disfuncionais do indivíduo, sobre si próprio, sobre os outros e sobre o mundo. No modelo das necessidades interpessoais de Joiner (Joiner, 2005) são descritos três fatores, cuja presença simultânea é condição necessária para que o suicídio se concretize, nomeadamente, a percepção de ser um fardo, os sentimentos de não pertença e a capacidade adquirida para o suicídio. De acordo com a perspectiva psicodinâmica de Blatt (Blatt, 2004), indivíduos muito autocríticos e/ou muito dependentes são vulneráveis ao *distress* e à depressão sob a influência de acontecimentos disruptivos do meio, o que aumenta por sua vez o risco de suicídio.

Mais recentemente, o modelo motivacional e volitivo integrado de Nock, & O'Connor (2014) defende que os fatores psicológicos não atuam isoladamente, pelo que é necessário identificar por um lado, as suas relações com fatores contextuais e acontecimentos de vida stressantes e por outro a forma como se passa da ideação ao comportamento suicida. A teoria dos três passos (3ST) (Klonsky, & May, 2015), refere que a ideação suicida resulta da combinação da dor psicológica extrema e da desesperança, e que é a combinação destes fatores que pode atuar como fator de risco na escalada da ideação para a tentativa de suicídio, se existir, disponibilidade, capacidade e meios para a tentativa. Esta perspectiva defende ainda que o desenvolvimento da ideação suicida e a sua progressão para a tentativa de suicídio são processos distintos, à semelhança daquilo que também defendem, Leon et al. (2015) e Samaan et al. (2015).

Existem ainda outros modelos que consideram a vulnerabilidade ao *stress* (*stress–diathesis models*) como um fator determinante para o suicídio. Reconhecem que o desenvolvimento de comportamentos suicidas envolve uma vulnerabilidade que enquanto fator distal, predispõe o indivíduo a tais comportamentos na presença de *stress* atual. Estes modelos de *stress* podem ter por base uma perspectiva mais cognitiva (Williams, & Pollock, 2001), clínica (Mann, Watermanx, Haas, & Malone, 1999), ou neurobiológica (Jollant, Lawrence, Giampetro, Brammer, Fullana, Drapier, & Courtet, 2008), mas todos consideram que o risco suicidário será definido pela interação da vulnerabilidade ao *stress* com as variáveis, psicológicas, psicopatológicas e neurobiológicas. Assim, quer o nível de *stress*, quer a vulnerabilidade individual apresentada, terão influência nas respostas a acontecimentos stressores (van Heeringen, 2012). Nesta perspectiva, estes acontecimentos podem ser demasiadamente intensos relativamente à capacidade do indivíduo para lidar com eles, precipitando comportamentos suicidas (e.g., Cavanagh, Owens, & Johnstone 1999).

O modelo da dor psicológica que tem a sua maior referência em Shneidman (1993a, 1996, 1999a), defende que a dor psicológica (i.e. *psychache*) é o fator desencadeante para o suicídio e que este não ocorre sem que esta variável esteja presente, independentemente da presença de outras variáveis de risco, nomeadamente psicopatológicas ou *distress*. Diversos trabalhos empíricos têm vindo também a confirmar a importância da dor psicológica, quer diretamente no risco de suicídio (e.g. DeLisle, & Holden, 2004, 2009, 2010; Holden et al., 2001; Lester, 2000; Orbach et al., 2003a; Patterson, & Holden, 2012; Pereira, Kroner, Holden, & Flamenbaum, 2010; Troister, & Holden, 2010, 2013) quer enquanto variável mediadora entre outras variáveis psicológicas e o risco (e.g. Keefer, Holden, & Gillis, 2009).

Capítulo 2. Dor psicológica – Conceitos e modelos

2.1 Conceitos e diferentes modelos teóricos sobre a dor psicológica

A dor psicológica é referida na literatura através de diferentes expressões, como dor mental, sofrimento psíquico, dor psíquica, dor psicológica, vazio ou perturbação interna (Meerwijk, & Weiss, 2011; Shneidman, 1993a; Tossani, 2013, 2014).

No geral, a dor psicológica é entendida como um estado de consciência desagradável, resultante de experiências de perda. Embora alguns modelos a perspetivem de uma forma mais positiva, considerando-a como um meio necessário para a mudança e crescimento pessoal, após a aceitação da perda (Morse, 2001), a maior parte referem-se à dor psicológica como uma experiência profunda e destrutiva.

Bakan (1968), observou que a dor psicológica sentida em momentos de separação de outros significativos, era percebida como uma quebra na integridade individual e social. Osmond, Mullaly e Bisbee (1984), referiram também que a dor psicológica durante um episódio depressivo, era descrita como pior do que qualquer dor física que o indivíduo já tivesse experienciado. Referindo-se à dor mental Baumeister (1990) descreve-a como o resultado do desapontamento individual quando objetivos e expectativas pessoais não são alcançados e sobre os quais se fazem atribuições internas. Indivíduos com tendência excessiva a fazer atribuições negativas das suas próprias falhas podem experimentar mais dor psicológica.

A maior contribuição para a compreensão deste conceito foi contudo dada por Shneidman (1993a, 1996, 1999a), que distinguiu dor psicológica de dor física, designando-a como *psychache*. Definiu-a como um estado agudo de dor interna intolerável, associada a uma experiência introspetiva ligada a emoções negativas (Shneidman, 1993a), caracterizadas por tristeza, culpa, angústia, medo, raiva, desespero, solidão, vergonha e perda. Atribuiu a causa desta dor à frustração de necessidades psicológicas básicas, como a necessidade de conforto, segurança, autonomia, afiliação, de evitar a vergonha, à rutura de relações interpessoais importantes e ainda a dificuldades em lidar com o sofrimento, com a raiva e com a hostilidade.

Bolger (1999), por sua vez associa a dor psicológica às experiências traumáticas, que resultam em sentimentos de rutura do *self* e perda de controlo, enquanto Loeser (2000), sublinha o sofrimento que lhe está associado, considerando que este pode ser o resultado da dor física, ou ser provocado por muitos outros estados, nomeadamente, medo, ansiedade, depressão, raiva, fadiga ou perdas significativas. Caracteriza-o por

existir apenas na nossa consciência, pelo que as causas variam de pessoa para pessoa. Também Sensky (2010), reforça esta ideia e afirma que o sofrimento pode ter diversos significados e como tal, impactos distintos em cada pessoa.

Mee, Bunney, Reist, Potkin e Bunney (2006), definem a dor psicológica como uma experiência subjetiva difusa que se manifesta como resposta a estímulos psicológicos nocivos como por exemplo uma depressão, à semelhança do que acontece com a dor física associada a estímulos físicos negativos.

Meerwijk e Weiss (2011, 2014) e Meerwijk (2012), num extenso trabalho que realizaram sobre a definição e uso do termo dor psicológica, identificaram algumas características transversais aos vários conceitos apresentados na literatura. Embora estes conceitos variem, todos remetem para uma avaliação negativa que o indivíduo faz sobre si próprio o que provoca uma dor insuportável, sendo impossível mantê-la indefinidamente. Definem a dor psicológica como um sentimento insustentável e desagradável, que resulta de uma avaliação negativa sobre as capacidades pessoais face a uma perda, de algo ou de alguém, ou face ao fracasso em alcançar objetivos relacionados com necessidades psicológicas básicas.

Orbach (2010) e Orbach et al. (2003a, 2003b), referem-se à dor psicológica como o resultado de uma internalização ao longo da vida de experiências negativas, que se traduzem em sentimentos de perda de controlo, vazio, indiferença e frieza emocional, acompanhados por uma perspetiva de irreversibilidade da dor. Estes sentimentos ao contribuírem para uma visão negativa do *self*, potenciam ainda mais experiências negativas, intensificando a dor psicológica.

Um crescente número de estudos sugerem que o suicídio pode ser concetualizado pelo desejo de fugir a uma dor psicológica intolerável (DeLisle, & Holden, 2004; Reisch, Seifritz, Esposito, Wiest, Valach, Michel et al., 2010). A dor psicológica é atualmente considerada como uma importante variável relacionada com os comportamentos suicidários podendo ser avaliada através de vários instrumentos como, a Escala de Avaliação da Dor Psicológica (PPAS; Shneidman, 1999a), a *Orbach & Mikulincer Mental Pain Questionnaire* (OMMP; Orbach, Mikulincer, Gilboa-Schechtman, & Sirota, 2003b), a *Mee-Bunney Psychological Pain assessment* (Mee, Bunney G., Bunney W. Hetrick, Potkin, & Reist, 2011), a *Three-Dimensional Psychological Pain Scale* (Li, Xie, Luo, Fu, Shi, Ying et al., 2014) e a Escala de Dor Psicológica (Psychache Scale; Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001), traduzida e validada para a população portuguesa por Campos, & Holden (2015b).

2.2 O modelo da dor psicológica de Shneidman

Shneidman foi o primeiro autor a descrever o processo mental de um indivíduo suicida (Jobes, & Nelson, 2006), sendo considerado um dos fundadores da suicidologia, dada a abrangência e influência que o seu extenso trabalho teórico e empírico tem representado para uma compreensão aprofundada dos aspectos psicológicos do suicídio (Leenaars, 2010).

Na sua concepção sobre o suicídio Shneidman (Shneidman, 1993a, 1996, 1999a), concluiu que a dor psicológica, que designou por *psychache*, é a causa e condição necessária para que o suicídio possa ocorrer, de tal forma que todos os outros estados afetivos, nomeadamente a depressão e a desesperança, também variáveis importantes para o risco, só o serão quando esta dor psicológica intensa estiver presente. Associa a dor psicológica à vivência de emoções negativas, que ao ultrapassar os limites de tolerância individual poderá levar o indivíduo a considerar o suicídio como a única solução para fugir a essa dor. Porque existem diferentes níveis de tolerabilidade à dor e diferentes capacidades para a enfrentar, Shneidman (1998) considera que não existe uma personalidade suicida.

Contrariando as tendências anteriores de explicação do suicídio, que enfatizavam as perturbações mentais, especialmente a depressão e outros estados psicológicos como a desesperança, como causa para o suicídio, Shneidman (1996) defende que a dor psicológica é uma constante na base dos comportamentos suicidários e que por isso os atos suicidas podem ser considerados como uma tentativa de fuga ao sofrimento intolerável sentido. Concetualiza o suicídio numa perspetiva funcional e não como o resultado de uma perturbação psiquiátrica. Considera que o suicídio não é um caminho para a morte, mas sim um caminho para terminar com o sofrimento, pelo que se a intensidade da dor diminuir os indivíduos escolherão não morrer (Shneidman, 2001a, 2001b).

Shneidman (1998, 1999b), definiu dois tipos de necessidades: (1) as necessidades gerais, que definem a personalidade de cada indivíduo e cuja ordem e importância é definida de acordo com a sua história de vida e 2) as necessidades básicas, ou seja aquelas que quando frustradas levam à perda de controlo, à raiva excessiva, à vergonha e à conseqüente dor psicológica. Shneidman criou uma lista destas necessidades com o objetivo de classificar a personalidade dos seus pacientes, de acordo com a importância que estes atribuíam a cada uma delas, o que permitiria compreender a forma como essas necessidades influenciavam a visão que tinham de

si próprios e do mundo. Acreditava que perante a frustração de necessidades básicas, os indivíduos poderão sentir significativa dor psicológica, ficando em risco de suicídio se as suas vivências anteriores, padrões de *coping* e mecanismos de suporte percebidos, não forem suficientes para a enfrentar. Para Shneidman (1999b), os indivíduos têm combinações particulares destas necessidades pelo que ao identificar as necessidades não satisfeitas em cada indivíduo seria possível definir intervenções capazes de diminuir a dor psicológica e logo os comportamentos suicidas.

