



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Dor psicológica numa amostra de doentes idosos em recuperação de doença aguda: Correlatos e implicações clínicas

Ana Sofia Dias Pio

Orientação | Prof. Doutor Rui C. Campos

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica

**Dor psicológica numa amostra de doentes idosos em recuperação de
doença aguda: Correlatos e implicações clínicas**

Ana Sofia Dias Pio

Orientador:

Prof. Doutor Rui C. Campos

Évora, 2018

Agradecimentos

Agradeço ao orientador desta dissertação, o Prof. Doutor Rui Campos, pela orientação prestada e conhecimento que enriqueceram este trabalho e todo o meu percurso académico. Agradeço pela disponibilidade, incentivo e apoio que sempre demonstrou ao longo desta caminhada. Sem si a elaboração desta dissertação não seria possível.

Agradeço à minha família, especialmente aos meus pais, pelo apoio incondicional e por nunca terem duvidado de mim, acreditando sempre nas minhas capacidades e que poderia ir mais longe.

Agradeço ao meu namorado, Ricardo, e às minhas amigas, em especial à Inês e à Rita pelo apoio incondicional ao longo da minha vida académica, por acreditarem em mim, por me ajudarem a levantar quando tudo parecia perdido, por me fazerem rir todos os dias e por nunca desistirem de mim. Com vocês só pode correr bem!

Por último, agradeço aos colegas que contribuíram para a recolha dos dados e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização desta dissertação.

Resumo

O objetivo da presente investigação é estudar a relação entre a dor psicológica e um conjunto de variáveis demográficas, clínicas e psicológicas – a solidão emocional percebida e a solidão social percebida – numa amostra de idosos em recuperação de doença aguda. Esta investigação pretende também testar o contributo da variável dor psicológica na previsão da ideação suicida, avaliada um mês depois, enquanto indicadora de risco suicidário. A amostra final é constituída por 80 utentes que foram admitidos na Unidade de Convalescença da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa. De acordo com os resultados de uma análise de regressão múltipla, as tentativas anteriores de suicídio e a solidão emocional percebida explicaram ambas uma percentagem única e significativa da variância da dor psicológica. Verificou-se também que a dor psicológica avaliada no momento da admissão se relacionou com a ideação suicida avaliada um mês depois, controlando a ideação suicida no momento da admissão.

Palavras-chave: Dor Psicológica; Ideação suicida; Idosos; Correlatos clínicos; Doença aguda; Solidão.

Psychache in a sample of older adults recovering from acute conditions: Correlates and clinical implications

Abstract

The aim of the present investigation is to study the relationship of psychological pain with a set of demographic, clinical and psychological variables - perceived emotional loneliness and perceived social loneliness - in a sample of elderly patients recovering from acute medical conditions. This research also intends to test the contribution of the psychological pain variable in the prediction of suicide ideation, evaluated one month later, as an indicator of suicide risk. The final sample includes 80 users who were admitted in the Unidade de Convalescência da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa. According to the results of a multiple regression analysis, the previous suicide attempt and perceived emotional loneliness, both explained a unique and significant percentage of the variance of psychological pain. It was also found that psychological pain and suicide ideation assessed at admission are correlated with suicide ideation assessed one month later, controlling suicidal ideation at the time of admission.

Keywords: Psychache; Suicidal ideation; Older adults; Clinical correlates; Acute disease; Loneliness.

Índice

Introdução e enquadramento teórico.....	1
Variáveis sociodemográficas e clínicas de risco	3
Solidão e dor psicológica.....	4
Dor psicológica e ideação suicida	7
Objetivos do estudo	10
Método	11
Participantes e procedimentos.....	11
Instrumentos de medida	14
Metodologia de análise de dados	17
Resultados	18
Análise preliminar	18
Correlatos da dor psicológica.....	19
Previsão da ideação suicida com base na dor psicológica, controlando o efeitos de variáveis demográficas e clínicas significativas	19
Discussão.....	21
Limitações.....	23
Conclusão e implicações clínicas	24
Referências Bibliográficas.....	26

Contagem de palavras: 11.481

Introdução e enquadramento teórico

A *World Health Organization* (WHO, 2016) considera o suicídio como um importante problema de saúde pública. Todos os anos, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio (WHO, 2016). A taxa de mortalidade por suicídio aumenta consideravelmente a partir dos 65 anos. Pode considerar-se uma proporção de 25 tentativas para 1 suicídio efetivo, quando se consideram todas as idades combinadas, comparativamente a uma proporção de 4 tentativas para 1 suicídio em adultos com mais de 65 anos (Cukrowicz, Jahn, Graham, Poindexter e Williams, 2013; Overholser, Braden, & Dieter, 2012). Note-se ainda que a taxa de suicídio em pessoas com mais de 75 anos é duas ou três vezes maior do que a taxa para indivíduos com menos de 25 anos, na maioria dos países industrializados (Cukrowicz et al., 2013; Overholser et al., 2012).

Em Portugal, no ano 2015, morreram por suicídio 1.132 indivíduos, correspondendo a uma taxa de suicídio de 10.9 por 100.000 habitantes. Para indivíduos com mais de 65 anos, a taxa de suicídio foi de 21.9 por 100.000 habitantes, em comparação com 6.5 para pessoas com menos de 65 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017). Na Europa, tem vindo a verificar-se um aumento crescente da proporção de idosos e, em Portugal, entre 2010 e 2015, houve um aumento desta população de 18.7% para 20.7%. Consequentemente, o índice de envelhecimento passou de 124 para 147 idosos por cada 100 jovens (INE, 2016). Verificou-se, ainda, que o Alentejo é a região mais envelhecida, embora se tenha observado um aumento do número de pessoas idosas em todas as regiões do ano de 2010 para o ano de 2015 (INE, 2016). Estima-se que de 2015 a 2080, o número de idosos em Portugal passará de 2.1 para 2.8 milhões (INE, 2017). À medida que o número de adultos mais velhos aumenta significativamente no nosso país, o suicídio nesta população agrava-se enquanto problema de saúde pública (Drago & Martins, 2012). Note-se que as tentativas de suicídio entre as pessoas idosas tendem a ser mais letais do que nos indivíduos mais novos (Ojagbemi, Oladeji, Abiona, & Gureje, 2013).

De referir também que a presença de uma ou mais condições médicas agudas, nomeadamente, condições neurológicas, como a esclerose múltipla ou os acidentes vasculares cerebrais e, também, as doenças cancerígenas, o enfarte do miocárdio e

doenças físicas agudas, têm sido associadas à ideação suicida, ao desejo de morrer e, ao consequente risco de suicídio (Fiske, O'Riley, & Widoe, 2008; Kim, Bogner, Brown, & Gallo, 2006; Lutz, Morton, Turiano, & Fiskel, 2016; Scott et al., 2010). De realçar que pacientes com três ou mais condições médicas agudas apresentam um risco três vezes superior de suicídio relativamente a indivíduos sem qualquer condição médica e, que, adultos mais velhos com sete ou mais doenças físicas apresentam aproximadamente cerca de nove vezes maior risco de suicídio (Conwell & Thompson 2008; Juurlink, Herrmann, Szalai, Kopp, & Redelmeier, 2004).

Por outro lado, a dor psicológica é considerada em alguns modelos explicativos do suicídio (e.g., Shneidman, 1980, 1993, 1998, 2004) e, de acordo com os resultados de alguns estudos empíricos (Nahaliel et al., 2014; Orbach, Mikulincer, Sirota, & Gilboa-Schechtman, 2003; Troister, Davis, Lowndes, & Holden, 2013), como um dos principais fatores de risco suicidário, nomeadamente pela sua contribuição para a ideação suicida (e.g., Berlim et al., 2003; Mee, Bunney, Reist, Potkin, & Bunney, 2011), que poderá, sem intervenção adequada, contribuir para um suicídio consumado.

Shneidman (1993, 1998, 2004) defende que a dor psicológica (*psychache*) é o fator casual mais importante para o suicídio e que este não ocorre sem que esta variável esteja presente, independentemente da presença de outras variáveis de risco, nomeadamente psicopatológicas. A literatura empírica tem vindo a confirmar a importância da dor psicológica para o risco de suicídio (e.g. DeLisle & Holden, 2009; Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001; Orbach et al., 2003; Patterson & Holden, 2012; Pereira, Kroner, Holden, & Flamenbaum, 2010; Troister & Holden, 2010, 2013).

