



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Dor psicológica, necessidades interpessoais, razões para considerar pôr termo à vida e risco suicidário em jovens adultos

Ana Carolina dos Santos Simões

Orientação | Prof. Doutor Rui C. Campos

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica
Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica

Dor psicológica, necessidades interpessoais, razões para considerar pôr termo à vida e risco suicidário em jovens adultos

Ana Carolina dos Santos Simões

Orientador:

Prof. Doutor Rui C. Campos

Évora, maio de 2018

“To live is to suffer; to survive is to find some meaning in the suffering.”

Friedrich Nietzsche

Agradecimentos

Ao professor Rui, agradeço a dedicação, exigência e minúcia, palavra de incentivo e conhecimento que sempre me transmitiu, bem como o constante cuidado e boa disposição, ingredientes que me confirmaram a certeza, quer ao nível afetivo como cognitivo, da minha escolha.

Agradeço também a todos os estudantes que participaram neste estudo, bem como aos muitos professores que se mostraram disponíveis e às minhas colegas de trabalho ao longo destes meses – Sara e Sofia.

A quem comigo partilhou a vida durante 4 anos – foram, sem dúvida, a minha família em Évora – Ju e Nice. Sem vocês, com certeza não teria sido metade da estudante que fui e uma parte da pessoa em que me tornei. Obrigada.

Ainda uma palavra de apreço às muitas (e bonitas) pessoas que, à sua maneira, marcaram o meu caminho (e a pessoa que sou) enquanto frequentei esta academia; fizeram, de facto, com que estes fossem os melhores anos da minha vida. “Quem me dera ficar para sempre estudante para eternizar a ilusão deste instante.”

À minha família, para quem as palavras nunca foram suficientes e, as que eu escrever, com certeza não serão satisfatoriamente dignas:

Pai, Mãe, Alice. Obrigada pelos genes e pela educação. Agradeço todas as vezes em que aturaram o meu mau feitio e me disseram que tudo é possível. Agradeço-vos, também, por todas as portas (e janelas) que abriram para mim e outras que me ajudaram a abrir.

Aos meus avós, Miguel e Laureta, Manuel e Maximina, Caetano e Mariana, obrigada por tudo. As minhas conquistas serão sempre resultado de tudo o que vocês são e foram ao longo dos anos na minha vida: um exemplo de trabalho, perseverança e dignidade.

Dor psicológica, necessidades interpessoais, razões para considerar pôr termo à vida e risco suicidário em jovens adultos

Resumo

O objetivo deste estudo é analisar a relação entre um conjunto de variáveis psicológicas (dor psicológica, necessidades interpessoais e razões para pôr termo à vida) com diversos indicadores de risco suicidário, nomeadamente a ideação suicida recente e, a ideação e os comportamentos suicidários ao longo da vida. Aplicaram-se os instrumentos Psychache Scale, INQ-15, SIQ, SBQ-R e RASQ, TDPPS, bem como CES-D e RES. Participou uma amostra final de 331 jovens adultos, estudantes universitários, com idades entre 18 e 25 anos. Utilizou-se a técnica da Análise de Correlação Canónica. Obtiveram-se quatro componentes canónicas. As duas primeiras, mais importantes, dizem respeito a (1) uma ideação suicida mais recente, influenciada pelas variáveis *perceção de ser um fardo*, interação entre *perceção de ser um fardo* e *sentimentos de não-pertença* e (2) aos comportamentos suicidários ao longo da vida, uma manifestação mais grave da suicidalidade, influenciada muito particularmente, pela dor psicológica (entre outras variáveis psicológicas).

Palavras-chave: Risco suicidário; Dor psicológica; Necessidades interpessoais; Razões para considerar o suicídio; Jovens adultos.

Psychological pain, interpersonal needs, reasons for attempting suicide and suicidal risk in young adults

Abstract

The aim of this study is to analyse the relationship between a set of psychological variables (psychological pain, interpersonal needs and reasons for attempting suicide) with several indicators of suicidal risk, namely recent suicidal ideation, ideation and lifetime suicidal behaviours. It was applied the Psychache Scale, INQ-15, SIQ, SBQ-R, RASQ and TDPPS, as well as CES-D and RES. Participated a sample of 331 young adults, college students, aged between 18 and 25 years. It was used the Canonical Correlation Analysis. Four canonical components were obtained. The first two of them, more significant, are composed by: (1) a more recent suicidal ideation, influenced by the variables *perceived burdensomeness*, the interaction between *perceived burdensomeness* and *thwarted belongingness* and (2) suicidal ideation and lifetime suicide attempts, a more serious manifestation of suicidality, most particularly influenced by psychological pain (among others psychological variables).