Ainda que considerando a idiosincrasia associada a cada suicídio em particular, Shneidman, identificou e resumiu as dez características comuns encontradas nos indivíduos suicidas (Shneidman, 1985a, 1985b, 1991, 1992): 1ª) O suicídio como solução para terminar com a dor psicológica intolerável; 2ª) A frustração de necessidades psicológicas básicas como o factor stressante mais frequente; 3ª) Uma dor psicológica intolerável como o estímulo mais comumente encontrado; 4ª) Terminar com a dor psicológica como o objetivo encontrado em cada suicídio; 5ª) A presença de emoções negativas comuns, nomeadamente o desespero e o abandono; 6ª) Um estado cognitivo de ambivalência face ao suicídio, por um lado o desejo de morrer e por outro o de preservar a vida; 7ª) Um estado perceptivo de restrição do pensamento, caracterizado por um pensamento dicotómico, traduzido numa substancial redução da capacidade de encontrar opções para a resolução dos problemas; 8ª) A fuga, como a ação comum encontrada, com o objetivo de escapar de forma definitiva à dor psicológica; 9ª) A comunicação da intenção com o objetivo de obter alguma ajuda, pois a sua intenção não é morrer, mas sim fugir à dor psicológica sentida e 10ª) O uso de estratégias desadaptativas do passado, incompatíveis com padrões de vida duradouros.

Para explicar o suicídio, Shneidman (1987), criou o modelo cúbico do suicídio. Este modelo teórico tridimensional concetualiza os comportamentos suicidas como sendo o resultado das sinergias entre um conjunto de variáveis, que numa dada altura criam as condições para o suicídio: 1ª) níveis maximos de dor psicológica resultantes da frustração de necessidades básicas; 2ª) pressão resultante de acontecimentos de vida negativos e 3ª) perturbação resultante de uma maior restrição cognitiva (perturbação interior). Embora reconheça que nem todas as pessoas que experienciam estas três condições irão necessariamente cometer suicídio, defende que aquelas que o cometem se encontrarão dentro destas condições no momento do ato.

Mais tarde, Shneidman (1993a), expande o seu modelo, afirmando que o suicídio depende de seis componentes: 1ª) Ocorrência de acontecimentos de vida stressores ou frustrações psicológicas; 2ª) Influência negativa de fatores sociais e variáveis genéticas;

3ª) Percepção de acontecimentos de vida como negativos e muito dolorosos; 4ª) Uma dor psicológica percebida como intolerável e inaceitável; 5ª) O nível da dor ultrapassar os limites do indivíduo para suportar e 6ª) Encontrar na morte a única opção para terminar com a dor.

Shneidman (1996), defende que a dor psicológica é consequência da frustração de necessidades psicológicas básicas, traduzidas numa atitude desvalorizante da autoimagem, um estilo de pensamento restrito ou dicotômico, no sentimento de isolamento ou abandono resultante da perda de suporte por parte daqueles que lhe são significativos e num forte sentimento de desesperança quanto à vida. Este estado mental conduziria a uma decisão e consequente ação consciente de escapar ao sofrimento que lhe está inerente, encontrando o indivíduo no suicídio a única solução para os seus problemas. Os indivíduos com maior propensão para este sofrimento mental, estariam em maior risco de cometer suicídio e quando essa dor ultrapassa os limites de tolerância individual, a morte poderia ser vista como a única solução para fugir a essa dor intolerável, concluindo assim que “o suicídio é causado pela dor psicológica” (Shneidman, 1993a, pp. 145).

Shneidman, (2001b) defende que na prática clínica, o suicídio deverá ser abordado da forma mais focada e operacional possível, tentando identificar-se cada necessidade básica frustrada, com o objetivo de reduzir a dor psicológica e logo prevenir o suicídio. Identificou as necessidades básicas, cuja frustração estão mais frequentemente ligadas ao suicídio: 1) necessidades de afiliação, ou seja de aceitação e amor ou carinho recíproco; 2) neutralização, ou seja a capacidade para ultrapassar frustrações e humilhações passadas, ou mesmo de antecipar a rejeição através de uma atitude proativa e não reativa; 3) proteção, isto é, a capacidade para se proteger contra o criticismo e a vergonha, preservando a autoimagem e integridade do *self*; 4) autonomia, ou seja, a capacidade de manter o seu espaço psicológico privado; 5) necessidade de evitar a vergonha, o embaraço, ou situações que levem ao desprezo e indiferença dos outros; 6) necessidade de ser amado e emocionalmente alimentado, sentindo-se protegido e especial e não negligenciado ou abusado e 7) necessidade de ordem e compreensão, traduzida na capacidade para organizar acontecimentos e ideias de forma a fazerem sentido para os outros e também para o próprio.

Na obra de Shneidman (1980, 1993b, 2001b, 2005a) encontram-se imensas referências à prática clínica, afirmando que esta deverá ter como principal objetivo ajudar o paciente a encontrar novas formas de lidar com a dor psicológica. Tendo presentes as características comuns aos indivíduos suicidas que identificou e o modelo

cúbico do suicídio, que permite compreender o estado psicológico do paciente suicida, recomenda que as práticas terapêuticas sejam orientadas para a diminuição da dor psicológica, procedimento a que chama de terapia *anodyne* (Shneidman, 2005a).

No sentido de tentar prevenir o suicídio, Shneidman (1984, 2004a, 2004b, 2005a), defende que quem lida com os indivíduos em risco deverá ser empático para aceder à sua dor psicológica profunda e ideossincrática, tentando transformá-la de numa dor que possa ser suportada.

Para concluir, e de forma resumida, pode dizer-se que de acordo com Shneidman, o risco de suicídio aumenta quando acontecimentos de vida negativos se associam com elevados níveis de dor psicológica resultantes da frustração das necessidades psicológicas básicas não satisfeitas e baixos níveis de tolerância a essa dor, sendo o suicídio visto como a única forma de aliviar a dor psicológica (Shneidman, 1985, 1993a, 1996).

Nas suas palavras *“Eu acredito que o suicídio é essencialmente um drama da mente, em que este drama é quase sempre conduzido por uma grande dor psicológica, a dor das emoções negativas – a dor a que chamo psychache Sem psychache não há suicídio”* (Shneidman, 2001a, pp. 200).

Capítulo 3. Dor psicológica e ideação suicida

Uma vasta literatura, tem demonstrado uma forte ligação entre a dor psicológica e a ideação suicida (e.g. Berlim, Mattevi, Pavanello, Caldieraro, Fleck, & Wingate 2003; Mee et al., 2011).

Enquadradas numa perspetiva psicológica de explicação do suicídio várias investigações têm sistematicamente relacionado a dor psicológica com o risco de suicídio (Brown et al., 2000; Campos, & Holden, 2014, 2015b; Flamenbaum, & Holden, 2007; Orbach, 2010; Orbach, et al., 2003a, 2003b; Pompili et al., 2008; Shneidman, 1993, 1998; Troister, & Holden, 2010, 2012; Xie, Luo, Yin, Zou, Cui, Wang X., & Shi, 2014), sendo este o conceito central nas teorias de vários autores (e.g. Baumeister, 1990; Bolger, 1999; Orbach et al., 2003b; Shneidman, 1993a).

A presença da dor psicológica é transversal a muitos estados psicopatológicos, contribuindo para a intensificação dos mesmos e sendo frequentemente referida como a principal razão para a ocorrência de comportamentos suicidas (Chavez-Hernandez, Leenaars, Chavez-de Sanchez, & Leenaars, 2009) e mesmo como uma condição necessária e suficiente para a ocorrência do suicídio (Orbach, et al., 2003a, 2003b; Shneidman, 1996).

A dor psicológica pode contribuir também para a ocorrência de depressão quando é associada a acontecimentos de vida stressantes (Mitchell, Parker, Gladstone, Wilhelm, & Austin, 2003). De acordo com Bair, Robinson, Katon e Kroenke (2003) e também com Bertolote e Fleishman (2002), a associação entre a dor psicológica e a dor física pode conduzir à depressão e por outro lado, a depressão pode intensificar a dor psicológica ou física. Associada a dificuldades pessoais de comunicação do *distress*, ou seja à incapacidade para solicitar ajuda para a angústia pessoal ou solidão em indivíduos que tentaram o suicídio, a dor psicológica potencia o risco e a letalidade dos comportamentos suicidas. (e.g. Levi-Belz, Gvion, Horesh, Fischel, Treves, Or, et al., 2014).

Tem também sido verificado em estudos empíricos o papel mediador da dor psicológica na relação entre outras variáveis e a suicidalidade. A dor psicológica medeia por exemplo, a relação entre o perfeccionismo e a suicidalidade (Flamenbaum, & Holden, 2007), entre a desesperança e a ideação suicida (Shneidman, 1996; Weishaar, & Beck, 1992), a alexitimia e a suicidalidade (Keefer et al., 2009), entre necessidades interpessoais e a depressão e a suicidalidade (Campos, & Holden, 2015a) e entre a autodestruição e número de perdas vividas ao longo da vida e, as tendências suicidas

(Nahaliel et al., 2014). Por exemplo no estudo de Campos e Holden (2015b), com 203 indivíduos adultos da comunidade, a dor psicológica relacionou-se diretamente com o risco suicidário e mediou a relação entre depressão e o risco de suicídio.

Diversos estudos têm sistematicamente verificado que a dor psicológica é um fator que explica por si só o risco de suicídio, quando são controlados outros fatores de risco importantes, como a desesperança ou a depressão, em populações clínicas e não clínicas (Berlim et al., 2003; DeLisle, & Holden, 2004, 2009; Holden, Mendonça, & Velamoor, 1998; Holden et al., 2001; Johns, & Holden, 1997; Pereira, et al., 2010; Soumani, Damigos, Oulis; Masdrakis, Ploumpidis, Mavreas et al., 2011).

Olié, Guillaume, Jaussent, Courtet, e Jollant, (2010) e Levi-Belz et al. (2014), verificaram que os níveis de dor psicológica estavam associados positivamente e de forma significativa com a intensidade e frequência da ideação suicida em indivíduos hospitalizados devido a episódios de depressão *major* e em indivíduos com uma história recente de tentativa de suicídio. Orbach et al. (2003a, 2003b) e Pompili et al. (2008), encontraram maiores níveis de dor psicológica em indivíduos considerados em risco de suicídio, quando comparados com indivíduos sem queixa e com doentes psiquiátricos. Estes autores verificaram também que a intensidade da dor psicológica se associou de forma significativa com os comportamentos suicidários, especialmente em indivíduos com tentativas de suicídio recentes, mas também naqueles com história anterior de tentativas.

Estudos longitudinais têm evidenciado um risco acrescido de suicídio em indivíduos com ideação suicida (p.e. Garlow et al., 2008), sugerindo que os pensamentos repetitivos sobre suicídio aumentam a vulnerabilidade para comportamentos suicidas e diminuem o limiar esperado para um episódio suicida (Beck, 1996, 1997; Joiner, 2005).