Dado que a dor psicológica é amplamente reconhecida como uma variável importante na predição do risco (e.g., Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli, & Girardi, 2008; Troister & Holden, 2010) estudar a sua relação com outras variáveis (e.g., sociodemográficas, clínicas e psicológicas), na verdade, compreender os seus correlatos parece ser uma tarefa de investigação relevante. A presente investigação tem precisamente como objetivo estudar correlatos da dor psicológica, *psychache*, de acordo com a perspetiva de Shneidman (e.g., Shneidman, 1993; 1998; 2004), ou seja, estudar a relação da dor psicológica com um conjunto de outras variáveis, especificamente variáveis demográficas, clínicas e psicológicas, numa amostra de idosos em recuperação

de doença aguda. Tem igualmente como objetivo estudar o papel da dor psicológica na previsão da ideia suicida, enquanto indicador de risco suicidário.

Variáveis sociodemográficas e clínicas de risco

Diversos estudos empíricos têm identificado relações significativas entre a psicopatologia/sofrimento psicológico, o risco de suicídio e diversas variáveis demográficas e clínicas (Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Hawton & van Heeringen, 2009; Overholser, Braden, & Dieter, 2012; Rudd et al., 2006). Entre as variáveis sociodemográficas que têm sido associadas ao risco de suicídio, destaca-se o gênero, sendo que os homens tendem a apresentar maior risco de suicídio (Moscicki, 1997; Nock et al., 2008). Embora sejam as mulheres que mais tentam o suicídio (e.g., Campos & Holden, 2014), os homens são mais propensos do que as mulheres a morrer por suicídio (Beautrais, 2001). É também sabido que os indivíduos mais velhos têm maior risco de morrer por suicídio (Borges, Angst, Nock, Ruscio, & Kessler, 2006; Cukrowicz et al., 2013; Lau, Morse, & Macfarlane, 2010; Overholser et al., 2012; Shah, 2012). Os indivíduos que vivem sozinhos (e.g., viúvos) apresentam maior risco (Luoma, Martin, & Pearson, 2002), particularmente os idosos, para os quais a morte de um cônjuge acarreta consequências a nível emocional e económico, isolamento e mudanças nos papéis sociais (Shin, et al., 2013). Também o baixo nível de escolaridade e de religiosidade têm sido consideradas variáveis de risco (Pocinho, 2007; Rasic, Robinson, Bolton, Bienvenu, & Sareen, 2011).

De entre as variáveis clínicas que têm sido associadas ao risco de morte por suicídio, pode destacar-se a presença de perturbação psiquiátrica (Anupama & Babool 2014; Borges et al., 2008; Hawton & van Heeringen, 2009). Alguns estudos demonstraram que entre 70 a 97% dos idosos que morreram por suicídio tinha sido previamente diagnosticada alguma perturbação mental (Beautrais, 2001; Conwell & Thompson, 2008). A presença de tentativas de suicídio anteriores é um importantíssimo fator de risco (Brown et al., 2000; Mills, Green, & Reddon, 2005; Pereira et al., 2010), é estimado que uma pessoa que já tenha tentado o suicídio tenha cerca de três vezes mais probabilidade de tentá-lo novamente (Joiner et al., 2005). A dependência funcional, que se traduz na impossibilidade de adotar comportamentos ou realizar tarefas do dia-a-dia

sem a ajuda de outros (Drago & Martins, 2012) é também uma variável que pode ser considerada um fator de risco, principalmente na população idosa (Park, 2014). A dor física e a doença crónica, particularmente em populações idosas são também consideradas variáveis de risco (Fässberg et al., 2016), dado que doentes com doença crónica parecem ter o dobro de risco de morrer por suicídio, em comparação com a população em geral (Fiske et al., 2008; Kiriakidis, 2015; Tang & Crane, 2006).

Acresce que os idosos viúvos, com menos anos de escolaridade, com uma perceção mais negativa sobre a sua saúde e sobre a sua condição física e, que exibem níveis elevados de dependência funcional, apresentam níveis mais elevados de sofrimento psicológico (Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher, & Stähelin, 2006). O sofrimento psicológico nos idosos pode estar associado ao isolamento, muitas vezes relacionado com perdas de familiares e de amigos, alteração dos papéis sociais, doenças crónicas, solidão e sentimentos de não pertença, o que pode originar uma significativa perda da qualidade de vida (Azeredo & Afonso, 2016; Weiss, 1982).

Solidão e dor psicológica

A solidão, segundo Baumeister e Leary (1995), pode ser descrita como um sentimento desconfortável de alienação, perda, dor e isolamento, sendo a sua experiência universal e inerente à condição humana (Baumeister & Leary, 1995). A solidão integra duas componentes: cognitiva e afetiva (Peplau & Perlman, 1982; Rotenberg, 1994). A componente cognitiva inclui a perceção do próprio como sozinho e isolado, privado do contacto e proximidade com os outros, estando subjacente uma discrepância entre relações sociais que são desejadas pelo sujeito e os seus relacionamentos reais atuais. A componente afetiva inclui experiências emocionais negativas de desorientação, perda e solidão (Peplau & Perlman, 1982; Rotenberg, 1994). Por outro lado, a solidão pode ser definida como uma experiência subjetiva, que não é necessariamente sinónimo de um isolamento social real, ou seja, um indivíduo pode estar socialmente isolado e não se sentir só e, ao contrário, um indivíduo pode estar rodeado de pessoas e sentir-se só (Bekhet, Zauszniewski, & Nakhla, 2008; Perissinotto, Stijacic, & Covinsky, 2012; Peplau & Perlman, 1982). Acresce que a solidão pode ser vista como uma experiência aversiva, que causa sofrimento, que se

relaciona com a dor de estar só e que pode diminuir a motivação do indivíduo, ao gerar uma sensação de paralisia, desesperança e apatia (Fromm-Reichmann, 1959).

A perspetiva teórica sobre a solidão que é privilegiada neste trabalho é a das necessidades sociais ou perspetiva interacional (Weiss, 1973). Weiss (1973) defende que a solidão surge quando as necessidades sociais dos indivíduos não são satisfeitas no seio dos seus relacionamentos, ou seja, quando as relações existentes não são capazes de satisfazer a totalidade das suas necessidades sociais: 1) o vínculo, normalmente a um companheiro; 2) a integração social que é proporcionada pelos amigos; 3) a prestação de cuidados físicos e emocionais; 4) o reconhecimento pessoal; 5) a noção de uma aliança de confiança; e 6) a orientação em situações de stress. Quando estas necessidades não são satisfeitas, o indivíduo irá experienciar sentimentos de solidão (Luanaigh & Lawlor, 2008; Pocinho, 2007; Weiss, 1973).

Weiss (1973) propõe uma distinção entre duas dimensões de solidão – a social e emocional. De acordo com este autor, a solidão social implica a perceção de um défice na rede de relações sociais do indivíduo. Ao contrário, a solidão emocional surge quando o indivíduo percebe a ausência ou perda de uma relação íntima, emocional e de vinculação, onde se possa sentir aceite, seguro e compreendido. As duas dimensões/formas da solidão podem ocorrer de forma simultânea, não sendo possível, no entanto, diminuir os défices percecionados numa forma de solidão, através da satisfação das necessidades do outro tipo de solidão. Por exemplo, o facto de um indivíduo possuir uma rede de apoio social satisfatória, não o impede de sentir solidão emocional, causada pela ausência de uma relação de intimidade. Deste modo, a solidão emocional que é causada pela ausência ou perda de uma figura de vinculação íntima só pode ser atenuada pela criação de um vínculo emocional; o apoio social dos amigos e familiares não consegue equilibrar o défice causado pela falta de uma relação íntima e, o apoio social, será eficaz sobretudo quando a solidão está relacionada com um défice na rede de relações sociais, quando há solidão social (Duarte Silva, Carreira, Ferreira, & Valente, 2008; Weiss, 1973, 1982).

O envelhecimento acarreta perdas e mudanças importantes ao nível da autonomia funcional, défice nos órgãos sensoriais, um aumento do número de doenças crónicas, a morte de pessoas próximas, mudança de residência (muitas vezes para lares)

e a reforma e, todos estes fatores, dificultam o contacto do indivíduo com o mundo exterior e, conduzem naturalmente a um maior isolamento social e a um aumento dos sentimentos de solidão na velhice (Adams, Sanders, & Auth, 2004; Bekhet et al., 2008). A par disto, também, há um grande número de idosos que vivem sozinhos, que perderam o cônjuge ou companheiro de toda uma vida (solidão emocional), ou perderam os amigos próximos ou familiares, criando também um défice na sua rede de relações sociais (solidão social) (Weiss, 1982). A morte do cônjuge pode mesmo representar um dos momentos mais trágicos da vida, constituindo-se como um fator desencadeador de sentimentos de solidão; existe mesmo uma forte relação entre a viuvez e os sentimentos de solidão em pessoas idosas (Weiss, 1982). Por outro lado, também a reforma pode conduzir a sentimentos de solidão, porque há uma alteração nos hábitos de vida do idoso e um afastamento de amigos e colegas. A solidão é, aliás, uma das queixas mais frequentes entre a população idosa (Azeredo & Afonso, 2016; Rossell, Herrera, & Rico, 2004).