Keywords: Suicide risk; Psychological pain; Interpersonal needs; Reasons for suicide; Young adults.

Índice

Introdução e enquadramento teórico	1
O risco suicidário	1
Dor psicológica e risco suicidário	3
Necessidades interpessoais e risco suicidário	5
Razões para considerar pôr termo à vida e risco suicidário	7
Objetivos do estudo.....	8
Método.....	10
Participantes e procedimentos.....	10
Instrumentos de medida	12
Procedimento de análise de dados	18
Resultados.....	19
Análise preliminar.....	19
Análise da correlação canónica.....	19
Discussão	20
Limitações, estudos futuros e conclusão.....	27
Referências Bibliográficas.....	29

Contagem de palavras: 12935 palavras.

Introdução e enquadramento teórico

O suicídio é visto atualmente como um grave problema de saúde pública (World Health Organization [WHO], 2017). Estima-se que, por ano, seja a causa de morte de mais de 800 mil pessoas no mundo inteiro, sendo que em 2015 foi também, globalmente, a segunda causa de morte entre os 15 e os 29 anos de idade (WHO, 2017) e uma das principais causas de morte em estudantes universitários (Center for Disease Control [CDC], 2015). Em Portugal, no ano de 2014, contabilizaram-se 1223 suicídios (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016). Na população jovem (15-34 anos), foram contabilizados 115 suicídios (INE, 2016 citado por Programa Nacional para a Saúde Mental, 2016), que correspondem a 9,4% da totalidade de suicídios no país em 2014. Estes números representam uma perda massiva de vidas numa idade ativa (Fleischmann et al., 2008). Estima-se ainda que o número de tentativas de suicídio nos jovens possa ser 100 a 200 vezes superior ao número de suicídios (Bertolote & Fleischmann, 2009). A epidemiologia do suicídio demonstra, por um lado, a urgência de medidas de prevenção e intervenção ao nível global e, por outro, a dificuldade que a previsão deste tipo de comportamento tem (Overholser, Braden, & Dieter, 2012), dada a natureza multifacetada do fenómeno suicida (Shneidman, 1980).

O risco suicidário

O comportamento suicidário resulta da interação de uma multiplicidade de variáveis (Hawton & van Heeringen, 2009; Orbach, 1977) e pode ser explicado com recurso a diferentes modelos teóricos (Franklin, et al., 2017), nomeadamente os psicológicos, como o de Shneidman (1993, 1996, 1999), que salienta a importância da dor psicológica, e a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio de Joiner (2005). Na verdade, diversas variáveis têm sido descritas na literatura como se associando ao risco suicidário, como variáveis de natureza cultural (e.g., Leach, 2013), sociodemográfica (Huang, Ribeiro, Musacchio, & Franklin, 2017 [e.g. idade (Kposowa, 2000), género (Nock et al., 2008)]), biológica (Leon, Baca-Garcia, & Blasco-Fontecilla, 2015; Pandey, 2013 [e.g., fatores genéticos (Bondy, Buettner, & Zill, 2006)]) e, também, de natureza

psicológica (e.g., Leenaars, 1995, 1996; Shneidman, 1985). No que respeita a estas últimas, salientam-se variáveis como a dor psicológica (e.g., DeLisle & Holden, 2009; Shneidman, 1993, 1996; Troister & Holden, 2012, 2013), e as suas componentes, afetiva, cognitiva e de evitamento (Li et al., 2014), as necessidades interpessoais (e.g., Batterham et al., 2017; Joiner Jr. et al., 2009) e as razões para considerar pôr termo à vida (e.g., Holden, Kerr, Mendonca, & Velamoor, 1998; Holden & Kroner, 2003). A depressão tem sido igualmente referida como um importantíssimo factor de risco para os comportamentos suicidários (e.g., Angst, Angst & Stassen, 1999; Bradvick, Mattisson, Bogren & Nettelblatt, 2008; Holma et al., 2010; Malone, Haas, Sweeney & Mann, 1995). Contrariamente, um outro conjunto de variáveis tem sido apontado como tendo um carácter protetor (e.g., Baca-Garcia, Perez-Rodriguez, Mann, & Oquendo, 2008), como é o caso da resiliência (e.g., Breton et al., 2015; Kumar & George, 2013). É de uma complexa interação entre variáveis de risco e variáveis protetoras que se poderá deduzir a génese e a gravidade dos comportamentos suicidários (Moscicki, 2001).