Os resultados de muitos estudos empíricos suportam a ideia de que a dor psicológica se associa significativamente com a ideação suicida, amplamente reconhecida como uma variável importante na predição do risco (e.g. Levi-Belz et al., 2014; Pompili et al, 2008; Troister, & Holden, 2010, 2012; Xie et al., 2014).

Em estudantes universitários, a dor psicológica diferencia aqueles que têm uma história prévia de suicídio (Flamenbaum, & Holden, 2007; Holden et al., 2001) daqueles que a não têm e correlaciona-se significativamente com a ideação suicida atual (Flamenbaum, & Holden, 2007; Holden et al., 2001; Lester, 2000). Num estudo longitudinal a 2 anos em que participaram 41 estudantes com ideação suicida, Troister, e Holden (2012), verificaram que a dor psicológica e a ideação suicida variam

conjuntamente e que a dor psicológica era a única variável que contribuía estatisticamente para a predição da ideação suicida, enquanto outras variáveis como a depressão e desesperança, só eram importantes para o suicídio na medida em que se relacionavam com a dor psicológica. Idênticas conclusões foram também retiradas de outras investigações com a mesma população (DeLisle, & Holden, 2004, 2007, 2009), em que a dor psicológica se revelou a variável mais consistente na previsão da ideação suicida. Num estudo com 97 homens sem-abrigo (Patterson, & Holden, 2012), verificou-se uma correlação significativa entre a dor psicológica e a ideação suicida, motivação, preparação e tentativas de suicídio anteriores, revelando-se a dor psicológica o mais forte preditor da ideação suicida, quando comparada com a depressão, a desesperança e a falta de sentido para a vida. Troister, & Holden (2012), verificaram num estudo longitudinal a dois anos que variáveis psicológicas como a depressão e a desesperança, só se revelam importantes no suicídio quando se relacionam com a dor psicológica e que a dor psicológica e a ideação suicida variam conjuntamente ao longo do tempo.

Num outro estudo com presidiários delinquentes, Pereira et. al. (2010), concluíram também que a dor psicológica era a variável mais importante a prever a ideação suicida, quando comparada com a depressão e a desesperança, não sendo influenciada pelo tipo de crime ou pelo género. Holden, & Kroner (2003) verificaram ainda numa amostra forense, que a dor psicológica era um melhor preditor que a depressão e a desesperança, quando era avaliada a intensidade da ideação suicida, diferenciando aqueles que reportavam ideias de suicídio em geral, daqueles que já tinham formulado um plano suicida.

Também quando foram estudados os efeitos da dor psicológica na suicidalidade conjuntamente com uma variável psicológica “positiva”, como a satisfação com a vida, numa população de 5 988 estudantes universitários chineses, You, Song, Wu, Qin e Zhou (2014), concluíram que a dor psicológica e a baixa satisfação com a vida eram ambas preditores significativos da ideação e tentativas de suicídio, embora a dor psicológica apresentasse um maior poder preditivo. Os baixos níveis de satisfação com a vida só eram relevantes para a ideação quando associados à dor psicológica. Também Berlim et al. (2003), num estudo realizado no Brasil com 60 adultos com perturbação depressiva, utilizaram entre outras variáveis a dor psicológica para quantificar a baixa qualidade de vida, tendo verificado que esta era a variável chave para compreender os comportamentos suicidas. Estes resultados vão de encontro ao que tinha sido já anteriormente sugerido por Frisch (1998), de que a baixa qualidade de vida resultante de dificuldades interpessoais, desesperança e problemas de saúde físicos, em

conjugação com a presença de dor psicológica deve ser considerada como clinicamente relevante em populações de alto risco para o suicídio.

A avaliação da interação entre dor psicológica e ideação suicida em pacientes internados devido a episódios de depressão *major* (Li et al., 2014; Olié et al., 2010), permitiu verificar que a dor psicológica se relaciona de forma significativa e positivamente, quer com a intensidade, quer com a frequência da ideação, permitindo concluir que maiores níveis de dor psicológica contribuem para aumentar a vulnerabilidade para comportamentos suicidas, dado que aumentam os níveis de ideação suicida.

Numa meta análise recente sobre a relação entre a dor psicológica e o suicídio, Verrocchio, Carrozzino, Marchetti, Andreasson, Fulcheri e Bech (2016) concluíram que a dor mental é um variável crítica para compreender o suicídio.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 4. Objetivos do estudo

A presente investigação de cariz longitudinal, tem como objetivo geral contribuir para a compreensão do impacto da dor psicológica no risco suicidário em indivíduos da comunidade, avaliando o risco através da presença de ideação suicida, considerada como um importantíssimo elemento sinalizador do risco de suicídio (Brown et al., 2000; Moscicki, 1997).

Para estudar o impacto da variável dor psicológica no risco suicidário e dada a relevância da psicopatologia geral ou *distress* (e.g. Thomson, 2012) e de algumas variáveis sociodemográficas (Nock et al., 2008), como potenciais fatores de risco identificados pela literatura, neste estudo são controlados estatisticamente o nível de *distress*, a presença de doença psiquiátrica e ainda um conjunto de variáveis sociodemográficas, nomeadamente, a idade, o género, o estado civil e o estar desempregado. Será assim possível dar um contributo para demonstrar que o modelo da dor psicológica pode “ser aplicado” também à população em geral e não apenas às populações de elevado risco e que apresentam algum tipo de perturbação psiquiátrica.

O suicídio é considerado um grave problema de saúde pública mundial (WHO, 2016), pelo que a identificação das variáveis responsáveis pelo risco suicidário é um importante tema para investigação. Neste sentido, identificar as variáveis psicológicas associadas e compreender a forma como interagem entre si e como se manifestam no risco, permitirá aumentar a compreensão sobre um tema que é reconhecido pela sua complexidade e multidisciplinidade (Hawton, & van Heeringen, 2009).

A psicopatologia geral ou *distress*, por exemplo, embora contribua para o risco (e.g. Lund, Nadorff, Winer, & Seader, 2016), não explica a razão porque alguns indivíduos, embora com perturbação mental, não se suicidam, podendo ser importante apenas quando em associação com outras variáveis (Jacobs et. al., 2010). Assim, e apesar da importância desta variável, é insuficiente para explicar o suicídio, o que torna relevante a consideração de outras perspetivas, nomeadamente a perspetiva psicológica (Brown et al., 2000).

Shneidman (1985a, 1987, 1993a, 1996, 1999a, 2001a, 2004a, 2005) ao longo de décadas de investigação e prática clínica, formulou um modelo sobre o suicídio em que a dor psicológica seria a causa e condição necessária para que o suicídio ocorra. De

acordo com esta perspetiva o suicídio só aconteceria se esta dor psicológica intolerável (*psychache*) estiver presente.

Vários autores têm estudado a relação da dor psicológica com o risco suicidário e as conclusões destes estudos empíricos vão no sentido da confirmação das ideias de Shneidman (e.g. Baumeister, 1990; Bolger, 1999; DeLisle, & Holden, 2004, 2009; Holden, & Kroner, 2003; Lester, 2000; Orbach et al., 2003a, 2003b; Pereira et al., 2010). Recentemente numa meta análise sobre a relação entre a dor psicológica e suicídio, conclui-se que a dor psicológica é uma varável crítica para compreender o suicídio (Verrocchio et al., 2016).

Por sua vez, a presença de ideação suicida tem sido associada a um risco acrescido de suicídio (e.g. Garlow et al., 2008) e diversos estudos empíricos têm verificado uma associação significativa entre a dor psicológica e a ideação suicida (e.g. Levi-Belz et al., 2014; Pompili et al, 2008; Troister, & Holden, 2010, 2012).

A presente dissertação insere-se num projeto de investigação mais vasto coordenado pelo orientador, sobre variáveis psicológicas e contextuais do risco de suicídio, em adultos e idosos da comunidade e em populações clínicas. Será por isso aplicado um protocolo de investigação mais amplo que contém os instrumentos de medida utilizados nesta investigação em particular, bem como outros que serão analisados noutros estudos.

A amostra é constituída por indivíduos adultos da comunidade com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, que aceitaram responder a um protocolo de investigação em dois períodos distintos, com um intervalo temporal de três meses.

Os instrumentos de medida utilizados nesta investigação para avaliar as variáveis preditoras, incluem: 1) uma Ficha de dados sociodemográficos e clínicos, que permitirá recolher informação sobre diversas variáveis, entre as quais: idade, género, estado civil – estar ou não casado ou em união de facto, se está desempregado e se tem alguma doença psiquiátrica; 2) O Inventário Breve de Sintomas (BSI; *Brief Symptom Inventory*; Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 2007), para avaliar o *distress* e 3) a Escala de Dor Psicológica (*Psychache Scale*; Holden et al., 2001; versão portuguesa de Campos, & Holden, 2015), para avaliar a frequência e intensidade da dor psicológica. A ideação suicida será avaliada através do Questionário de Ideação Suicida (QIS; Reynolds, 1988; Versão portuguesa de Ferreira, & Castela, 1999).

Sendo o estudo realizado com indivíduos da comunidade, considerada como uma população de baixo risco, será utilizado um instrumento de medida do *distress*, sem que o mesmo seja complementado posteriormente com uma entrevista diagnóstica, ou com

outros instrumentos de avaliação psicopatológica, que permitiriam formular um diagnóstico psiquiátrico.

Espera-se que a dor psicológica extrema (*psychache*) avaliada no momento um seja um preditor significativo do risco suicidário, avaliado pelo incremento na ideação suicida do momento um para o momento dois da investigação, controlando o efeito do *distress* e das variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentarem relação com a ideação suicida no momento um.

Na análise dos dados, para além do cálculo de correlações, será utilizada a metodologia estatística de análise de regressão linear múltipla hierárquica.

Com o presente estudo, espera-se complementar outros já realizados sobre o tema, permitindo esclarecer se a dor psicológica prevê a ideação suicida, quando se controla o efeito *distress*.

Os resultados poderão oferecer mais um pequeno contributo para a compreensão do fenómeno suicidário, contribuindo para a diminuição do risco de suicídio.

Capítulo 5. Metodologia

5.1 Participantes e Procedimentos

Foram contactados 270 sujeitos dos quais 242 aceitaram participar no estudo. Para evitar as dificuldades das metodologias transversais, os dados foram recolhidos em dois momentos distintos, com três meses de intervalo. Este intervalo de tempo foi estabelecido por conveniência e teve como objetivo avaliar a ideação suicida em dois momentos distintos.

Foram excluídos 17 protocolos por erros de preenchimento ou excessivo número de itens omissos, resultando numa amostra final no momento um de 225 sujeitos. No momento dois, 7 sujeitos mostraram-se indisponíveis para responder.

A amostra final ficou constituída por 218 sujeitos, com idades que variam entre os 18 e os 65 anos ($M = 41.95$, $SD = 11.91$), sendo 55% casados ou em união de facto e 58,3% do género feminino (veja-se tabela 1).

O projeto de investigação onde esta recolha de dados se insere foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Os potenciais participantes foram abordados em espaços públicos, sendo convidados a participar voluntariamente numa investigação sobre o risco de suicídio, a decorrer em duas fases, com um intervalo de três meses entre si. Os sujeitos que aceitaram participar na investigação assinaram previamente um Termo de Consentimento Informado, onde estão detalhadas as condições de participação e a garantia de confidencialidade das respostas, tendo preenchido posteriormente o protocolo de investigação previamente aleatorizado quanto à ordem de apresentação dos inventários que o compunham.