A literatura tem demonstrado uma forte ligação entre solidão e sofrimento psicológico (Paul, Ayis, & Ebrahim, 2006), mais especificamente entre solidão e depressão (e.g., Adams et al., 2004; Barg et al., 2006; Gvion, Horesh, Levi-Belz, & Apter, 2015). A solidão tem sido genericamente associada a uma variedade de dificuldades físicas e psicológicas (e.g., depressão, ansiedade, stress) e a um maior risco de morte por suicídio (Chang et al., 2010). Por exemplo, Barg et al. (2006) num estudo com 102 participantes com 65 anos ou mais, com e sem sintomas depressivos, demonstraram que a solidão era um precursor da depressão em adultos mais velhos. A solidão também se associou significativamente com a ansiedade e a desesperança. Tem-se verificado uma forte relação entre solidão e desesperança e, entre solidão e ideação suicida (e.g., Chang, Sanna, Hirsch, & Jeglic, 2010; Campos, Santos, Piteira, Abreu, & Tavares, 2017b), não só em idosos, mas também em indivíduos mais novos. No estudo realizado por Chang et al. (2010) com uma amostra de 160 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 46 anos, verificou-se uma associação positiva entre solidão e desesperança. Dada a forte ligação empírica entre solidão e sofrimento psicológico, faz sentido esperar que a solidão se possa relacionar com a dor psicológica (*psychache*), embora esta relação ainda não tenha sido estudada empiricamente.

Dor psicológica e ideação suicida

Shneidman (1993, 1998, 1999) definiu a dor psicológica, a qual designou por *Psychache*, como um estado agudo de dor interna intolerável associada a uma experiência introspectiva ligada a emoções negativas, caracterizadas por tristeza, angústia, culpa, vergonha, medo, raiva, desespero, solidão e perda. Este autor atribui a causa da dor psicológica à frustração de necessidades psicológicas básicas, como as necessidades de conforto, segurança, autonomia, afiliação, a impossibilidade de evitar a vergonha, a rutura de relações interpessoais importantes e ainda a dificuldades em lidar com o sofrimento. A dor psicológica traduz-se por um sentimento insuportável e desagradável, que resulta de uma avaliação negativa sobre as capacidades pessoais frente a uma perda ou frente ao fracasso em alcançar objetivos relacionados com necessidades psicológicas básicas (Meerwijk, 2012; Meerwijk & Weiss, 2011; Orbach et al., 2003).

De acordo com modelo da dor psicológica de Shneidman (1993, 1998, 2004), a dor psicológica é o fator que causa o suicídio, sendo que este não ocorre sem que esta variável esteja presente, independentemente da presença de outras variáveis de risco, nomeadamente psicopatológicas (e.g., depressão e desesperança). A dor psicológica intensa poderá conduzir o indivíduo a considerar o suicídio como a única solução para fugir a essa situação insuportável (Shneidman, 1993, 1998).

De acordo com Shneidman (1998), existem dois tipos de necessidades: (1) as necessidades gerais, que definem a personalidade de cada indivíduo, sendo a sua ordem de importância definida em função da história de vida de cada um; (2) as necessidades básicas, que quando frustradas levam à perda de controlo, à raiva excessiva, à vergonha e à conseqüente dor psicológica. Segundo Shneidman, (1998) perante a frustração de necessidades básicas, os indivíduos poderão sentir considerável dor psicológica, ficando em risco de suicídio, quando as suas experiências anteriores, padrões de *coping* e mecanismos de suporte percebidos, não forem suficientes para enfrentar esta dor.

Shneidman (1987, 1988) desenvolveu o modelo cúbico de modo a tentar explicar o suicídio. Este modelo tridimensional considera os comportamentos suicidas como sendo o resultado da sinergia entre três variáveis, que numa dada altura se combinam, designadamente, a pressão, resultante de acontecimentos de vida negativos,

um nível máximo de dor psicológica, resultante da frustração de necessidades básicas e, a perturbação, resultante de uma maior restrição cognitiva e consequente tendência para a autolesão/autodestruição.

Shneidman (1993, 1996) considera que a dor psicológica, para além de uma consequência da frustração de necessidades psicológicas básicas, está associada a uma baixa autoestima, a um estilo de pensamento restrito ou dicotómico, a sentimentos de solidão ou abandono resultante da perda de suporte por parte daqueles que são significativos e a um forte sentimento de desesperança quanto à vida e quanto ao futuro. O suicídio ocorre quando este sofrimento mental insuportável leva a uma ação consciente de fuga, considerada como a única solução possível.

Um vasto conjunto de investigações, enquadradas numa perspetiva psicológica de explicação do suicídio, tem sistematicamente relacionado a dor psicológica com o risco de suicídio e, mais especificamente, com a ideação suicida (e.g., Brown et al., 2000; Campos & Holden, 2014, 2015; Flamenbaum & Holden, 2007; Pompili et al., 2008; Troister & Holden, 2010, 2013; Troister et al., 2013; Troister, D'Agata, & Holden, 2015). Vários estudos empíricos têm mesmo verificado que a dor psicológica não só é um fator que se relaciona com o risco de suicídio, mas também, que essa relação se mantém mesmo quando são controlados outros fatores de risco importantes como a desesperança e a depressão, quer em populações clínicas, quer em não clínicas (e.g., Berlim et al., 2003; DeLisle & Holden, 2009; Pereira, et al., 2010). A dor psicológica pode ser transversal a muitos estados psicopatológicos, contribuindo para a intensificação dos mesmos e para o risco de suicídio (Orbach, et al., 2003; Shneidman, 1996).

Orbach et al. (2003) e Pompili et al. (2008), por exemplo, verificaram que os indivíduos em risco de suicídio tinham níveis mais elevados de dor psicológica, quando comparados com indivíduos sem queixa e com doentes psiquiátricos sem risco. Foi também verificado por estes autores que a intensidade da dor psicológica se associou de forma significativa com os comportamentos suicidários, especificamente em indivíduos com tentativas de suicídio recentes e em indivíduos com história anterior de tentativas de suicídio. Levi-Belz et al. (2014), por outro lado, verificaram que a dor psicológica estava positiva e significativamente associada à intensidade e frequência da ideação

suicida em indivíduos hospitalizados devido a episódios de depressão major e em indivíduos com uma história recente de tentativas de suicídio.

Já Pereira et al. (2010), verificaram numa amostra de presidiários 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 género ou pelo tipo de crime cometido. Também, Holden e Kroner (2003) verificaram, numa amostra forense, que a dor psicológica era um melhor preditor da intensidade da ideação suicida do que a depressão e a desesperança, e diferenciava aqueles que reportavam ideação suicida mais inespecífica, daqueles que já tinham formulado um plano suicida.

Outros estudos realizados, com estudantes universitários, verificaram que a dor psicológica diferencia aqueles que tinham uma história prévia de tentativas de suicídio daqueles que não a tinham e, que essa dor psicológica se correlacionava significativamente com a ideação suicida (Flamenbaum & Holden, 2007; Holden et al., 2001). Troister e Holden (2012) verificaram, num estudo longitudinal de dois anos com estudantes universitários com ideação suicida, que variáveis psicológicas como a depressão e a desesperança, só se mostravam importantes a prever o risco de suicídio na medida em que se relacionavam com a dor psicológica e, que a dor psicológica e a ideação suicida variavam conjuntamente ao longo do tempo. Num estudo com homens sem-abrigo, verificou-se uma forte associação entre dor psicológica e ideação, motivação, preparação e tentativas de suicídio anteriores, revelando-se a dor psicológica o preditor mais forte da ideação suicida, quando comparada com a depressão e a desesperança (Patterson & Holden, 2012).

De forma sucinta pode dizer-se que os resultados de diversas investigações empíricas sustentam a premissa de que dor psicológica se associa com a ideação suicida, sendo esta reconhecida, igualmente, como uma variável importante na predição de comportamentos suicidários mais graves (e.g. Levi-Belz et al., 2014; Pompili et al., 2008; Troister, & Holden, 2010, 2013). Dada a forte relação entre dor psicológica e ideação suicida demonstrada empiricamente, em amostras com estudantes universitários, de sem-abrigos, de presidiários, de indivíduos com história de tentativas de suicídio e de indivíduos com doença psiquiátrica, faz sentido esperar também que a dor psicológica se relacione com a ideação suicida em idosos, nomeadamente com doença física, embora esta relação ainda não tenha sido testada empiricamente.