Um conjunto de manifestações e comportamentos relacionados com o suicídio (e.g., Nock, 2010, 2014) pode ser conceptualizado num *continuum*, designado de *suicidalidade*, desde a ideação suicida passiva ao suicídio efetivo (e.g., Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007; Sveticic & De Leo, 2012). Especificamente, a ideação suicida refere-se a cognições que podem variar desde pensamentos transitórios sobre a inutilidade da vida e de estar vivo (ideação passiva) até desejos de morte e autodestruição persistentes e recorrentes, acompanhados de um plano de concretização dos mesmos (ideação ativa) (May, Overholser, Ridley & Raymond, 2015; Sveticic & De Leo, 2012). A ideação suicida poderá ser o primeiro "patamar" no espectro ou contínuo dos comportamentos suicidários. Tem sido, aliás, considerada em diversos estudos (e.g., Arria, O'Grady, Caldeira, Vincent, Wilcox, & Wish, 2009; Baca-Garcia et al., 2011; Beck, Brown, Steer, Dahlsgaard, & Grisham, 1999; Brezo et al., 2007) como um importante indicador e preditor de futuras tentativas de suicídio ou do suicídio efetivo, pelo que se compreende a necessidade de a estudar como um factor de risco *per se*.

Dor psicológica e risco suicidário

Os modelos psicológicos de compreensão do risco suicidário consideraram habitualmente a interação entre diversas variáveis psicológicas na previsão dos comportamentos suicidários (Beautrais, Collings, Ehrhardt, & Henare, 2005; O'Connor & Nock, 2014). No âmbito deste tipo de modelos, Shneidman (1993, 1996, 1999), postula que a dor psicológica (*psychache*), constitui uma experiência emocional dolorosa ligada a uma vivência intensa de angústia, desespero, vergonha, culpa, solidão, perda e sofrimento na *psyche*, sendo intrinsecamente interna e vivida introspectivamente. Segundo Shneidman (1985, 1992), a dor psicológica é o principal factor responsável pelo suicídio quando é percebida pelo indivíduo como insuportável; e afirma “o suicídio é causado pela dor psicológica” (Shneidman, 1993, pp. 145). Shneidman (1996) defende, assim, que a dor psicológica é absolutamente necessária para que ocorram comportamentos suicidários, que o autor entende como uma fuga ao sofrimento intolerável. Desta forma, o suicídio é considerado uma forma de adaptação do indivíduo à tensão provocada pela dor psicológica, à qual não consegue fazer face (Shneidman, 1980); se a intensidade da dor psicológica diminuir, o indivíduo não optará pela própria morte (anteriormente vista como a única saída para um estado interno insuportável) (Shneidman, 2001).

Shneidman (1987, 1993) propôs o *modelo cúbico* (tridimensional) do suicídio. Segundo este modelo, os comportamentos suicidários resultariam da interação entre três variáveis (Shneidman, 2005): (1) dor psicológica, (2) perturbação interna e (3) pressão por acontecimentos de vida negativos. O suicídio ocorreria, assim, quando coexistisse no indivíduo a experiência de uma dor psicológica intolerável (como consequência da não satisfação de necessidades psicológicas básicas), uma pressão intensa (resultado da ocorrência de acontecimentos negativos) e uma perturbação extrema (um estado mental constritivo que conduz o indivíduo em direção à ação de acabar com a vida) (Shneidman, 1991, 1996).