A aplicação dos questionários foi individual e realizada em hora e local livre de distrações e previamente combinado. Foi explicado verbalmente e de forma sucinta aos participantes, os objetivos gerais da investigação. Os questionários foram apresentados dentro de um envelope aberto, que os participantes selaram após o seu preenchimento para garantir a confidencialidade dos dados. No exterior do envelope escreveram o número de telemóvel e as iniciais do nome completo, para que fosse possível o contacto posterior para a segunda fase de aplicação e o necessário emparelhamento das respostas de cada sujeito, mantendo-se ainda assim a confidencialidade das respostas.

Tabela 1 – Variáveis Sociodemográficas

Variáveis		N	%	Média (DP)
<i>Idade</i>		218		41.95 (11.91)
<i>Género</i>	<i>Homem</i>	91	41.7%	
	<i>Mulher</i>	127	58.3%	
<i>Estado civil</i>	<i>Casado ou união de facto</i>	120	55.0%	
	<i>Vive sozinho</i>	98	45.0%	
<i>Desempregado</i>	<i>Sim</i>	25	11.5%	
	<i>Não</i>	193	88.5%	
<i>Doença psiquiátrica</i>	<i>Sim</i>	6	2.8%	
	<i>Não</i>	210	97.2%	
	<i>Não respondeu</i>	2		

A recolha de dados foi realizada pela mestranda, por duas outras mestrandas e por algumas assistentes de investigação inscritas na bolsa de voluntariado de investigação do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora. Todas foram previamente preparadas para a aplicação do protocolo de investigação.

No momento um foi avaliada a dor psicológica, a psicopatologia e o nível de ideação suicida.

No momento dois, foi avaliada a ideação suicida.

5.2 Instrumentos de Medida

Ficha de dados demográficos e clínicos

Nesta ficha foi pedido aos participantes informação relativa a diversas variáveis demográficas e clínicas, entre as quais: idade, género, o estado civil, estar desempregado e a presença de doença psiquiátrica.

Inventário Breve de Sintomas (BSI; *Brief Symptom Inventory*; Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 2007) (veja-se Anexo A).

O BSI avalia o *distress* em termos de nove dimensões: somatização, obsessão/compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. É um inventário de auto-relato composto por 53 itens, onde o indivíduo deverá responder sobre o grau em que cada sintoma o afectou na semana anterior à avaliação. A escala de resposta é do tipo *likert* variando entre “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4). São exemplo de itens: “Nervosismo ou tensão interior”, “Sentir-se sozinho”, “Pensamentos sobre a morte ou de que vai morrer”, “Sensação de vazio na cabeça” ou “Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa”. A aplicação do inventário proporciona ainda a possibilidade de obter três índices globais que avaliam aspetos diferentes do *distress*: Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP) que se obtém dividindo a soma dos valores de todos os itens pelo total de sintomas positivos. Neste estudo é utilizado o TSP, para medir a frequência de sintomas e o ISP para avaliar a intensidade dos sintomas.

Os estudos psicométricos efectuados com a versão Portuguesa revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa de *Cronbach* que variam entre .62 e .80 para as nove dimensões de sintomatologia. No presente estudo a consistência interna da escala foi estimada usando o alfa de *Cronbach* (Cronbach, 1951) que apresentou um valor de .97 para o total da escala. O valor médio para o TSP foi de 21.96, $DP = 14.28$ e para o ISP, foi de 1.34, $DP = 0.42$.

Questionário de Ideação Suicida (QIS; Reynolds, 1988; Versão portuguesa de Ferreira, & Castela, 1999) (veja-se Anexo B).

O QIS é um questionário de auto-relato que permite avaliar a frequência e gravidade da ideação suicida no mês anterior à avaliação, em jovens e adultos. O instrumento é constituído por um conjunto de 30 itens, cada um dirigido a uma forma específica de ideação suicida, entre os quais: “Pensei suicidar-me”, “Pensei na morte”, “Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas”, “Pensei que a vida não valia a pena”, “Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse”, ou “Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia”. Existem sete alternativas de resposta que avaliam a frequência de ocorrência de ideação suicida, numa escala de resposta tipo *likert* que varia entre (0) “Nunca pensei nisto” até (6) “Quase todos os dias”. Valores mais elevados indicam maior severidade da ideação suicida. A pontuação máxima de 180 pontos indicia pensamentos suicidas que ocorrem “quase todos os dias”. De acordo com Reynolds (1988), uma pontuação igual ou superior a 41 pontos, pode ser indicativo de potencial risco de suicídio.

A adaptação do QIS para a população portuguesa foi realizada por Ferreira, & Castela, (1999) através de 2 estudos para avaliar a consistência interna e a estabilidade temporal dos resultados (através do método do teste-reteste, com um intervalo de um mês entre as duas aplicações). Ao nível da consistência interna, os estudos psicométricos efectuados com a versão portuguesa revelaram um coeficiente alfa de *Cronbach* de .96 e a correlação teste-reteste com intervalo de um mês entre as duas aplicações foi de .76. Os valores de correlação item-total variaram entre 0.21 e 0.86, no entanto, a maioria das correlações situou-se entre 0.70 e 0.80.

Na presente investigação o questionário foi usado para avaliar a ideação suicida e os valores de alfa de *Cronbach* encontrados para a escala foram de .97 no primeiro e também no segundo momento da recolha de dados. No momento um, o valor médio para o total da escala foi de 7.84, *DP* = 16.77, registando-se valores entre 0 e 157. No momento dois, o valor médio para o total da escala foi de 7.32, *DP* = 15.40, registando-se valores entre 0 e 124.

Escala de Dor Psicológica (Psychache Scale; Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001; versão portuguesa de Campos, & Holden, 2015a) (veja-se Anexo C).

Esta escala de auto resposta é constituída por 13 items e foi especificamente desenvolvida para avaliar o construto de dor psicológica proposto por Shneidman (1993). As respostas são dadas numa escala de *likert* de 5 pontos, refletindo os maiores valores da escala, maiores níveis de dor psicológica.

Os nove primeiros items são respondidos tendo por base a frequência da dor psicológica, variando de “nunca” (1) até “sempre” (5). São exemplos de items: “Parece-me que dói por dentro”, “A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física”, “Dói-me porque me sinto vazio”. Os quatro últimos items refletem a intensidade da dor psicológica, e são respondidos numa escala de concordância que varia de “discordo fortemente” (1) até “concordo fortemente” (5). São exemplos de items: “Não consigo aguentar mais a minha dor” “A minha dor está a desfazer-me” ou “ A minha dor psicológica afeta tudo o que faço”. O valor total da escala varia entre 13 e 65 pontos.

Esta escala foi aplicada a a indivíduos de diferentes populações, incluindo indivíduos com depressão, indivíduos da comunidade, prisioneiros, estudantes universitários em risco de suicídio e ainda com sem-abrigos (Mills et al., 2005; Patterson, & Holden, 2012; Troister, & Holden, 2012; Li et al., 2014; Xie et al., 2014).

A escala apresenta excelentes qualidades psicométricas com valores de alfa de *Cronbach* superiores a .90 e distingue bem os sujeitos com e sem ideação suicida, prevendo estatisticamente os comportamentos suicidas e a ideação, mesmo quando os efeitos da depressão e desesperança são controlados (e.g. DeLisle, & Holden, 2004; Holden et al., 2001; Mills et al., 2005). A versão portuguesa (Campos, & Holden, 2015a) apresenta boas qualidades psicométricas quanto à consistência interna e à validade de construtos. No presente estudo o valor de alfa de *Cronbach* encontrado foi de .94. O valor médio para o total da escala foi de 19.73, *DP* = 8.16, com valores entre 13 e 54.

5.3 Metodologia de análise dos dados

Para a análise dos dados recorreu-se ao *software* de análise estatística *IBM SPSS Statistics* (versão 22).

Inicialmente foram testadas possíveis associações entre diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e a ideação suicida: As variáveis sociodemográficas consideradas foram: género, idade, estado civil – estar ou não casado ou em união de facto, se está desempregado e se tem alguma doença psiquiátrica (veja-se tabela 1),

Os valores das correlações entre as variáveis em estudo e a ideação suicida foram também obtidos no sentido de identificar possíveis associações significativas.

No sentido de testar o contributo da variável dor psicológica no incremento da ideação suicida após três meses, controlando o efeito do distress, assim como da interação entre a dor psicológica e o distress, recorreu-se à metodologia de análise de regressão múltipla hierárquica.

Realizaram-se duas análises da regressão múltipla. Numa delas considerou-se a frequência de sintomas e na outra a intensidade dos sintomas, como medida do *distress*. Em cada uma das regressões, num primeiro passo, foram introduzidas a ideação suicida avaliada no momento um e eventuais variáveis sociodemográficas e clínicas que se correlacionassem com a ideação suicida. Num segundo passo foi introduzida a variável *distress*, no terceiro, a dor psicológica e no quarto, o termo de interação entre *distress* e dor psicológica (veja-se Aiken, & West, 1991).

Examinou-se a normalidade das variáveis através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (*K-S test*). Os resultados indicaram que as distribuições se afastavam da normalidade. Consequentemente, foi usado o método de *bootstrapping* (com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) para testar os níveis de significância dos parâmetros estimados (e.g. Mooney, & Duval, 1993; Yung, & Bentler, 1996).

Foi também examinada a multicolineariedade entre as variáveis (Braun, & Oswald, 2011). Os valores próprios (*eigenvalues*), os *condition index* e também os *variance inflation factors* (VIF), indicaram a ausência de multicolinearidade.

Capítulo 6. Resultados

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que no momento um, 2.2% (5/225) dos sujeitos apresentou um resultado acima do ponto de corte 41 no QIS e 3.7% (8/218) no momento dois. O resultado total médio obtido no momento um foi de 7.84 ($DP = 16.77$) e no momento dois foi de 7.32 ($DP = 15.40$). Os resultados não diferem significativamente ($t = .627$, ns).

Calcularam-se as correlações entre a ideação suicida no momento um e no momento dois e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Verificou-se que as variáveis sociodemográficas e clínicas não se correlacionaram com a ideação suicida.

Verificou-se que a dor psicológica se correlaciona de forma significativa com a ideação suicida avaliada no momento um ($r = .41$, $p < 0.01$). As correlações foram também significativas entre a ideação suicida avaliada no momento um e o Total de Sintomas Positivos (TSP) ($r = .28$, $p < 0.01$) e entre a ideação suicida avaliada no momento um e o Índice Geral de Sintomas Positivos (ISP) ($r = .47$, $p < 0.01$).

As correlações foram também significativas entre a ideação avaliada no momento dois e a dor psicológica ($r = .47$, $p < 0.01$), entre a ideação avaliada no momento dois e o Total de Sintomas Positivos (TSP) ($r = .33$, $p < 0.01$) e entre a ideação avaliada no momento dois e o Índice Geral de Sintomas Positivos (ISP) ($r = .48$, $p < 0.01$). A correlação entre a ideação no momento um e no momento dois é também significativa ($r = .71$; $p < 0.01$).

As correlações entre as variáveis testadas encontram-se resumidas na tabela 2.