Objetivos do estudo

A presente investigação tem como objetivo estudar correlatos da dor psicológica, *psychache*, de acordo com a perspectiva de Shneidman (e.g., Shneidman, 1993; 1998; 2004), ou seja, estudar a relação da dor psicológica com um conjunto de variáveis demográficas e clínicas e com uma importante variável psicológica – a solidão percebida, mais especificamente com duas dimensões da solidão, a solidão social e a solidão emocional –, numa amostra de idosos em recuperação de doença aguda. A investigação que consta da presente dissertação tem igualmente como objetivo avaliar uma importante consequência clínica da dor psicológica, a ideação suicida, ou seja, estudar o efeito da dor psicológica na previsão da ideação suicida, enquanto indicador de risco suicidário, controlando o efeito de diversas variáveis clínicas e demográficas significativas. É sabido que a dor psicológica se relaciona com o mal-estar e a psicopatologia (e.g., DeLisle & Holden, 2009; Troister & Holden, 2010), que a solidão se relaciona com o sofrimento psicológico (e.g., Chang et al., 2010; Mushtaq, Shoib., Shah, & Mushtaq, 2014) e que, diversos estudos empíricos têm verificado uma associação significativa entre dor psicológica e ideação suicida (e.g., Orbach et al., 2003; Shneidman, 1993; Troister et al., 2013) e, entre dor psicológica e presença de tentativas prévias de suicídio (Mills, Green, & Reddon, 2005; Pereira, Kroner, Holden, & Flamenbaum, 2010). É igualmente reconhecido que a ideação suicida é um importante indicador de risco de suicídio (e.g., Brown et al., 2000; Garlow et al., 2008).

As variáveis, sociodemográficas a considerar neste estudo serão a idade, o género, a escolaridade, a religiosidade - ser ou não religioso –, e o estado civil – ser ou não viúvo. As variáveis clínicas a incluir serão a presença de história psiquiátrica (prevalência *life-time* de perturbação mental), a dependência funcional, o número de doenças crónicas, a dor física e a presença de tentativas prévias de suicídio.

Mais especificamente, no presente trabalho, será avaliado na admissão dos pacientes a uma unidade de convalescença da Cruz Vermelha Portuguesa um conjunto de variáveis clínicas, sociodemográficas e psicológicas (solidão emocional e solidão social), enquanto possíveis correlatos da dor psicológica e, se esta dor psicológica prevê a ideação suicida avaliada um mês depois, controlando o efeito das variáveis demográficas e clínicas que apresentem relação com a ideação suicida. Espera-se que a

solidão e as variáveis demográficas e clínicas se relacionem com a dor psicológica, e, que a dor psicológica preveja variações na ideação suicida, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentam relação com a ideação.

Método

Participantes e procedimentos

A amostra final participante na presente investigação é composta por 80 utentes em recuperação de doença aguda, com 65 anos ou mais, que foram admitidos na Unidade de Convalescença da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa durante o ano de 2015. Inicialmente, foi solicitado a colaboração do total de 168 utentes admitidos com 65 anos ou mais, tendo 5 recusado participar no estudo. Dos restantes 163 potenciais participantes, 62 foram excluídos: 55 apresentavam alterações cognitivas graves (e.g., demência, *delirium*), 2 apresentavam um estado delirante, 2 apresentavam défice sensorial profundo (visual e/ou auditivo), 2 exibiam debilidade física marcada e 1 não falava português. Cento e um participantes, que assinaram um termo de consentimento informado, foram avaliados com o *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro Caldas, & Garcia, 1994), utilizando-se a deterioração cognitiva como critério de exclusão. Destes 101 participantes, 21 foram excluídos porque obtiveram resultados inferiores ao ponto de corte ajustado para o seu nível educacional. Os pontos de corte foram definidos em: valor de 15 para indivíduos sem escolaridade; formal valor de 22 para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade formal; valor de 27 para sujeitos com 12 ou mais anos de escolaridade formal.

A amostra final ficou constituída por 80 participantes, avaliados individualmente por uma psicóloga clínica da instituição no dia em que foram admitidos, tendo os instrumentos de medida sido hetero-administrados. Foi recolhida informação sociodemográfica (e.g., idade, género, estado civil, educação) e, clínica (e.g., tentativas de suicídio anteriores, história psiquiátrica e número de doenças crónicas), consultando-se neste caso a sua ficha clínica em registo informatizado e, aplicados diversos instrumentos de medida, nomeadamente o *Symptom Driven Diagnostic System for*

Primary Care (Suicide Items) (SDDS-PC; Broadhead et al., 1995; versão portuguesa de Campos, Santos, Piteira, Abreu, & Tavares, 2017a) para avaliar a ideação suicida, a *Psychache Scale* (Holden et al., 2001; versão portuguesa de Campos, Holden & Gomes, 2017) para avaliar a dor psicológica e a *Escala de Solidão Social e Emocional* (Stroebe, Stroebe, Abakoumkin & Schut, 1996; versão portuguesa de Duarte Silva, Carreira, Ferreira e Valente, 2008) para avaliar as duas componentes da solidão percebida. O presente estudo insere-se num projeto mais vasto de investigação coordenado pelo orientador desta dissertação, relativo a variáveis psicossociais e suicidalidade em idosos e, foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional da Saúde do Alentejo.

A idade dos participantes variou entre os 66 e os 91 anos ($M=77.56$, $DP=6.01$). Vinte e quatro participantes são do sexo masculino (30%) e 56 do sexo feminino (70%). O nível educacional da amostra varia entre o analfabetismo e os 17 anos de escolaridade, sendo o número médio de anos de escolaridade de 3.18 anos ($DP=2.88$). Trinta e quatro participantes são viúvos, representando uma percentagem de 42.5% da amostra final. Apenas três participantes (3.8%) não são reformados e quatro participantes (5.0%) não afirmam ser religiosos. Vinte e oito participantes (35%) teve ou tem uma doença mental (depressão na quase totalidade dos casos) e 5 participantes (6.3 %) tentaram o suicídio previamente. A dependência funcional foi avaliada através da *Escala de Barthel Modificada* (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa de Lima & Loução, 1995), tendo a escala sido aplicada por um médico fisiatra. Avalia o grau de dependência funcional em diversas atividades da vida diária (e.g., alimentação, higiene pessoal, mobilidade). Os resultados variaram entre 0 e 98 ($M=49.92$, $DP=27.62$), sendo que 15.2% dos participantes apresentaram um grau de dependência total (pontuação entre 0 e 20), 46.8% apresentaram dependência grave (pontuação entre 21 e 60), 30.4% dos participantes apresentaram dependência moderada (pontuação entre 61 e 90) e 6% apresentaram dependência muito ligeira (pontuação entre 91 e 99). Nenhum dos participantes apresentou uma pontuação de 100, que corresponde à independência funcional. A dor física, avaliada numa escala de 0 a 10 (Direção Geral da Saúde, 2003), em que 0 corresponde à classificação “sem dor” e 10 à classificação de “dor máxima”, variou entre 0 a 2 ($M= 0.34$, $DP= 0.67$) (veja-se Tabela 1).

Tabela 1. *Variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo*

<i>Variáveis</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média (DP)</i>
Idade				77.56 (6.01)
Género	Masculino	24	30.0%	
	Feminino	56	70.0%	
Escolaridade em anos				3.18 (2.88)
Religioso/a	Sim	76	95.0%	
	Não	4	5.0%	
Viúvo/a	Sim	34	42.5%	
	Não	46	57.5%	
Reformado/a	Sim	77	96.3%	
	Não	3	3.8%	
História de perturbação psiquiátrica	Sim	28	35.0%	
	Não	52	65.0%	
Tentativas prévias de suicídio	Sim	5	6.3%	
	Não	75	93.8%	
Dependência funcional (Escala de Barthel Modificada)				49.92 (27.62)
Dor física				0.34 (0.67)
Número de doenças crónicas				1.51 (1.01)

Os participantes foram internados na instituição devido a uma situação clínica aguda. Vinte e quatro participantes estavam a recuperar de fraturas ou de outras condições traumáticas, 16 encontravam-se em recuperação após um Acidente Vascular Cerebral (AVC), 16 estavam a recuperar de cirurgia após a colocação de uma prótese, sete estavam a recuperar de feridas, 4 estavam a recuperar após intervenção cirúrgica relacionada com doença oncológica, 3 tinham doenças respiratórias, 2 tinham sido amputados, 2 tinham uma doença cardiovascular e 6 apresentavam outras condições médicas.

Dos 80 participantes inicialmente avaliados na admissão à instituição, 73 foram reavaliados relativamente à ideação suicida 30 dias depois. Dos 80 participantes

avaliados inicialmente, sete não completaram a segunda avaliação porque um faleceu, dois foram transferidos para um hospital devido ao agravamento das suas condições clínicas, dois receberam alta antes do período de tempo de um mês, tempo que habitualmente os pacientes permanecem na instituição e, dois, foram transferidos para outra instituição de recuperação.