A literatura tem demonstrado ao longo dos anos uma muito importante relação entre a dor psicológica e o risco suicidário (e.g., Campos, Holden & Gomes, 2017; DeLisle, & Holden, 2004; Ducasse et al., 2017; Mee, Bunney, Reist, Potkin, & Bunney,

2006; Olié, Guillaume, Jausse, Courtet, & Jollant, 2010; Patterson & Holden, 2012; Troister, & Holden, 2010; Xie, Luo, Yin, Zou, Cui, Wang, & Shi, 2014). Uma metanálise de Verrocchio, Carrozzino, Marchetti, Andreasson, Fulcheri e Bech (2016) corrobora esta relação. Por exemplo, num estudo de Holden Mehta, Cunningham e McLeod (2001), com estudantes universitários, a dor psicológica diferenciou os indivíduos com história prévia de tentativas de suicídio dos que a não tinham e correlacionou-se significativamente com a ideação suicida no momento da avaliação. Outros estudos (e.g., DeLisle & Holden, 2004, 2009; Troister & Holden, 2012), concluíram que a dor psicológica e a ideação suicida variavam no mesmo sentido ao longo do tempo e, que a dor psicológica era a única variável que predizia estatisticamente a ideação suicida, quando se controlava variáveis como a depressão e a desesperança. Troister, Davis, Lowndes e Holden (2013), também num estudo longitudinal com estudantes universitários, verificaram que a dor psicológica se associou estatisticamente à ideação suicida, sendo que mudanças ao nível da dor psicológica também se associaram significativamente a alterações na ideação suicida, mesmo quando controladas as variáveis depressão e desesperança.

Mais recentemente, Li, Fu, Zou e Cui (2017) propuseram um Modelo Tridimensional da Dor Psicológica. Este modelo assume uma conceção multidimensional deste construto (Li et al., 2014; Li, Fu, Zou, & Cui, 2017), com três componentes: afetiva (*painful feelings*), cognitiva (*pain arousal*) e de evitamento (*active pain avoidance*). A componente afetiva engloba os sintomas subjetivos e corporais relativos à dor psicológica que são definidos como dolorosos (Li et al., 2014; Li, Fu, Zou, & Cui, 2017). A componente cognitiva engloba a dor que deriva de memórias e experiências passadas traumáticas como perdas, frustração e exclusão social (Li et al., 2014; Li, Fu, Zou, & Cui, 2017). Por sua vez, a componente de evitamento da dor representa a tendência para considerar o suicídio como a única forma de escapar à dor psicológica sentida pelo indivíduo, associando-se muito em particular à motivação suicida, motivação suicida que Holden, Mehta, Cunningham e McLeod (2001) associam a razões extrapunitivas e intrapunitivas para considerar por termo à vida.

Dado que o Modelo Tridimensional da Dor Psicológica é uma proposta recente, apenas alguns estudos empíricos foram publicados, demonstrando, no entanto, a relação

entre as três componentes da dor psicológica, muito em particular da última, a de evitamento, e o risco suicidário. Xie et al. (2014), levaram a cabo o primeiro estudo partindo desta perspetiva tridimensional, recorrendo a um grupo de indivíduos com depressão e a um grupo de controlo, sem a perturbação. O objetivo era perceber a relação entre a anedonia, a componente de evitamento da dor psicológica e a ideação suicida. Concluíram que a ideação suicida pode de facto ser influenciada por uma maior tendência ao evitamento da dor psicológica e que esta última variável pode ser um *trigger* para os comportamentos suicidários, mesmo na ausência de depressão. Por sua vez, Li et al. (2014), concluíram que elevados níveis de evitamento da dor (*pain avoidance*) durante um episódio depressivo constituíam a principal variável associada à motivação para o suicídio. De acordo com estes resultados, a componente de evitamento daria um maior contributo para os comportamentos suicidários do que a depressão ou a dor psicológica, avaliada globalmente. Da mesma forma, Li, Fu, Zou e Cui (2017) verificaram, numa amostra de estudantes universitários, que se encontravam maiores níveis da componente de evitamento da dor em estudantes em maior risco de suicídio do que naqueles cujo risco era menor, sendo que, pelo contrário, a pontuação total no *Beck Depression Inventory* não diferenciava os dois grupos. Segundo os autores, estes resultados sugerem que a subescala de evitamento da dor da Escala Tridimensional de Dor Psicológica constitui uma medida eficaz na identificação de estudantes em risco elevado de suicídio.