Tabela 2 - Correlações bi-variadas entre as variáveis em estudo

Variáveis Predictoras	1.TSP	2.ISP	3.PSY	4.IS (m1)	5.IS (m2)	M	DP
1. Distress Geral (TSP) (frequência sintomas)	___					21.96	14.28
2. Distress Geral (ISP) (intensidade sintomas)	.561**	___				1.34	0.425
3. Dor Psicológica - PSY	.594**	.532**	___			19.73	8.159
4. Ideação Suicida (IS.m1)	.280**	.470**	.409**	___		7.84	16.77
5. Ideação Suicida (IS.m2)	.329**	.482**	.466**	.706**	___	7.32	15.40

Nota: ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Análise das Regressões múltiplas hierárquicas

Os resultados da primeira análise de regressão linear múltipla hierárquica, em que o *distress* foi avaliado através da frequência de sintomas, encontram-se resumidos na tabela 3.

No passo 1, verificou-se que a variável ideação no momento um previu a ideação no momento dois ($B = .65$ CI [0.42 – 0.90] $p < .001$).

No passo 2, a variável adicionada, frequência de sintomas relacionou-se com a ideação suicida de forma tendencialmente significativa ($B = .15$ CI [0.02 – 0.26] $p < .10$), considerando o valor de significância para o teste *t* por *bootstrapping* e de forma significativa, considerando os intervalos de confiança de B. O incremento na variância foi significativo (3%).

No passo 3, a variável dor psicológica previu de forma significativa a ideação suicida ($B = .35$ CI [0.03 – 0.62] $p < .05$). O incremento na variância foi significativo (1%).

No passo 4, o termo de interação *distress* X dor psicológica não foi significativo. O incremento na variância neste passo foi nulo.

Globalmente o modelo explica 54% da variância da ideação avaliada no momento dois.

Tabela 3 – 1ª Regressão linear múltipla hierárquica da ideação suicida

Variáveis Preditoras	R^2	ΔR^2	B	SE B	p	95% IC de B		F	df
						LL	UL		
Passo 1	.50							215.22 ***	1.216
Ideação (momento 1)	-		.65	.13	***	.42	.90		
Passo 2	.53	+3%						8.33 **	1.215
TSP (frequência de sintomas)			.15	.07	+	.02	.26		
Passo 3	.54	+1%						9.32 **	1.214
Dor psicológica			.35	.17	*	.03	.62		
Passo 4	.54	0 %						1.71	1.213
Distress X dor psicológica			.01	.01		-.01	.02		

Nota: N = + $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Os resultados da segunda análise de regressão linear múltipla hierárquica, em que o *distress* foi avaliado através da intensidade de sintomas, encontram-se resumidos na Tabela 4.

No passo 1, verificou-se que a variável ideação no momento um previu a ideação no momento dois ($B = .65$ CI [0.41 – 1.08] $p < .001$).

No passo 2, a variável adicionada, Intensidade de Sintomas Positivos (ISP) relacionou-se com a ideação suicida de forma significativa ($B = 6.99$ CI [2.28 – 11.88] $p < .05$). O incremento na variância foi significativo (2%).

No passo 3, a variável dor psicológica previu de forma tendencialmente significativa a ideação suicida ($B = 0.31$ CI [-0.10 – 0.56] $p < .10$). O incremento na variância foi significativo (2%).

No passo 4, o termo de interação *distress* X dor psicológica não foi significativo. O incremento na variância foi de 1%

Globalmente o modelo explica 55% da variância da ideação, avaliada no momento dois.

Tabela 4 – 2ª Regressão linear múltipla hierárquica da ideação suicida

Variáveis	R^2	ΔR^2	B	SE B	p	95% IC de B		F	df
Preditores						LL	UL		
Passo 1	.50							215.22 ***	1.216
Ideação momento 1	-		.65	.14	***	.41	1.08		
Passo 2	.52	+2%						13.22 ***	1.215
ISP (intensidade sintomas)			6.99	2.91	*	2.28	11.88		
Passo 3	.54	+2%						8.49 **	1.214
Dor psicológica			.31	.17	+	-.01	.56		
Passo 4	.55	1%						3.24 +	1.213
Distress X Dor psicológica			.35	.44		-.46	.86		

Nota: N = + $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Capítulo 7. Discussão

O presente estudo, enquadrado numa perspetiva psicológica de compreensão do risco suicidário, tinha como objetivo geral estudar o impacto da dor psicológica no risco suicidário em indivíduos adultos da comunidade, avaliando o seu impacto na ideação suicida, amplamente reconhecida na literatura como um importantíssimo elemento sinalizador do risco suicidário.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que a dor psicológica se correlaciona de forma significativa com a ideação suicida e explica também uma parte da variação na ideação medida num intervalo de três meses em indivíduos adultos da comunidade, mesmo quando se controlam ambas as dimensões do *distress* avaliadas, frequência e intensidade.

Os resultados indicam que a dor psicológica é uma variável independente na previsão da ideação suicida. Embora o *distress* psicológico, tomado como variável preditora da ideação apresente um peso não desprezível nesta, não retira valor à influência exercida individualmente pela dor psicológica.

Estes resultados são consonantes com os resultados de estudos anteriores que associam a dor psicológica ao risco de suicídio e a consideram como uma variável importante na predição do risco (e.g. Campos, & Holden, 2014, 2015b; Troister, & Holden, 2010, 2012; Pompili et al, 2008; Xie et al., 2014), mesmo quando se controlam outras variáveis relevantes para o risco, em populações clínicas e não clínicas, nomeadamente a depressão e a desesperança (e.g. DeLisle, & Holden, 2004, 2009; Soumani et al., 2011; Pereira et al., 2010).

Para que fosse possível avaliar a contribuição individual da variável dor psicológica na ideação suicida e dada a relevância do *distress* psicológico e ainda de algumas variáveis sociodemográficas, como potenciais fatores de risco suicidário amplamente identificadas na literatura (e.g. Rihmer, 2007; Lester, 2000; Thomson, 2012; Nock et al., 2008), nesta investigação controlou-se estatisticamente o *distress* e ainda algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, nomeadamente a idade, o género, o estado civil, o estar desempregado, e a presença de doença psiquiátrica.

Na verdade, tal como a psicopatologia em grupos clínicos, também o *distress* acarreta vulnerabilidade psicológica e risco acrescido para a ideação suicida quando na presença de outras variáveis, pessoais ou contextuais. De facto, a literatura tem considerado o *distress* como uma variável determinante para a ideação suicida, relacionando-se positivamente com a frequência e intensidade desta, aumentando

consequentemente a vulnerabilidade individual para comportamentos suicidários (e.g. Li et. al., 2014; Olié et al., 2010).

Nesta investigação, dirigida à população geral e não a qualquer grupo clínico em particular, avaliou-se o *distress* enquanto marcador do sofrimento psicológico, em duas dimensões, frequência e intensidade.

Os resultados mostraram que a dor psicológica contribui para prever a ideação suicida para além do *distress* e ainda que o poder explicativo da dor psicológica na ideação suicida é maior quando se considera o modelo de regressão em que se avalia a frequência dos sintomas do *distress*, relativamente àquele em se avalia a sua intensidade.

Relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas avaliadas, na análise inicial dos resultados não se verificou uma correlação entre estas e a ideação suicida. A ausência de correlação entre estas variáveis e a ideação suicida, contrariamente aos resultados encontrados noutros estudos (e.g., Ansell, Wrigh, Markowitz, Beautrais et al., 1988; Koskinen et al., 2002; Mergl et al., 2015; Nock et al., 2008; Sanislow, Hopwood, Zanarini et al., 2015), pode ser em parte explicada pelos baixos valores encontrados nesta amostra quanto à presença de ideação suicida e ainda pela baixa variância registada na ideação nos dois momentos da recolha dos dados. Estas variáveis não foram por essa razão consideradas nos modelos de regressão múltipla hierárquica utilizados para estudar o efeito da dor psicológica na ideação suicida.

À data, a investigação tem também demonstrado que existe uma significativa relação entre a dor psicológica e a ideação suicida (e.g. Berlim et al, 2003, DeLisle, & Holden, 2009; Holden et al., 2001; Mills et al., 2005; Soumani et al, 2011; Troister, & Holden, 2013). Assim, dada a importância quer da ideação, quer da dor psicológica no risco suicidário, é também importante estabelecer a forma como estas variáveis se relacionam.

Neste estudo os resultados mostram que na previsão da ideação suicida, o termo de interação entre a dor psicológica e a frequência de sintomas e entre a dor psicológica e a intensidade dos sintomas não foram significativos. Estes resultados não permitem por isso confirmar o que noutros estudos tem sido verificado quando se avalia a interação da dor psicológica com outras variáveis, nomeadamente a dor física e a depressão *major* na previsão da ideação suicida (Li et al., 2014; Olié et al., 2010) e que indicaram que a interação entre a dor psicológica e a intensidade dos sintomas potenciam a ideação suicida.

Uma razão provável para estes resultados poderá ser explicada pelas características da amostra e pelos valores relativamente baixos de dor psicológica registados.

Pela relevância que tem sido verificada na predisposição ao risco de suicídio relativamente às variáveis psicológicas, mais especificamente a dor psicológica, tem havido um interesse crescente entre os investigadores no seu estudo. Na verdade, se bem que o *distress* e as perturbações psiquiátricas possam intensificar a ideação suicida em indivíduos com elevados níveis de dor psicológica (Overholser et al., 2012; Lund et al., 2015), também a dor psicológica pode intensificar a depressão e outros problemas de saúde mental, sendo frequentemente sentida e expressa durante um episódio depressivo, especialmente entre indivíduos mais propensos a sentir dor psicológica - aqueles que são menos tolerantes a essa dor (Olié et al., 2010). Todavia, apesar da importância e das evidências de que o *distress* psicológico pode contribuir para o risco em alguns indivíduos, é contudo insuficiente para explicar o fenómeno suicidário, o que torna importante a consideração de outras variáveis que expliquem a relação entre *distress* e suicidalidade (Campos et al., 2016). Como refere Pompili et al. (2008), embora o suicídio seja muito frequente em populações que sofrem de perturbações psicopatológicas como depressão, perturbações de ansiedade, ou outras patologias específicas como esquizofrenia ou personalidade borderline, a maioria não comete suicídio. Também Lund, Nadorff, Winer, e Seader (2016), consideram que a psicopatologia geral ou *distress* embora contribua para o risco, não explica a razão porque alguns indivíduos, embora apresentando perturbação mental, não se suicidam. Jacobs et al., 2010, consideram mesmo que a psicopatologia e o *distress* podem ser importantes apenas quando em associação com outras variáveis de risco.

Os resultados obtidos neste estudo com uma população da comunidade e à semelhança de outros obtidos anteriormente com populações clínicas, (Holden et al., 1998) e com populações não clínicas (Campos, & Holden, 2015b), sugerem também que outros fatores para além da depressão e do *distress* têm que ser tidos em consideração quando se avalia o risco de suicídio.

Nesta investigação longitudinal e dada a associação da dor psicológica à ideação suicida, (Flamenbaum, & Holden, 2007; Holden et al., 2001; Troister, & Holden, 2012), era esperado que a dor psicológica pudesse prever variações nos níveis da ideação suicida no período de três meses considerado no estudo, e ainda que esta relação se manteria mesmo depois de controlados estatisticamente os níveis do *distress*. Era assim

esperável que os resultados viessem a confirmar a dor psicológica como um preditor do suicídio, medido pela presença de ideação suicida e para lá da consideração do *distress*.

Os resultados, confirmam o contributo da dor psicológica no risco, confirmando-a como uma variável independente na predição do risco suicidário.