Instrumentos de medida

Informação sociodemográfica e clínica. Foi pedido aos participantes informação relativa a diversas variáveis sociodemográficas, entre as quais, idade, género, estado civil, escolaridade, religiosidade e situação relativa à reforma. Foi consultado o processo clínico dos participantes para obter informação referente às variáveis clínicas, nomeadamente, diagnóstico médico, história de perturbação psiquiátrica, informação relativa à dependência funcional, avaliada pelo médico fisiatra, tentativas prévias de suicídio e informação relativa ao nível de dor física, avaliada por um enfermeiro.

Psychache Scale (Psychache Scale; Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001; versão portuguesa de Campos, Holden, & Gomes, 2017). É uma escala de autoavaliação que foi utilizada neste estudo para avaliar o grau em que o indivíduo experiencia dor mental. É composta por 13 itens, que foram especificamente desenvolvidos para avaliar o construto de dor psicológica, *psychache*, proposto por Shneidman (1993). As respostas são dadas numa escala de *likert* de 5 pontos. Os nove primeiros itens são respondidos tendo por base a frequência da dor psicológica, variando as opções de resposta entre 1- Nunca até 5- Sempre. São exemplos de itens “Parece-me que dói por dentro”, “Dói-me, porque me sinto vazio”. Os quatro últimos itens refletem a intensidade da dor psicológica, e são respondidos numa escala de concordância que varia de 1- “Discordo fortemente” a 5- “Concordo fortemente”. São exemplos de itens “Não consigo aguentar mais a minha dor”, “A minha dor psicológica afeta tudo o que faço”. O valor total da escala pode variar entre 13 e 65 pontos e obtém-se somando a pontuação dos 13 itens. A escala apresenta boas qualidades psicométricas, com valores de alfa de *Cronbach* superiores a 0.90 e, distingue bem os sujeitos com e sem ideação suicida, prevendo estatisticamente os comportamentos suicidários e a

ideação suicida (e.g., Holden et al., 2001; Mills et al., 2005). Tem sido utilizada em diferentes contextos, com indivíduos com depressão, indivíduos da comunidade, reclusos, sem-abrigos e estudantes universitários (Mills et al., 2005; Patterson & Holden, 2012; Troister & Holden, 2013). A versão portuguesa (Campos, Holden, & Gomes, 2017) apresenta boas qualidades psicométricas com um alfa de *Cronbach* de 0.95, diferenciando indivíduos que já tentaram previamente o suicídio dos que não tentaram. No presente estudo o valor de alfa de *Cronbach* obtido foi de 0.97. O valor médio para o total da escala foi de 28.0 ($DP=14.5$), com valores que variaram entre 13 e 65.

Escala de Solidão Social e Emocional (Stroebe, Stroebe, Abakoumkin, & Schut, 1996). Esta escala é constituída por quatro itens, dois que avaliam a solidão emocional (“Sinto-me só mesmo quando estou com outras pessoas” e “Frequentemente sinto-me só”) e dois que avaliam a solidão social (“Eu tenho um bom grupo de amigos” e “Eu tenho amigos e conhecidos com os quais gosto de estar”), que foram construídos para avaliar as duas dimensões da solidão descritas por Weiss (1982). Segundo Weiss (1982) a solidão social refere-se ao facto da pessoa se sentir só e insatisfeita, por causa da falta da rede social de amigos e de pessoas conhecidas e, a solidão emocional, diz respeito ao facto da pessoa se sentir só e insatisfeita devido à falta de uma relação pessoal íntima e privilegiada. É pedido ao sujeito que responda “Verdadeiro” ou “Falso” a cada um dos itens. Stroebe et al. (1996) no estudo realizado com indivíduos viúvos e casados, através da análise do papel do suporte social na viuvez, verificaram que com a perda do parceiro, o suporte social não equilibra o vazio sentido pelo indivíduo. Verificando também que a solidão emocional se correlaciona significativamente com o estado civil e não com o suporte social e, por outro lado, a solidão social correlaciona-se significativamente com o suporte social e não com o estado civil. A escala foi adaptada para a língua portuguesa por Duarte Silva, Carreira, Ferreira e Valente (2008). Neste estudo, verificou-se que os idosos viúvos experienciam mais solidão emocional do que os idosos casados e, uma associação negativa entre solidão e vinculação, sendo o relacionamento conjugal sentido como uma forma de apoio emocional. Os resultados obtidos com a forma original e com a forma portuguesa estão em consonância com a perspetiva internacional de Weiss (1973, 1982).

Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (Suicide Items) (SDDS-PC; Broadhead et al., 1995; versão portuguesa de Campos, Santos, Piteira, Abreu, & Tavares, 2017a). São três os itens do SDDS-PC para avaliação da suicidalidade, (1) “pensamentos de morte”; (2) “desejo de estar morto”; e (3) “vontade de se suicidar”. Os itens foram construídos para avaliar o risco de suicídio na prática dos cuidados de saúde primários. São respondidos “sim” ou “não”. Estes itens foram utilizados neste estudo para avaliar a ideação suicida, somando-se os valores nos três itens, 0 para não ou 1 para sim, da mesma forma que num estudo anterior em Portugal (e.g., Campos et al., 2017a). Os 3 itens foram adaptados para língua portuguesa por Campos, Santos, Piteira, Abreu e Tavares (2017). Neste estudo foi pedido que os participantes respondessem tendo em conta a semana anterior à avaliação/admissão na Unidade de Convalescença. O valor de alfa obtido no primeiro momento de avaliação para a escala composta pelos três itens foi de 0.83 e, no segundo momento, foi de 0.69.

Escala de Barthel Modificada (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa de Lima & Loução, 1995). Esta escala avalia o grau de dependência funcional do idoso em 11 atividades da vida diária: higiene pessoal, tomar banho, alimentação, uso de WC, vestir e despir, controlo dos esfíncteres (bexiga e/ou intestino), deslocações, transferência da cadeira para a cama e, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). Cada um dos itens da escala é cotada com base na observação em “incapaz de realizar a tarefa”, “requer ajuda substancial”, “requer moderada ajuda”, “requer mínima ajuda”, “totalmente independente”. A pontuação total varia de 0 a 100 pontos. A escala foi cotada por um médico fisiatra. O indivíduo apresenta uma dependência total quando a pontuação obtida varia entre 0 e 20 pontos, uma dependência grave quando a pontuação varia de 21 a 60 pontos, uma dependência moderada quando a pontuação varia entre 61 a 90 pontos, uma dependência muito ligeira quando a pontuação obtida varia entre os 91 e os 99 pontos e uma independência total quando obtém 100 pontos (Mahoney & Barthel, 1965). Um estudo desenvolvido por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) revela que a *Escala de Barthel Modificada* possui características psicométricas adequadas, permitindo uma avaliação objetiva do grau de dependência funcional dos idosos.

Metodologia de análise de dados

Os dados foram analisados com recurso ao software IBM SPSS *Statistics* versão 22. Inicialmente foram testadas possíveis associações entre diversas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas – a solidão percebida nas suas duas componentes, emocional e social – e a dor psicológica. As variáveis sociodemográficas consideradas foram a idade, o género, a escolaridade, a religiosidade, o estado civil (ser ou não viúvo). As variáveis clínicas foram a presença de história psiquiátrica (prevalência *life-time* de perturbação mental), a dependência funcional, a dor física, o número de doenças crónicas e as tentativas prévias de suicídio. Os valores das correlações entre as variáveis clínicas, sociodemográficas e a dor psicológica com a ideação suicida avaliada no segundo momento de recolha de dados foram também obtidos.

No sentido de testar o contributo único de cada variável para explicar a variância na dor psicológica realizou-se uma análise de regressão múltipla, introduzindo as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas que apresentem correlação significativa com a dor psicológica como preditores. Adicionalmente, e no sentido de testar o contributo da variável dor psicológica para variações na ideação suicida ao longo de um mês, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentem relação com a ideação suicida, realizou-se uma análise de regressão múltipla hierárquica. No primeiro passo foi introduzida a variável ideação suicida avaliada no momento 1. No segundo passo foram introduzidas as variáveis sociodemográficas e clínicas significativas e, no terceiro passo, a dor psicológica.

A normalidade das variáveis foi analisada 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 (Yung & Bentler, 1996). Foi também examinada a multicolineariedade entre as variáveis. Os valores próprios (*eigenvalues*), os *condition index* e também os *variance inflation factors* (*VIF*), indicaram a ausência de multicolinearidade.