Necessidades interpessoais e risco suicidário

Apesar da importância da dor psicológica para a compreensão dos comportamentos suicidários, outros modelos, no entanto, centram-se noutras variáveis de natureza psicológica. A Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio de Joiner (2005) assume especial destaque. De acordo com esta perspetiva, o suicídio resulta do desejo do indivíduo de morrer e da existência de capacidade do próprio para o fazer (*acquired ability to enact lethal self-injury*). O desejo suicida advém da coexistência de dois estados psicológicos distintos, mas relacionados: (1) os sentimentos de não-pertença (*thwarted belongingness*) e (2) a perceção de ser um fardo (*perceived burdensomeness*) (e.g., Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Joiner (2005) conceptualizou um modelo

psicológico global, no qual, o primeiro estado representaria uma componente mais afetiva (decorrente da frustração de duas condições – a ocorrência de interações frequentes com os outros e o sentimento de ser cuidado de forma persistente) e, o segundo estado, corresponderia a uma componente mais cognitiva do modelo.

Segundo Joiner (2005), indivíduos com desejo suicida experienciam relações a que não sentem que pertençam (e.g., relações instáveis, sem proximidade) ou, não se sentem próximos nem cuidados pelos outros (e.g., família, amigos ou outro grupo valorizado pelo sujeito). O sentimento de pertença só seria experienciado, se as interações forem frequentes e positivas (Joiner Jr. et al., 2009; Van Orden & Conwell, 2011). Por sua vez, a percepção de ser um fardo diz respeito à visão que o indivíduo tem da sua existência, neste caso, como alguém que é um “fardo” (*burden*) para a sua família, amigos e/ou sociedade (Joiner, 2005; Joiner et al., 2009; O’Keefe et al., 2014) – “a minha morte será melhor do que a minha vida para os meus familiares, amigos e/ou sociedade”. No fundo, o indivíduo constrói cognitivamente o esquema de que os outros o veem como ele próprio se percebe, como um fardo, surgindo os pensamentos suicidas inclusive, como, uma forma altruísta de aliviar o peso que a sua vida acarreta para os outros (Joiner, 2005; Marty, 2011). Estas duas dimensões/estados psicológicos são independentes, contudo representam um maior risco para o indivíduo quando experienciadas em simultâneo (Ribeiro & Joiner, 2009), sendo que este risco tenderá a concretizar-se – o indivíduo passará ao ato – se possuir a capacidade para realizar o suicídio (*acquired capability*). Se assim não for, o indivíduo não morrerá por suicídio (Joiner Jr. et al., 2009; Ma, Batterham, Calear & Han, 2015).

Vários estudos têm demonstrado a relação entre necessidades interpessoais e risco suicidário (e.g., Campos & Holden, 2015; Joiner et al., 2009; O’Keefe et al., 2014; Van Orden, et al., 2008; Van Orden, Lyam, Hollar, & Joiner, 2006). Por exemplo, O’Keefe et al. (2014) verificaram numa amostra de estudantes universitários que a percepção de ser um fardo previu significativamente a ideação suicida, quando se controlaram variáveis demográficas e clínicas, como os sintomas depressivos. Ainda que os sentimentos de não-pertença não se tenham associado estatisticamente à ideação suicida, a interação entre a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não-pertença constitui um preditor significativo da ideação suicida. Da mesma forma, Wong, Koo,

Tran, Chiu e Mok (2011), também num estudo com uma amostra de estudantes universitários, concluíram que os sentimentos de não-pertença eram um preditor menos robusto de ideação suicida, quando comparados com a percepção de ser um fardo. Contudo, os sentimentos de não-pertença moderaram a associação positiva entre a percepção de ser um fardo e a ideação suicida. Já Van Orden et al. (2008) observaram, também numa amostra de estudantes universitários, que a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não-pertença eram ambos preditores significativos da ideação suicida no momento da avaliação.