A dor psicológica pode assim representar o elemento chave para desencadear as tentativas, ou suicídios consumados e pode explicar a razão porque é que em populações de alto risco os comportamentos suicidas são escassos. Na verdade, a presença de patologia só por si não conduz ao suicídio e poderá ser importante apenas quando em associação com outras variáveis, nomeadamente a dor psicológica, considerada como um importante fator de risco, quer pela influência direta na ideação suicida (Flamenbaum, & Holden, 2007; Holden et al., 2001), quer enquanto variável mediadora entre outros fatores psicológicos e o suicídio (Li et al., 2014; Olié et al., 2010; Flamenbaum, & Holden, 2007).

De acordo com Shneidman (1993a, 1996, 1999a), cujo modelo serviu de referência a este estudo, não há suicídio sem presença de dor psicológica. A dor psicológica, despoletada por acontecimentos de vida negativos, é na perspetiva do modelo a causa e condição necessária para o suicídio, de tal forma que todos os outros estados afetivos, só serão relevantes se esta dor psicológica intensa estiver presente e o indivíduo não perspetiva qualquer solução para terminar com essa dor para além do suicídio. A morte por suicídio não é nesta perspetiva vista como o produto de uma perturbação psiquiátrica, mas antes como o resultado de uma dor psicológica sentida como intolerável, associada com a frustração de necessidades básicas. Para Shneidman (1993a) é através da dor psicológica que todas as outras variáveis predictoras do risco se relacionam com a suicidalidade.

Os resultados obtidos neste estudo, vão de encontro às ideias defendidas por Shneidman (1993a, 1996), 199a e posteriormente confirmadas por outros autores em muitos estudos empíricos (e.g. Orbach et al., 2003a, 2003b; Troister et al., 2013) que apontam a dor psicológica como uma variável relevante para o risco suicidário e para a ideação suicida (e.g. Berlim et al., 2003; Flamenbaum, & Holden, 2007; Holden et al., 2001; Mee et al., 2011; Patterson, & Holden, 2012;), confirmando a sua relevância na predição do risco (e.g. Levi-Belz et al., 2014; Pompili et al., 2008; Troister, & Holden, 2010, 2012; Xi et al., 2014).

O suporte dos resultados à teoria de Shneidman é parcial, dado que o contributo da dor psicológica no incremento da variância na ideação suicida, relativamente aquele que é dado pelo *distress*, é pequeno. Contudo, embora o *distress*, especialmente a

intensidade do *distress*, apresente um peso apreciável na ideação, mantendo-se como uma variável importante no risco, a dor psicológica dá um pequeno contributo adicional, apoiando a ideia de que o risco de suicídio não é um fenómeno exclusivamente associado à perturbação e ao *distress*. O *distress* por si só não é suficiente para explicar o suicídio e a dor psicológica, se bem que relacionada com este, pode ajudar a explicar o que leva algumas pessoas ao suicídio.

Os resultados desta investigação apontam assim para a importância da dor psicológica na previsão da ideação suicida mesmo num curto período de tempo e numa população de baixo risco. Confirmam também a relação entre a dor psicológica e a ideação suicida. Contudo um intervalo de tempo muito reduzido e a consequente correlação elevada entre a ideação suicida avaliada nos dois momentos retirou valor preditivo à variável dor psicológica e os resultados não foram por isso tão expressivos.

Os resultados ajudam ainda a explicar porque indivíduos com elevado *distress*, embora possam não apresentar uma perturbação psicopatológica específica e mais facilmente associada como risco de suicídio, poderão estar ainda assim em risco de experienciar ideação suicida, apresentando maior vulnerabilidade a comportamentos suicidas.

As implicações destes resultados reforçam a necessidade de considerar e avaliar a dor psicológica, mesmo em populações consideradas de baixo risco dada a sua importância na ideação suicida. Os profissionais de saúde devem por isso estar conscientes do risco de suicídio em indivíduos que apresentem dor psicológica (Verrocchio et al., 2016).

Limitações e direções futuras

A presente investigação apresenta algumas limitações. Vários fatores podem ter estado relacionados com um nível relativamente baixo de ideação suicida registado na amostra, como o constrangimento que o tema “suicídio” pode suscitar nos potenciais participantes. Razões de ordem moral ou religiosa podem levar os sujeitos a negar eventual ideação suicida, mesmo quando ela esteja presente, contribuindo assim para algum enviesamento dos resultados obtidos. Embora tenham sido respeitados os critérios de confidencialidade, detalhados no consentimento informado e previamente explicados a cada participante, estes podem ainda assim, ter sentido alguma desconfiança e consequentemente manifestado *under-reporting* quanto à ideação suicida.

Outra das limitações deste estudo é que os dados foram recolhidos exclusivamente com medidas de auto resposta, que embora tenham sido validadas para a população portuguesa, apresentem boas características psicométricas e sejam fáceis de responder pelos sujeitos, poderão ser insuficientes para avaliar construtos psicológicos, dado o viés nas respostas a que são suscetíveis. Em futuros estudos, será importante utilizar outras metodologias de recolha de dados, nomeadamente a entrevista e ainda outras escalas de avaliação que possam contribuir para medir com maior eficácia a dor psicológica.

Refira-se também como limitação o tamanho da amostra, que apesar de aceitável poderá não permitir a generalização dos dados para a população em geral. Este estudo poderá por isso ser replicado com amostras de maior dimensão.

Se bem que tenha sido possível verificar a relação da dor psicológica com a ideação suicida, os resultados não foram tão expressivos como se esperava. Esta situação pode ser em parte explicada pelo curto intervalo de tempo que decorreu entre os dois momentos de recolha de dados e pelo peso significativo que a ideação suicida no momento um teve na ideação medida no momento dois. Será importante considerar em estudos futuros um período mais alongado entre os dois momentos da recolha de dados, dado que três meses é um período curto para que seja possível verificar variância significativa na ideação suicida.

Importa a este propósito referir que a definição do período temporal entre as duas aplicações, foi condicionada pelas limitações de tempo subjacentes a este projeto de investigação.

Finalmente, de destacar que o estudo foi conduzido com uma amostra de baixo risco, sendo importante tentar replicar os resultados com amostras clínicas e de elevado risco suicidário.

Apesar das limitações, o estudo vai ao encontro de evidências anteriores sobre a necessidade de considerar a dor psicológica na avaliação do risco, para além da consideração do *distress*, confirmando-a como uma variável importante no risco.

CONCLUSÃO

Embora o distress e diversas variáveis sociodemográficas se relacionem com a ideação e os comportamentos suicidários, de acordo com os resultados deste estudo, e à semelhança de outros já realizados, a dor psicológica relaciona-se significativamente com a ideação suicida, mesmo quando se controla estatisticamente o *distress*.

Estes resultados veem reforçar a necessidade de considerar e avaliar a dor psicológica, mesmo em populações consideradas de baixo risco, dada a sua importância para a ideação suicida e conseqüentemente para o risco suicidário. A sua presença pode significar elevado risco de suicídio, mesmo quando não se identifica nos pacientes qualquer condição psicopatológica evidente, ou estes não integrem os grupos tradicionalmente identificados como de elevado risco de suicídio.

Na prática clínica e tal como Shneidman defendia, a avaliação da dor psicológica deve constituir-se como uma tarefa de rotina no sentido de detetar e intervir atempadamente sobre esta e assim diminuir o risco. Avaliar a presença de dor psicológica pode ser determinante para diminuir a vulnerabilidade ao suicídio.

É por isso fundamental sensibilizar e formar os profissionais de saúde para a importância da variável *dor psicológica* no risco de suicídio, realçando a importância de incluir nas suas intervenções protocolos de atuação capazes de identificar a presença de dor psicológica e nela intervir quando necessário. Assim, a sensibilização dos profissionais de saúde e a consideração desta variável na avaliação dos seus pacientes deve ser assumida como um objetivo terapêutico por si só, dada a importância que a deteção e controlo da dor psicológica pode representar na prevenção do suicídio. Para cumprir este objetivo será necessário disponibilizar instrumentos de medida de fácil utilização, para que o rastreio possa atingir o maior número de pessoas possível.

A dor psicológica, é sem dúvida um dos principais fatores para os quais importa estar atento, dado que elevados níveis de dor, mesmo quando outros fatores de risco não estejam presentes, traduz-se num risco acrescido para o suicídio. Por esta razão, quer ao nível dos cuidados primários, quer quando se concebem planos de prevenção do suicídio, a dor psicológica deve ser tomada em consideração.

Com este estudo espera-se ter dado um pequeno contributo para a importância da variável *dor psicológica* na ideação suicida e conseqüentemente no risco suicidário.

REFERÊNCIAS

- Aiken, S., & West, G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Alexander, J., Haugland G., Ashenden P., Knight, E., & Brown, E. (2009). Coping with thoughts of suicide: techniques used by consumers of mental health services. *Psychiatric Services, 60*, 1214–1221.
- American Psychiatric Association (APA) (2012). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ansell, E., Wright, A., Markowitz, J., Sanislow, C., Hopwood, C., Zangbar, M., ..., Grilo, C. (2015). Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 6*, 161-167.
- Anupama, M., & Babool, R. (2014). Factors influencing suicide: Life Events, Personality and Coping. A Case Control Study. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare, 1*, 29-36.
- Bair, M., Robinson, R., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. American Medical Association. *Archives of Internal Medicine, 163*, 2433–2445.
- Bakan, D. (1968). *Disease, Pain, and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering*. Chicago: Beacon Press.
- Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychology Review, 97*, 90 - 113.
- Beautrais, L., Collings, D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Beautrais, A., Joyce, P., & Mulder, R., (1998). Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine, 28*, 09–218.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. (1996). The Past and the future of Cognitive Therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 6*, 276–284.
- Beck, A., Brown, G., Steer, R. (1997). Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 1039–1046. doi 10.1016/S0005-7967(97)00073-9.
- Berlim M., Mattevi, B., Pavanello P., Caldieraro. A., Fleck A., Wingate, R., & Joiner, E. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life Threatening Behavior, 33*, 242–248.

- Bertolote, J. & Fleishman, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology; World Psychiatry, 1*, 181–185.
- Braun, M. & Oswald, F. (2011). Exploratory regression analysis: a tool for selecting models and determining predictor importance. *Behavior Research Methods, 43*, 331–339.
- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Hébert, M., & Turecki, G. (2007). Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study. *Psychological Medicine, 37*, 1551-1562.
- Blatt, J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bolger, A. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research, 9*, 342–362.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M., Ruscio, A. & Kessler, R. (2006). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of Affective Disorders, 10*, 25-33.
- Brown, G., Beck, A., Steer, R., & Grisham, J. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 371–377.
- Campos, R., Besser, A., & Blatt, S. (2012). Distress Mediates the Association Between Personality Predispositions and Suicidality: A Preliminary Study in a Portuguese Community Sample. *Archives of Suicide Research, 16*, 44-58.
- Campos, R., Besser A., Abreu H., Parreira T., & Blatt S. (2014). Personality vulnerabilities in adolescent suicidality: The mediating role of psychological distress. *Bulletin of the Menninger Clinic, 78*, 115-139.
- Campos, R., & Holden, R. (2014). Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *European Journal of Psychiatry, 28*, 230-241.
- Campos, R., & Holden, R., (2015a). Testing Models Relating Rejection, Depression, Interpersonal Needs, and Psychache to Suicide Risk in Nonclinical Individuals. *Journal of Clinical Psychology*. doi: 10.1002/jclp.22196.
- Campos, R., & Holden, R., (2015b). Testing a theory based model of suicidality in a community sample. *Omega: Journal of Death and Dying*. doi: 10.1177/0030222815598428.