Resultados

Análise preliminar

Correlacionaram-se as variáveis demográficas – idade, gênero, escolaridade, religiosidade e estado civil (ser ou não viúvo) –, clínicas – a presença de história psiquiátrica (prevalência *life-time* de perturbação mental), a dependência funcional, a dor física, o número de doenças crônicas e as tentativas prévias de suicídio – e psicológicas – a solidão percebida nas suas duas componentes, emocional e social – com a dor psicológica e com a ideação suicida obtida no momento 2, avaliada através da soma dos três itens relativos à ideação suicida do SDDS-PC. Correlacionou-se ainda a dor psicológica avaliada no momento da admissão, bem como a ideação suicida avaliada no momento da admissão com a ideação suicida avaliada um mês depois e, da dor psicológica na admissão com a ideação suicida no momento da admissão.

Verificou-se que o estado civil ($r = .28, p < .05$), o número de doenças crônicas ($r = .22, p < .05$), a prevalência *life-time* de perturbação mental ($r = .41, p < .001$), as tentativas prévias de suicídio ($r = .30, p < .01$), a componente emocional ($r = .52, p < .001$), da solidão percebida e a componente social ($r = .26, p < .05$), da solidão percebida, se correlacionam com a dor psicológica. Verificou-se ainda que o gênero ($r = -.26, p < .05$) (apresentando as mulheres resultados mais baixos), as tentativas de suicídio anteriores ($r = .26, p < .05$) e o número de doenças crônicas ($r = .24, p < .05$), avaliados no momento da admissão se correlacionaram com a ideação suicida um mês depois. Finalmente, a dor psicológica avaliada no momento da admissão ($r = 0.40, p < .001$) e a ideação suicida avaliada no momento da admissão ($r = .43, p < .001$) correlacionaram-se com a ideação suicida avaliada um mês depois. A dor psicológica correlacionou-se também com a ideação suicida no momento da admissão ($r = .37, p < .001$). Registaram-se diferenças significativas entre a média obtida no momento da admissão e um mês depois para a ideação suicida ($t_{(72)} = 5.08, p < .001, d$ de Cohen = 1.20). A média no momento da admissão foi de 0.84 e, um mês depois, foi de 0.22.

Correlatos da dor psicológica

No sentido de testar o contributo único das variáveis demográficas, clínicas e psicológicas que se correlacionaram com a dor psicológica na explicação da variância na dor psicológica, realizou-se uma análise de regressão múltipla, introduzindo como preditores: o estado civil, o número de doenças crónicas, a prevalência *life-time* de perturbação mental, as tentativas prévias de suicídio, a componente emocional da solidão percebida e a componente social da solidão percebida. Os resultados encontram-se na Tabela 2. O modelo explica 44% da variância da dor psicológica ($F = 9.38, p < .001$). Verificou-se que a solidão emocional e a presença de tentativas prévias de suicídio dão um contributo único e significativo para explicar a variância da dor psicológica, para além das restantes variáveis preditoras.

Tabela 2. Resultados da análise da regressão múltipla para a dor psicológica

<i>Predictors</i>	β	<i>B</i>	<i>EP</i>	IC 95%
<i>Tentativas prévias de suicídio</i>	.17	10.19	4.20 *	[0.204 – 17.025]
<i>Número de doenças crónicas</i>	.19	2.70	1.53	[-0.253 – 5.555]
<i>Solidão emocional</i>	.38	7.54	2.00 **	[3.761 – 10.992]
<i>Solidão social</i>	.10	2.56	2.74	[-2.922 – 7.745]
<i>Ser viúvo</i>	.18	5.26	2.88	[-0.877 – 11.857]
<i>História de perturbação psiquiátrica</i>	.18	5.30	3.49	[-1,858 – 13.452]

Note: * $p < .05$, ** $p < .001$

Previsão da ideação suicida com base na dor psicológica, controlando o efeito de variáveis demográficas e clínicas significativas

No sentido de testar o contributo único da dor psicológica na previsão de variações na ideação suicida ao longo de um mês, realizou-se uma análise de regressão múltipla hierárquica. No primeiro passo foi introduzida a variável ideação suicida avaliada no momento da admissão, no segundo passo as variáveis género, tentativas prévias de suicídio e número de doenças crónicas, avaliados no momento da admissão e,

no terceiro passo, foi introduzida a variável dor psicológica. Os resultados apresentam-se na Tabela 3. Verificou-se que globalmente o modelo explica 37% da variância na variável ideação suicida avaliada no momento 2. Os três passos da regressão são significativos, havendo um incremento da variância no passo 2 de 13% e de 6% no passo 3. Ainda assim, no passo 2, apenas a variável género dá individualmente um contributo tendencialmente significativo para a previsão de variações na ideação suicida. Os resultados mostram que a dor psicológica dá um contributo significativo adicional para a previsão de variações na ideação suicida controlando variáveis demográficas e clínicas significativas.

Tabela 3. *Resultados da análise da regressão múltipla hierárquica para a ideação*

Nota. ΔR^2 = incremento em R^2 ; $t = t$ associado a β ; $F = F$ associado ao incremento em

Preditores	R^2	ΔR^2	β	B	EP	t/F	IC 95%	F_{global} gl
Passo 1	.19					16.42 ***		16.42 ***
<i>Ideação suicida na admissão</i>			.43	.230	.087	2.64 *	[0.075 – 0.401]	1.71
Passo 2	.31	.13				4.20 **		7.81 ***
<i>Género</i>			-.27	-.349	.160	-2.18 +	[-0.767 – 0.026]	4.68
<i>Número de doenças crónicas</i>			.18	.107	.070	1.53	[-0.022 – 0.219]	
<i>Tentativas prévias de suicídio</i>			.20	.484	.402	1.20	[-0.155 – 1,401]	
Passo 3	.37	.06				6.37 *		8.02 ***
<i>Dor psicológica</i>			.29	.012	.005	2.4*	[0.002 – 0.021]	5.67

R^2 . + $p < .10$, * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$ (two-tailed).

Discussão

A presente dissertação teve como objetivo estudar a relação entre a dor psicológica e um conjunto de variáveis demográficas (idade, género, escolaridade, religiosidade - ser ou não religioso -, e estado civil - ser ou não viúvo), clínicas (tentativas prévias de suicídio, presença de história psiquiátrica - prevalência *life-time* de perturbação mental, dependência funcional, número de doenças crónicas e dor física) e psicológicas (componentes emocional e social da solidão percebida) numa amostra clínica de idosos em recuperação de doença aguda. Esta investigação pretendeu ainda testar o contributo da dor psicológica na previsão da ideação suicida, avaliada um mês depois, enquanto variável amplamente reconhecida na literatura como um importante elemento sinalizador do risco suicidário, controlando o efeito das variáveis demográficas e clínicas que apresentaram relação com a ideação suicida.

De acordo com os resultados da investigação, verificou-se que a dor psicológica se correlacionou com um conjunto de variáveis, especificamente, o estado civil – ser viúvo -, o número de doenças crónicas, a prevalência *life-time* de perturbação mental, as tentativas prévias de suicídio, a componente emocional e a componente social da solidão percebida. Através da análise de regressão múltipla, verificou-se que tanto a presença de tentativas prévias de suicídio como a solidão emocional, deram um contributo único para explicar uma percentagem significativa da variância da dor psicológica. Repare-se que de acordo com os resultados, os correlatos mais importantes da dor psicológica são variáveis que se associam ao sofrimento psicológico, ter tentado o suicídio e sentir-se emocionalmente só. Estão claramente ligadas a emoções negativas, pelo que a sua relação com uma experiência interna de dor intensa e desagradável faz sentido e, ajuda a compreender o próprio "âmago" da variável dor psicológica. Note-se que a solidão emocional pode estar ligada à perda do companheiro de uma vida (42% dos participantes são viúvos) e pode conduzir a um vazio interno e a uma quebra na integridade individual e social, logo, a uma experiência de dor interna. Poderá ser problemático se estes níveis de dor interna se mantiverem, podendo o indivíduo tentar por termo à vida, como fuga para esse sofrimento.

Por outro lado, os resultados deste estudo indicam que as tentativas prévias de suicídio, o género (apresentando as mulheres resultados mais baixos) e o número de doenças crónicas avaliadas no momento da admissão correlacionaram-se com a ideação suicida, avaliada um mês depois. Estes resultados são em parte concordantes com a literatura, sendo que as tentativas prévias de suicídio (Conwell & Thompson, 2008; Pereira et al., 2010) e o número de doenças crónicas (Kim et al., 2006; Lutz et al., 2016) têm sido associados à ideação suicida e ao desejo de morrer, aumentando o risco de comportamentos suicidários subsequentes. Contrariamente ao que tem sido demonstrado na literatura, que as mulheres tendem a apresentar níveis de ideação suicida mais elevados e mais tentativas de suicídio (e.g., Campos & Holden, 2014), ainda que sejam os homens a morrer mais por suicídio do que as mulheres (Nock et al., 2008) - o designado paradoxo de género -, no presente estudo, os homens apresentaram níveis de ideação suicida mais elevados. Este resultado pode estar relacionado com a população específica em causa, doentes idosos em recuperação de doença aguda e (ou) com o facto de a amostra ter um número de homens relativamente reduzido. De qualquer modo, é interessante notar o facto das mulheres utilizarem mais estratégias de apoio social que os homens (Campos et al., 2016). As mulheres têm mais facilidade em procurar ajuda quando estão deprimidas e em sofrimento psicológico. As atividades sociais podem ser um fator de proteção para o suicídio em mulheres, pelo menos em mulheres mais novas (Campos et al., 2016; STIPDA, 2008).