Razões para considerar pôr termo à vida e risco suicidário

Shneidman (e.g., 1993), teorizou que o suicídio é resultado do desejo de pôr fim a uma dor emocional e psicológica avassaladora e, Joiner (2005), por sua vez, sugeriu que existem três dimensões que devem coexistir para que um suicídio ocorra. Outros autores ao longo dos anos, abordaram também o desejo suicida e o suicídio de um ponto de vista psicológico (May & Klonsky, 2013). Embora as razões atribuídas pelos indivíduos para considerarem o seu próprio suicídio ou, porem termo à sua vida, possam ser uma importante forma de compreender o fenómeno suicidário e intervir de forma preventiva, têm sido pouco estudados (May & Klonsky, 2013). Dada esta necessidade, Johns e Holden (1997) e, mais tarde, Holden, Kerr, Mendonca e Velamoor (1998) desenvolveram, a partir dos estudos de Bancroft, Skrimshire e Simkin (1976) e Varadaraj, Mendonca e Rauchenberg (1986), uma medida de avaliação destas razões / motivações – o *Reasons for Attempting Suicide Questionnaire* (RASQ). No âmbito do projecto de investigação onde esta dissertação se insere, optou-se por uma tradução menos literal do título deste instrumento, para: Questionário de Razões para Considerar pôr Termo à Vida. As motivações são avaliadas no questionário através de 14 itens e foram agrupadas (pós análise fatorial) em duas categorias: (1) intrapunitivas (*internal perturbation-based reasons*); (2) extrapunitivas/manipulativas (*extrapunitive /manipulative reasons*) (e.g., Holden & DeLisle, 2006; Holden & McLeod, 2000; Holden, Kerr, Mendonca, & Velamoor, 1998).

As motivações intrapunitivas centram-se no *self* e incluem situações intoleráveis para o indivíduo – que influenciam a forma como este se percebe – resultando em

avaliações negativas de si, e(ou) em situações de autopunição (Holden, Kerr, Mendonca & Velamoor, 1998). O suicídio seria, na opinião do indivíduo, uma forma de acabar com uma situação insuportável ou pôr fim a uma dor que para si seria intolerável (Johns & Holden, 1997), tal como havia preconizado Shneidman (1993). As motivações extrapunitivas/manipulativas são, por sua vez, motivações com uma base externa, isto é, que se centram no outro. Estas traduzem-se na expressão de emoções negativas (e.g., raiva, vingança) direcionadas a outrem, com intuito de influenciar e provocar respostas nesse outro (e.g., tristeza, ajuda, compreensão, amor) (Holden, Kerr, Mendonca, & Velamoor, 1998). Neste sentido, o suicídio seria uma forma de, por exemplo, fazer o outro arrepende-se de como havia tratado previamente o suicida (Johns & Holden, 1997).

No estudo de Johns e Holden (1997) com uma amostra não-clínica de adultos da comunidade, as motivações intrapunitivas relacionaram-se com as tentativas prévias de suicídio, com a ideação suicida e com a probabilidade considerada pelo indivíduo de poder vir a suicidar-se, controlando a variável desesperança. Do mesmo modo, Holden, Kerr, Mendonca e Velamoor (1998) verificaram, numa amostra clínica de pacientes internados num departamento hospitalar de psiquiatria, que as motivações intrapunitivas eram um preditor (independente do nível de desesperança), do desejo de morrer avaliado pelo paciente e pelo respetivo clínico, assim como da existência de um plano suicida. Também no estudo de Holden e Kroner (2003), com uma amostra de homens presidiários, as razões intrapunitivas foram um preditor estatisticamente significativo de comportamentos suicidários.

Objetivos do estudo

A presente investigação tem como objetivo estudar a relação entre um conjunto de variáveis psicológicas e diversos indicadores de risco suicidário, nomeadamente a ideação suicida, numa amostra não clínica de jovens adultos. A ideação suicida tem sido, aliás, referida em diversos trabalhos, como um importante factor de risco para o suicídio consumado (e.g., Baca-Garcia et al., 2011; Brezo et al., 2007). Diversos modelos têm sido propostos para explicar o risco suicidário, nomeadamente os modelos

psicológicos (Barzilay & Apter, 2014; Klonsky, May, & Saffer, 2016), sendo que estes modelos valorizam diversas variáveis psicológicas para o risco e os comportamentos suicidários.