- Campos, R., Holden, R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A., Costa, F., Abreu M., & Fresca, N. (2016). Self-Report Depressive Symptoms Do Not Directly Predict Suicidality in Nonclinical Individuals: Contributions toward a More Psychosocial Approach to Suicide Risk. *Death Studies*, 40, 335-349. doi: 10.1080/07481187.2016.1150920
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M.R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & Almeida, L. (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carli, V., Hoven, C., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., ... Wasserman, D. (2014). A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13, 78-86.
- Cavanagh, J., Owens, D., & Johnstone, E. (1999). Life events and suicide and undetermined death in southeast Scotland: A case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 34, 645-650. doi:10.1007/s001270050187.
- Chavez-Hernandez, A., Leenaars, A., Chavez-de Sanchez, M., & Leenaars, L. (2009). Suicide notes from Mexico and the United States: A thematic analysis. *Salud Publica de Mexico*, 51, 314-320.
- Conner, K., Duberstein, P., Conwell, Y., Seidnitz, L., & Caine, E. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 367-385.
- Conwell, Y., Henderson, R., & Caine, E. (1995). Suicide and neurological illness. *Neurology*, 1, 284-294.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 6, 297- 332.
- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLOS One*, 10. doi. 10.1371/journal.pone.0126870.
- DeLeo, D, Bertolote, J., & Lester, D. (2002). Self-directed violence. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. Zwi, & R. Lozano (Eds), *World report on violence and health* (183-212). Geneva: WHO.

- DeLisle, M., & Holden, R. (2004). Depression, hopelessness, and psychache as increasingly specific predictors of suicidal manifestations. *Canadian Clinical Psychologist, 15*, 7–10.
- DeLisle, M., & Holden, R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 42*, 46–63.
- Derogatis, L. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: Natural Computers System.
- Direção Geral de Saúde (2016). *PORTUGAL Saúde Mental em Números – 2015: Programa Nacional para a saúde mental*.
- Dwivedi, Y., & Pandey, N. (2011). Elucidating biological risk factors in suicide: role of protein kinase A. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry, 35*, 831–841.
- Ernst, C., Mechawar, N., & Turecki, G. (2009). Suicide neurobiology. *Progress in Neurobiology, 89*, 315-333.
- EUROSTAT (2016). Suicide death rate, by age group. Disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00122&plugin=1>, acessado em 30 Agosto, 2016.
- Farberow, N., (1997). The psychology of suicide: Past and Present. In A.J. Botsis, C.R. Soldates, and C.N. Stefanis (Eds), *Suicide bio-psychosocial approaches* (pp. 147-163). Amsterdam: Elsevier.
- Fawcett, J. (2012). Suicide and life stress: past and present. *Psychiatric Annals, 42*, 82.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda. [Suicide Ideation Questionnaire (SIQ)]
- Fisher, B., Haythornthwaite, J., Heinberg, L., Clark, M., & Reed, J. (2001). Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain, 89*, 199–206.
- Flamenbaum, R., & Holden, R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 51–61.

- Food and Drug Administration (FDA) (2012). *Guidance for Industry: Suicidal Ideation and Behavior: Prospective Assessment of Occurrence in Clinical Trials*. U.S.: Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (CDER). <http://www.fda.gov/drugs/guidancecomplianceregulatoryinformation/guidances/ucm315156.htm>, acessado em 12, Janeiro, 2016.
- Frisch, B. (1998). Quality of life therapy and assesement in health care. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5, 19-40.
- Garber, J., Little, S., Lilsman, R., & Weaver, K. (1998). Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *Journal of Adolescent*, 21, 445-57.
- Garlow, S., Rosenberg, J. Moore, J., Haas, A., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depress Anxiety*, 25, 482-8.
- Giannini, M. J., Bergmark, B., Kreshover, S., Elias, E., Plummer, C., & O'Keefe, E. (2010). Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: Intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. *Disability and Health Journal*, 3, 74–78.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health Reviews*, 34, 1-20.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, 1372–1381.
- Henriksson, M., Aro, H., Marttunen, M., Heikkinen, M., Isometsa, E., Kuoppasalmi, K., & Lonnqvist, J. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150, 935-940.
- Holden, R., Mehta, K., Cunningham, E., & McLeod, L. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, 224–232.
- Holden, R., Kerr, P., Mendonça, J., & Velamoor, V. (1998). Are some motives more linked to suicide proneness than others? *Journal of Clinical Psychology*, 54, 569-576.
- Holden, R., & Kroner, D. (2003). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a forensic sample. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35, 35-44.
- Instituto Nacional de Estatística INE (2016). Aumento dos suicídios em 2014. *Destaque. Informação à comunicação social*.
- Jacobs, D., Baldessarini, R., Conwell, Y., Fawcett, J., Horton, L., Meltzer, H., ... Simon, R. I. (2010). Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. U.S.A: *American Psychiatric Association*.

- Jobes, D., & Nelson, K. (2006). Shneidman's contributions to the understanding of suicidal thinking. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 29-49). Washington, DC: American Psychological Association.
- Johns, D., & Holden, R. (1997). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population. *Canadian Journal of Behavioural Science, 29*, 266–274.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Joiner, T., Conwell, Y., Fitzpatrick, K., Witte, T., Schmidt, N., Berlim, M., ... Rudd, M. D. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when "everything but the kitchen sink" is covaried. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 291-303.
- Jollant, F., Lawrence, N., Giampetro, V., Brammer, M., Fullana, M., Drapier, D., ... Phillips, M. (2008). Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *American Journal of Psychiatry, 165*, 740–748.
- Keefer, K., Holden, R., & Gillis, K. (2009). *The mediational role of psychache in the relationship between alexithymia and suicidal ideation*. Apresentado na Canadian Psychological Association Annual Convention, Montreal, Canada.
- Klonsky, E., & May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "Ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*, 114–129.
- Koskinen, O., Pukkila, K., Hakko, H., Tjihonen, J., Vaisanen, E., Sarkioia, T., & Rasanen, P. (2002). Is occupation relevant in suicide? *Journal of Affective Disorders, 70*, 197-203.
- Kposowa, A. (2002). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology & Community Health, 54*, 254-261.
- Lau, R., Morse, A., & Macfarlane, S. (2010). Psychological factors among elderly women with suicidal intentions or attempts to suicide: a controlled comparison. *Journal of Women & Aging, 22*, 3–14.
- Leenaars, A. (2010). Lives and Deaths: Biographical Notes on Selections from the Works of Edwin S. Shneidman. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*, 476-491.
- Leon, J., Baca-Garcia, E., & Blasco-Fontecilla, H. (2015). From the Serotonin Model of Suicide to a Mental Pain Model of Suicide. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*, 323-329.
- Lester, D. (2000). Psychache, depression, and personality. *Psychological Reports, 87*, 940.

- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., ... Apter, A. (2014). Mental Pain, Communication Difficulties, and Medically Serious Suicide Attempts: A Case-Control Study. *Archives of Suicide Research*, 18, 74-87.
- Levi, Y., Horesh, N., Fischel T., Treves I., Or E., & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An "impossible situation". *Journal of Affective Disorders*, 111, 244–250.
- Li, H., Xie, W., Luo, X., Eu, R., Shi, C., Ying, X., ... Wang, X. (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide Life Threatment Behavior*, 44, 78-88.
- Loeser, D. (2000). Pain and suffering. *Clinical Journal Pain*, 6, S2–S6.
- Lund, E., Nadorff, M., Winer, S., & Seader, K. (2015). Is suicide an option? The impact of disability on suicide acceptability. *Journal of Affective Disorders*, 189, 25–35.
- Lund, E., Nadorff, M., & Seader, K. (2016). Relationship between suicidality and disability when accounting for depressive symptomology. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 59, 185-188. doi: 10.1177/0034355215586388
- Luoma, J., & Pearson, J. (2002). Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *American Journal of Public Health*, 92, 1518-1522.
- Mann, J. (1998). The neurobiology of suicide. *National Medicine*, 4, 25-30.
- Mann, J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136, 302-11.
- Mann, J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819-828.
- Mann, J., Brent, D., & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24, 467-77.
- Mann, J., Waternanx, C., Haas, G., & Malone, K. (1999). Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- McDaid, D. & A-La, P., (2012). *Estimating the economic costs of suicidal acts: a perspective from OSPI analysis*. Apresentado no Symposium "Suicide prevention and depression care with focus on internet-based interventions targeting depression", University of Leipzig.
- Mee, S., Bunney, B., Bunney, W., Hetrick, W., Potkin, S., & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatry Research*, 45, 1504-1510.

- Mee, S., Bunney, B., Reist, C., Potkin, S., & Bunney, W. (2006). Psychological pain: a review of evidence. *Journal of Psychiatry Research*, *40*, 680-690.
- Meerwijk, E. (2012). We Need to Talk About Psychological Pain. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*, 263–265.
- Meerwijk, E. & Weiss, S. (2011). Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss and Trauma*, *16*, 402-412.
- Meerwijk, E. & Weiss, S. (2014). Toward a unifying definition: response to “the concept of mental pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *8*, 62-63.
- Mergl, R., Koburger, N., Heinrichs, K., Székely, A., Tóth, M. D., Coyne, J., ... Hegerl, U. (2015). What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. *PLOS One*, *10*, e0129062. doi:10.1371/journal.pone.0129062
- Meyer, R. Salzman, C., Youngstrom, E., Clayton, P., Goodwin, F., Mann, J., ... Sheehan, D. V. (2010). Suicidality and Risk of suicide - Definition, Drug Safety Concerns and a necessary target for drug development: A brief report. *Journal of Psychiatry*, *71*, 1040-1046.
- Miller, S., Mahler, C., & Gold, S. (1991). Suicide risk associated with drug and alcohol dependence. *Journal of Addictive Diseases*, *10*, 49-61.
- Mills, J., Green, K., & Reddon, J. (2005). An Evaluation of the Psychache Scale on an Offender Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*, 570-580.
- Mitchell, B., Parker, B., Gladstone, L., Wilhelm, K., & Austin, P. (2003). Severity of stressful life events in first and subsequent episodes of depression: the relevance of depressive subtype. *Journal of Affective Disorders*, *73*, 245–52.
- Mooney, C. & Duvall, R. (1993). *Bootstrapping: A Nonparametric Approach to Statistical Inference*. Newbury Park, CA: Sage.
- Morse, J. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, *24*, 47-59.
- Moscicki, E. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, *20*, 499-517.
- Moscicki, E. (2001). *Risk Factors for Suicide: Summary of a Workshop*. Washington, D.C.: National Academies Press. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223750/>
- Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A. Apter, A., & Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis. *Comprehensive Psychiatry*, *55*, 944-951.

- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., & Williams, D. (2008). Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. *The British Journal of Psychiatry*, *192*, 98–105.
- Nock, M., & O'Connor, R. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, *1*, 73-85.
- OCDE / European Union (2014). Health at a Glance: Europe 2014, *OECD Publishing, Paris*. doi: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en.
- Olié, E., Guillaume, S., Jausset, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders*, *120*, 226-230.
- Orbach, I. (1997). A taxonomy of factors related to suicidal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *4*, 208-224.
- Orbach, I. (2003): Mental pain and suicide. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, *40*, 191—201.
- Orbach, I. (2010). The pain that kills. In M. Pompilli (Ed.), *Suicide in the Words of Suicidologists* (pp. 163-166). NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003a). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life Threatening Behavior*, *33*, 231–241.
- Orbach I., Mikulincer M., Sirota P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003b). Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threatening Behavior*, *33*, 219-230.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, OECD (2016). Suicide rates (indicator). doi: 10.1787/a82f3459-en
- Osmond, H., Mullaly, R., & Bisbee, C. (1984). The pain of depression compared with physical pain. *Practitioner*, *228*, 849–853.
- Overholser, J., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 334-348.
- Pandey, G. (2011). Neurobiology of adult and teenage suicide. *Asian Journal of Psychiatry*, *4*, 2-13.
- Park, Y-M., Lee, B-H., Um, T., & Kim, S. (2014). Serum BDNF Levels in Relation to Illness Severity, Suicide Attempts, and Central Serotonin Activity in Patients with Major Depressive Disorder: A Pilot Study. *PLOS One*, *9*: e91061. doi:10.1371.

- Patterson, A., & Holden, R. (2012). Psychache and Suicide Ideation among Men Who Are Homeless: A Test of Shneidman's Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*, 147-156.
- Pereira, E., Kroner, D., Holden, R., & Flamenbaum, R. (2010). Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates. *Personality and Individual Differences, 49*, 912–917.
- Pitman, A., Osborn D., King M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry, 1*, 86-94.
- Pompili, M., Lester D., Leenaars A., Tatarelli R., & Girardi P. (2008). Psychache and Suicide: A Preliminary Investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*, 116-121.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G., ... Lester, D. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 7*, 1392-1431. doi: 10.3390/ijerph7041392 PMID: 20617037
- Pompili, M., Forte, A., Palermo, M., Stefani, H., Lamis, A., Serafini, G., ... Girardi, P. (2012). Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *Journal of Psychosomatic Research, 73*, 411-417. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.011. Epub 2012 Oct 12.
- Posner, K., Oquendo, A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M., (2007). Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1035-1043.
- Purebl, G., Petrea, I., Shields, L., Tóth, M., Székely, A., Kurimay, Y., ... Abello, K. M. (2015). *Joint Action on Mental Health and Wellbeing: Depression, suicide prevention and e-health: Situation analysis and recommendations for action*. Mental Health and Wellbeing Report.
- Reisch, T., Seifritz, E., Esposito, F., Wiest, R., Valach, L., & Michel, K. (2010). An fMRI study on mental pain and suicidal behavior. *Journal of affective disorders, 126*, 321-325.
- Reynolds, W. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ): Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 20*, 17–22.
- Samaan, Z., Bawor, M., Dennis, B., El-Sheikh, W., De Jesus, J., Rangarajan, S., ... Thabane, L. (2015). Exploring the Determinants of Suicidal Behavior: Conventional and emergent risk (DISCOVER): a feasibility study. doi:10.1186/s40814-015-0012-4

- Saraiva, B. (2011). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, 185-205.
- Sensky, T. (2010). Suffering. *International Journal of Integrated Care*, 10, 66–68.
- Shah, A. (2012). Suicide rates: age-associated trends and their correlates. *Journal of Injury and Violence Research*, 4, 79-86.
- Shneidman, E. (1980). A possible classification of suicidal acts based on Murray's needs system. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10, 175–181.
- Shneidman, E. (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 319-328.
- Shneidman, E. (1985a). Common characteristics of Suicide. In E. Shneidman (Ed.), *Definition of suicide* (pp. 121-143). New York: John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. (1985b). *A formal definition with explications*. In E. Shneidman (Ed.), *Definition of suicide* (pp. 202-213). New York: John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. VandenBos & B. K. Bryants (Ed.), *Cataclysms, Crises, and Catastrophes: Psychology in Action* (pp. 147-83). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shneidman, E. (1998). Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 28, 245–250.
- Shneidman, E. (1991). The commonalities of suicide across the life span. In A. A. Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide* (pp. 39–52). New York: Plenum Press.
- Shneidman, E. (1992). What do suicides have in common? Summary of the psychological approach. In B. Bongar (Ed.), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment* (pp. 3-15). New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. (1993a). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.
- Shneidman, E. (1993b). Some Controversies in Suicidology: Toward a mentalistic discipline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 292–298.
- Shneidman, E. (1994). Clues to suicide, Reconsidered. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 395–397.
- Shneidman E. (1996). *The suicidal mind: Final thoughts and reflections*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Shneidman E. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 245–250.
- Shneidman E. (1999a). The psychological pain assessment scale. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 29, 287–294.

- Shneidman, E. (2001a). *Risk Factors for Suicide. Psychologic factors in suicide: Summary of a Workshop* (pp. 16-17). Washington, D.C: National Academy of Sciences.
- Shneidman, E. (2001b). *Comprehending suicide: Landmarks in 20th century suicidology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shneidman, E. (2004a). *Autopsy of a suicidal mind*. Oxford University Press, New York.
- Shneidman, E. (2004b). Some Thoughts about psychotherapy with suicidal patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 5-6.
- Shneidman, E. (2005a). Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide. *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 7-12.
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll P., & Joiner T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behavior. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 264-277.
- Smith, J., Mercy, J., & Conn, J. (1988). Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 78, 78-80.
- Smith, M., Edwards, R., Richard, R., & Dworkinc, R. (2004). Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk, *Pain*, 111, 201-208.
- Sobrinho, A., & Campos, R. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34, 47-59. <https://dx.doi.org/10.14417/ap.1061>
- Soumani, A., Damigos, D., Oulis, P., Masdrakis, V., Ploumpidis, D., Mavreas, V., & Konstantakopoulos, G. (2011). Mental pain and suicide risk: application of the greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain scale. *Psychiatriki*, 22, 330-340.
- Thomson, W. (2012). Long term follow up of suicide in a clinically depressed community sample. *Journal of Affective Disorders*, 139, 52-55.
- Tossani, E. (2013). The Concept of Mental Pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 67-73.
- Tossani, E. (2014). Definition versus measurement of mental pain: a reply to Meerwijk and Weiss. *Psychother Psychosom*, 83, 64-64.
- Troister, T., & Holden, R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49, 689-693.

- Troister, T., & Holden, R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 1019–1027.
- Troister, T., & Holden, R. (2013). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Measurement and Evaluation in counseling and Development, 46*, 50-63.
- Troister, T., Davis, M., Lowndes, A., & Holden, R. (2013). Five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: replication in general and high-risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*, 611–620.
- Tseng, W. (2006). From peculiar psychiatric disorders through culture-bound syndromes to culture-related specific syndromes. *Transcultural Psychiatry, 43*, 554-576.
- van Heeringen, K. (2012). Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior. In: Dwivedi Y, (Ed.), *The Neurobiological Basis of Suicide* (pp.113-124). Boca Raton, Florida: CRC Press/Taylor & Francis.
- Verrocchio, M., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry, 7*, 108. doi: 10.3389/fpsy.2016.00108.
- Weishaar M. E., & Beck AT. (1992). Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry, 4*, 177-84.
- Wetzel, H., Gehl, C., Dellefave-Castillo, L., Schiffman, J., Shannon, K., & Paulsen, J. (2011). Suicidal ideation in Huntington disease: the role of comorbidity. Huntington Study Group. *Psychiatry Research, 15*, 372-376. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.006
- Williams, J., & Pollock, L. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. In V. Heeringen (Ed.), *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. West Sussex, England: Wiley.
- Woodhead, E., Cronkite, R., Moos, R., & Timko, C. (2014). Coping strategies predictive of adverse outcomes among community adults. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 1183-1195. doi: 10.1002/jclp.21924.
- World Health Organization WHO (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Luxembourg: WHO.
- World Health Organization WHO (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Xie, W., Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., ... Shi, C. (2014). Anhedonia and Pain Avoidance in the Suicidal Mind: Behavioral Evidence for Motivational Manifestations of Suicidal Ideation in Patients With Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. doi: 10.1002/jclp.22055.

- You, Z., Song, J., Wu C. Qin, P., Zhou, Z. (2014). Effects of life satisfaction and psychache or risk for suicidal behavior: a cross-sectional study based on data from Chinese undergraduates. *BMJ Open*, 4.
- Yung, Y. F., & Bentler, P. M. (1996). Bootstrapping techniques in analysis of mean and covariance structures. In G. A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling techniques*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

ANEXOS

Anexo A - Inventário Breve de Sintomas (BSI)

BSI

L.R. Derogatis, 1993;

Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas	Algumas	Muitas	Muitíssimas
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encorticiamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas	Algumas	Muitas	Muitíssimas
47.Sentirse nervoso quando tem que ficar sozinho					
48.Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49.Sentirse tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51.A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53.Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

Anexo B - Questionário de Ideação Suicida (QIS)

QIS

(SIQ; W. M. Reynolds, 1987)

Versão portuguesa de Maria C. Castela e Joaquim A. Ferreira (1999)

Na lista, em baixo, há um certo número de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. **Por favor indique quais destes pensamentos teve no mês passado.** Preencha o círculo que estiver por baixo da resposta que melhor descreve os seus pensamentos. Certifique-se que preenche um círculo para cada frase. Lembre-se que **não há respostas certas ou erradas.**

PENSEI NISTO	Quase todos os dias	Duas vezes por semana	Cerca de uma vez por semana	Duas vezes por mês	Cerca de uma vez por mês	Pensei Nisto mas não no último mês	Nunca tive este pensamento
1. Pensei que seria melhor não estar vivo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pensei suicidar-me.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pensei na maneira como me suicidaria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pensei quando me suicidaria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pensei em pessoas a morrerem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pensei na morte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Pensei em escrever um testamento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Desejei estar morto(a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PENSEI NISTO	Quase todos os dias	Duas vezes por semana	Cerca de uma vez por semana	Duas vezes por mês	Cerca de uma vez por mês	Pensei Nisto mas não no último mês	Nunca tive este pensamento
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Desejei ter coragem para me matar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Desejei nunca ter nascido.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Pensei em matar-me, mas não o faria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Pensei em ter um acidente grave.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Pensei que a vida não valia a pena.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Desejei ter o direito de me matar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo C - Escala de Dor Psicológica (*Psychache Scale*)

Psychache Scale
(Holden e colaboradores, 2000)
versão portuguesa, Campos, 2013

INSTRUÇÕES: As frases seguintes referem-se à sua dor psicológica NÃO à sua dor física. Faça um círculo à volta do número que indica a frequência com que ocorre cada uma das seguintes experiências

1 = nunca; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = muito frequentemente; 5 = sempre

1. Sinto dor psicológica	1	2	3	4	5
2. Parece-me que dói por dentro	1	2	3	4	5
3. A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física	1	2	3	4	5
4. A minha dor faz-me ter vontade de gritar	1	2	3	4	5
5. A minha dor faz a minha vida parecer sombria	1	2	3	4	5
6. Não consigo compreender porque soffro	1	2	3	4	5
7. Psicologicamente, sinto-me terrivelmente mal	1	2	3	4	5
8. Dói-me, porque me sinto vazio	1	2	3	4	5
9. A minha alma dói	1	2	3	4	5

Por favor continue, usando a escala seguinte

1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = Indeciso(a); 4 = concordo; 5 = concordo fortemente

10. Não consigo aguentar mais a minha dor.	1	2	3	4	5
11. Por causa da minha dor, a minha situação é impossível.	1	2	3	4	5
12. A minha dor está a desfazer-me	1	2	3	4	5
13. A minha dor psicológica afecta tudo o que faço	1	2	3	4	5