Como se previa, a dor psicológica avaliada no momento da admissão correlacionou-se com a ideação suicida no momento da admissão e relacionou-se com variações na ideação suicida ao longo de um mês. Esta relação mantém-se significativa, mesmo quando se controla o efeito do género, das tentativas prévias de suicídio e do número de doenças crónicas. Este resultado está de acordo com o que tem sido referido na literatura, de que existe uma relação significativa entre dor psicológica e ideação suicida (e.g. Berlim et al, 2003; DeLisle & Holden, 2009; Holden et al., 2001; Mills et al., 2005; Troister & Holden, 2013). Este resultado confirma a importância da dor psicológica para o risco suicidário, se tivermos em conta que a ideação suicida é, ela mesma, um importantíssimo fator de risco para o suicídio (e.g., Brown et al., 2000; Garlow et al., 2008). Os resultados desta investigação vão ao encontro das ideias

defendidas por Shneidman (1993, 1998), confirmadas posteriormente em muitos estudos empíricos (e.g. Nahaliel et al., 2014; Orbach et al., 2003; Olié, Guillaume, Jaussent, Courtet, & Jollant, 2010; Troister et al., 2013) que indicam a dor psicológica como uma variável central no risco suicidário, (e.g. Berlim et al., 2003; Mee et al., 2011; Patterson & Holden, 2012; van Heeringen, Van den Abbeele, Vervaet, Soenen, & Audenaert, 2010).

Neste estudo verificaram-se diferenças significativas na média da ideação suicida, avaliada no momento da admissão e obtida um mês depois. Estas diferenças intraindividuais na ideação suicida, para além das diferenças interindividuais verificadas, devem-se, muito provavelmente ao facto dos participantes, durante o tempo de permanência na instituição onde o estudo foi realizado, beneficiarem de intervenção clínica a vários níveis, nomeadamente intervenção psicológica por parte de um psicólogo clínico. Naturalmente que se espera que esta intervenção, ainda que breve possa abordar o sofrimento psicológico e as ideias de suicídio dos pacientes, pelo que, expectavelmente, essa ideação possa diminuir ao fim de um mês.

Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, destaca-se a elevada taxa de atrito, tendo mais de metade dos participantes não sido admitidos no estudo, dado que apresentavam deterioração cognitiva significativa. A sua inclusão, acarretaria muito provavelmente uma resposta pouco fidedigna aos instrumentos de medida. Uma outra limitação refere-se ao facto de não ter sido realizada uma entrevista diagnóstica clínica estruturada, com o intuito de avaliar a presença de perturbação mental. Esta informação foi obtida através da consulta do processo clínico dos pacientes. Acresce a existência de variações intraindividuais na ideação suicida, para além de diferenças interindividuais. Estas diferenças são devidas, muito provavelmente, ao facto de os pacientes terem beneficiado de intervenção psicológica entre o primeiro e o segundo momentos de avaliação. Por último, destaca-se a natureza muito específica da população em estudo (apenas pacientes em recuperação de doença aguda numa região específica), o que pode dificultar a generalização dos resultados para uma população mais ampla de idosos. Em estudos futuros seria importante tentar replicar estes

resultados em outras amostras de idosos, nomeadamente da comunidade e em outras regiões do país.

Conclusão e implicações clínicas

Os resultados atuais mostram que a dor psicológica tem relação com um conjunto de variáveis demográficas, clínicas e psicológicas. Destaca-se a solidão emocional e as tentativas prévias de suicídio. De referir que a amostra avaliada reside na região Alentejo, que se caracteriza pela baixa densidade populacional, pela existência de um isolamento progressivo, tanto a nível familiar como social (Saraiva, 2006), o que pode conduzir a sentimentos de solidão e a sentimentos de não ser suficientemente cuidado, que desembocam num sofrimento e dor psicológica intensa.

Por outro lado, segundo os resultados, a dor psicológica prevê variações na ideação suicida ao longo de um mês, mesmo quando se controla estatisticamente o efeito de variáveis demográficas e clínicas significativas. Estes resultados mostram que a dor psicológica é uma variável importante a considerar em idosos que se encontram a recuperar de doença aguda e, está relacionada com a ideação suicida. Neste sentido, o presente estudo vem reforçar a necessidade de incluir a dor psicológica em protocolos de avaliação de idosos em recuperação de doença física, dada a sua importância para a ideação suicida e consequentemente para o risco suicidário.

Por outro lado, as diferenças de médias na ideação suicida nos dois momentos de avaliação, diminuindo a ideação significativamente após um período de internamento de 30 dias na Unidade de Convalescença da Cruz Vermelha Portuguesa, sugere a importância de um ambiente acolhedor e integrador que facilite a proximidade entre os profissionais de saúde e os pacientes, promovendo a sua reabilitação e ao mesmo tempo aumentando a sua perceção de bem-estar.

Como defendia Shneidman (1993, 1998), a avaliação da dor psicológica deve constituir-se como uma tarefa de rotina na prática clínica, no sentido de detetar e intervir atempadamente sobre esta e assim diminuir a vulnerabilidade ao risco de suicídio. É por isso fulcral sensibilizar e formar os clínicos para a importância da dor psicológica no funcionamento mental e para o 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. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos sentimentos e verbalizações dos pacientes e devem estar conscientes do risco de suicídio em indivíduos que apresentam dor psicológica (Verrocchio et al., 2016). Por isto, o manejo por parte dos profissionais de saúde mental dos sentimentos de solidão e de dor psicológica afigura-se uma tarefa clínica importante em doentes idosos em recuperação de doença aguda. O sucesso neste tipo de intervenção pode mitigar o sofrimento psíquico e prevenir a ideação suicida, reduzindo assim o risco de suicídio.

A dor psicológica deve ser tida em conta em planos de prevenção do suicídio, quer ao nível dos cuidados primários, quer ao nível da saúde mental. Existem já em Portugal instrumentos objetivos e devidamente validados para avaliar a dor psicológica, como a *Psychache Scale* (Holden et al., 2001). A versão adaptada para a população portuguesa (Campos et al., 2017) apresenta boas qualidades psicométricas e, pode ser incluída em protocolos de avaliação.

Referências Bibliográficas

- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental Health, 8*, 475-485. doi: 10.1080/13607860410001725054
- 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.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25*, 59-66. Retirado de <http://hdl.handle.net/10216/15740>
- Azeredo, Z. A. S., & Afonso, M. A. N. (2016). Loneliness from the perspective of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19* (2), 313-324. doi: 10.1590/1809-98232016019.150085
- Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 62*, 329-339. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/61.6.S329>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*, 497-529. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.497
- Beautrais, A. (2001). Suicides and serious suicide attempters: Two populations or one? *Psychological Medicine, 31*, 837-845. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291701003889>
- Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A., & Nakhla, W. E. (2008). Loneliness: A concept analysis. *Nursing Forum, 43*, 207-213. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00114.x>

- 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.
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.036>
- Broadhead, W., Leon, A., Weissman, M., Barrett, J., Blacklow, R., Gilbert, T.,...Higgins, E. (1995). Development and validation of the SDDS-PC Screen for multiple mental disorders in primary care. *Archives of Family Medicine*, *4*, 211-219.
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.371>
- Campos, R. C., Gomes, M., Holden, R. R., Piteira, M., & Rainha, A. (2017). Does psychache mediate the relationship between general distress and suicide ideation?. *Death Studies*, *41*, (4) 241-245. doi: 10.1080/07481187.2016.1251510
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2014). Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *European Journal of Psychiatry*, *28*, 230-241. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632014000400004>
- Campos, R. C, & Holden, R. R. (2015). 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. C., Holden, R. R., Costa, F., Oliveira, A. R., Abreu, M., & Fresca, N. (2016). The moderating effect of gender on the relationship between coping and suicide risk in a Portuguese community sample of adults. *Journal of Mental Health*, *26*, 66-73. doi: 10.1080/09638237.2016.1222066

- Campos, R. C., Holden, R. R., & Gomes, M. (2017). Avaliação da variável dor psicológica como indicadora de risco suicidário: Dados com a versão portuguesa da Psychache Scale. Poster apresentado no *XVI Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia*. Aveiro, 31 de Março e 1 de Abril.
- Campos, R. C., Santos, S., Piteira, M., Abreu, M., & Tavares, S. (2017a). Suicide ideation in older adults recovering from acute conditions in a clinical recovery facility. *Journal of Gerontological Nursing*, *43*, 31-37. doi: 10.3928/00989134-20170406-02
- Campos, R. C., Santos, S., Piteira, M., Abreu, M., & Tavares, S. (2017b). Interpersonal needs, depressive symptoms, and suicide ideation in a sample of Portuguese elderly patients recovering from acute medical conditions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Published online at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-017-9520-0>.
- Chang, E. C., Sanna, L. J., Hirsch, J. K., & Jeglic, E. L. (2010). Loneliness and negative life events as predictors of hopelessness and suicidal behaviors in Hispanics: Evidence for a diathesis-stress model. *Journal of Clinical Psychology*, *66*, 1242-1253. doi: 10.1002/jclp.20721
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*, 333-356. doi: 10.1016/j.psc.2008.01.004
- Cukrowicz, K. C., Jahn, D. R., Graham, R. D., Poindexter, E. K., & Williams, R. B. (2013). Suicide risk in older adults: Evaluating models of risk and predicting excess zeros in a primary care sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*, 1021-1030. doi: 10.1037/a0034953
- DeLisle, M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *42*, 46-63. doi: <https://doi.org/10.1177/0748175609333562>
- Direção Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Drago, S., & Martins, R. (2012). A depressão no idoso. *Millenium*, *43*, 79-94.
- Duarte Silva, M. E., Carreira, C., Ferreira, A. S., & Valente, C. (2008). Widowhood: The experience of loneliness and subjective well-being. *Journal of Experiential Psychotherapy*, *44*, 46-50.
- Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., & Waern, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, *20*, 1-29. doi: 10.1080/13607863.2015.1083945
- Fiske, A., O'Riley, A. A., & Widoe, R. W. (2008). Physical health and suicide in late life: An Evaluative Review. *Clinical Gerontologist*, *31*, 31-50. doi: abs/10.1080/07317110801947151
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, *54*, 51-61. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.51
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189-198. doi: https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fromm-Reichmann, F. (1959). Loneliness. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, *22*, 1-15. doi: https://doi.org/10.1080/00332747.1959.11023153
- 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. *Depression and Anxiety*, *25*, 482-488. doi: https://doi.org/10.1002/da.20321

- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Gvion, Y., Horesh, N., Levi-Belz, Y., & Apter, A. (2015). A proposed model of the development of suicidal ideations. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 93-102.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, 1372–1381. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31030-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31030-3)
- Holden, R. 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0087144>
- Holden, R. R., & Kroner, D. (2003). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a forensic sample. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35, 35-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0087184>
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Causas de morte 2015*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas Demográficas de 2015*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Lisboa: INE.
- Joiner, T., Conwell, Y., Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K., Schmidt, N. B., Berlim, M. T., Fleck, M. P. A., & 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.114.2.291>
- Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *American Medical Association*, 164, 1179-1184. doi: 10.1001/archinte.164.11.1179

- Kim, Y. A., Bogner, H. R., Brown, G. K., & Gallo, J. J. (2006). Chronic medical conditions and wishes to die among older primary care patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36, 183–198. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/3QXD-UR0H-K8FH-2CU8>
- Kiriakidis, S. P. (2015). Elderly suicide: risk factors and preventive strategies. *Annals of Gerontology and Geriatric Research*, 2, 1-6.
- 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. doi: 10.1080/08952840903488831
- 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. doi: 10.1080/13811118.2013.809041
- Levi-Belz, Y., Horesh, N., Fichel, 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.022>
- Lima, P., & Loução, R. (1995). Contributo para a validação e adaptação de uma escola de medição do estudo funcional (A Escala de Barthel Modificada). Alcoitão: Biblioteca da ESSA.
- Luanaigh, C. O., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221. doi: 10.1002/gps.2054
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.92.9.1518>
- Lutz, J., Morton, K., Turiano, N. A., & Fiske, A. (2016). Health conditions and passive suicidal ideation in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe.

Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 71, 936–946. doi: 10.1093/geronb/gbw019

Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.

Mee, S., Bunney, B., Reist, C., Potkin, S., & Bunney, W. (2006). Psychological pain: A review of evidence. *Journal of Psychiatry Research*, 40, 680-690. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.03.003>

Meerwijk, E. (2012). We need to talk about psychological pain. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 263–265. doi: 10.3109/01612840.2011.653046

Meerwijk, E. & Weiss, S. (2011). Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 402-412. doi: <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572044>

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. doi: <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.570>

Moscicki, E. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517. doi: [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70327-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70327-0)

Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8, 1-4. doi: 10.7860/JCDR/2014/10077.4828

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. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.12.014

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. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
- Ojagbemi, A., Oladeji, B., Abiona, T., & Gureje, O. (2013). Suicidal behavior in old age – results from the Ibadan study of ageing. *BMC Psychiatry*, 13, 1-7. doi : <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-80>
- Olié, E., Guillaume, S., Jausse, I., Courtet, P., and 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. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.013
- Orbach I., Mikulincer M., Sirota P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 33, 219-230. doi: <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>
- 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. doi: 10.1002/jclp.20859
- Patterson, A., & Holden, R. 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. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00078.x
- Park, S. (2014). Health status and suicidal ideation in Korean elderly: The role of living arrangement. *Journal of Mental Health*, 23, 94-98. doi: <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.869569>
- Paul, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 221 – 232. doi: 10.1080/13548500500262945
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley-Interscience.

- 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. doi: 10.1016/j.paid.2010.07.029
- Perissinotto, C. M., Stijacic, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine, 23*, 1078-1083. doi:10.1001/archinternmed.2012.1993
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stähelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine, 11*, 470-482. doi:10.1080/13548500600726633
- Pocinho, M. (2007). *Fatores socioculturais, depressão e suicídio no idoso alentejano*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Pompili, M., Lester D., Leenaars A., Tatarelli R., & Girardi P. (2008). Psychache and Suicide: A Preliminary Investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38* (1), 116-121. doi: <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.116>
- Rasic, D., Robinson, J. A., Bolton, J., Bienvenu, O. J., & Sareen, J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 848-854. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.014.
- Rotenberg, K. J. (1994). Loneliness and interpersonal trust. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*, 152-173. doi: <https://doi.org/10.1521/jscp.1994.13.2.152>
- Rossell, N. Y., Herrera, R. R., & Rico, M. A. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rudd, D. M., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M.,...Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical

- applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 255–262. doi: 10.1521/suli.2006.36.3.255
- Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o Para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
- Scott, K. M., Hwang, I., Chiu, W., Kessler, R. C., Sampson, N. A.,... & Nock, M. K. (2010). Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosomatic Medicine*, 72, 12-19. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181e3333d.
- Shah, A. (2012). Suicide rates: Age-associated trends and their correlates. *Journal of Injury and Violence Research*, 4, 79-86. doi: 10.5249/jivr.v4i2.101
- Shin, K. M., Cho, S., Hong, C. H., Park, K. S., Shin, Y. M., Lim, K. Y., & Koh, S. H. (2013). Suicide among the elderly and associated factors in south Korea. *Aging & Mental Health*, 17, 109–114. doi:10.1080/13607863.2012.702732
- Shneidman, E. (1980). A possible classification of suicidal acts based on Murray's needs system. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10, 175–181. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1980.tb00777.x>
- 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. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical approach to self-destructive behavior*. United States of America: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Shneidman E. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 245–250. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00854.x>
- Shneidman E. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 29, 287–294. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1999.tb00524.x>

- Shneidman, E. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*. Oxford University Press, New York.
- STIPDA. (2008). *Preventing youth suicide in rural America: Recommendations to states*. Rural Youth Suicide Prevention Workgroup.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20, 1241-1249. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1241>
- Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*, 36, 575-586. doi: 10.1017/S0033291705006859
- Troister, T., Davis, M., Lowndes, A., & Holden, R. 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. doi: <https://doi.org/10.1111/sltb.12043>
- Troister, T., D'Agata, M., & Holden, R. R. (2015). Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychological Assessment*, 27, 1500-1506. Doi: 10.1037/pas0000126
- 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. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.21869>
- Troister, T., & Holden, R. R. (2013). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46, 50-63. doi: <https://doi.org/10.1177/0748175612451744>
- Troister, T., & Holden, R. 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. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.006>

Van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaeke, M., Soenen, L., and Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 181, 141–144. doi: 10.1016/j.psychres.2009.07.011.

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, 1-14. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00108.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

Weiss, R. S. (1982). Issues in the study of loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory research and therapy* (pp. 71-80). New York: Wiley.

World Health Organization WHO. (2016). *World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva, Switzerland: WHO.

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* (pp. 195-226). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.