No presente estudo será testado especificamente o contributo para o risco suicidário, de três tipos de variáveis psicológicas: a dor psicológica, de acordo com o modelo de Shneidman (e.g., 1985, 1993) e, as suas três componentes, uma componente afetiva, uma componente cognitiva e uma componente de evitamento, de acordo com um modelo tridimensional da dor psicológica (e.g., Li et al., 2014). Serão também estudadas as necessidades interpessoais – a perceção de ser um fardo e os sentimentos de não-pertença –, de acordo com a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio de Joiner (2005) e, as razões para considerar pôr termo à vida – razões intrapunitivas e extrapunitivas/manipulativas (Holden & McLeod, 2000). Controlar-se-á o efeito dos sintomas depressivos e da resiliência. A depressão tem sido considerada um importante factor preditor da suicidalidade (e.g., Arria et al., 2009; Garlow et al., 2008; Kisch, Leino & Silverman, 2005) e a resiliência um importante factor protetor (e.g., Breton et al., 2015; Kumar & George, 2013).

Serão utilizados sete indicadores de risco, nomeadamente a ideação suicida recente e a ideação e os comportamentos suicidários ao longo da vida, avaliados com recurso a dois instrumentos, especificamente através dos três fatores do *Questionário de Ideação Suicida para Adultos* (ASIQ; Reynolds, 1991; versão portuguesa de Ferreira e Castela, 1999), e dos quatro itens do *Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto* (SBQR; Osman, Bagge, Guitierrez, Konick, & Barrios, 2001; versão portuguesa de Campos e Holden, 2016).

A relação entre os diversos preditores e os diversos indicadores de risco suicidário será testada através da Análise de Correlação Canónica, uma metodologia com um cariz exploratório, que permite estudar as relações lineares existentes entre dois grupos de variáveis – dependentes e independentes – maximizando a correlação entre elas (Luís, 2015). Permite ainda explorar as dimensões subjacentes às relações entre esses dois conjuntos de variáveis. A utilização desta metodologia permitirá explorar uma possível multidimensionalidade da ideação/comportamentos suicidários, tendo por base um conjunto de variáveis psicológicas. Espera-se que a dor psicológica, as razões

para considerar a morte e as necessidades interpessoais se relacionem com as diferentes dimensões da ideação/comportamentos suicidários avaliadas.

Método

Participantes e procedimentos

Foi contactado um total de 349 jovens adultos estudantes da Universidade de Évora com menos de 26 anos. Dos 349 estudantes, um estudante não quis inicialmente participar, seis desistiram durante a aplicação das provas e 11 protocolos foram posteriormente considerados inválidos devido a estilos inadequados de resposta ou número excessivo de itens omissos (mais de 10% dos itens num dado questionário). A amostra final ficou composta por 331 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M = 19.89$; $SD = 1.74$), sendo predominantemente feminina ($n = 186$; 56.2%), composta por estudantes não trabalhadores (95.8%) e deslocados da residência oficial (77.3%). O valor médio relativo ao grau de satisfação com o curso que frequenta (avaliado com recurso a uma escala tipo Likert de 5 pontos de 1 – “nada satisfeito” a 5 – “muito satisfeito”) foi de 4.22 ($DP = .64$) (ver Tabela 1).

Os protocolos de investigação foram recolhidos em contexto de sala de aula. Contactaram-se diversos professores a fim de disponibilizarem algum tempo das suas aulas para a aplicação do protocolo. Os pré-requisitos para participar neste estudo foram exclusivamente etários: ter uma idade entre os 18 e os 25 anos inclusive. O projeto de investigação, coordenado pelo orientador desta dissertação, e onde esta recolha de dados se insere, foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora. A recolha de dados respeitou igualmente as normas deontológicas da Ordem dos Psicólogos Portugueses, tendo sido realizada pela mestranda e por duas outras mestrandas inseridas no referido projecto de investigação. Os indivíduos que aceitaram participar na investigação assinaram previamente ao preenchimento do protocolo de investigação um termo de consentimento informado em duplicado (uma das cópias ficou para o participante), onde constavam as condições de participação (nomeadamente, que era não remunerada e voluntária) e a garantia de anonimato e

confidencialidade das respostas. O protocolo de investigação, posteriormente distribuído, continha um conjunto de questionários que foram apresentados, numa ordem variável e uma ficha de dados demográficos e clínicos que era sempre a primeira a ser respondida.

Tabela 1. *Variáveis sociodemográficas da amostra final*

Variáveis	<i>N</i>	%	Média (<i>SD</i>)
Idade			19.9 (0.42)
Escolaridade (número de anos de frequência universitária)			2.2 (1.05)
Género			
Masculino	145	43.8	
Feminino	186	56.2	
É trabalhador-estudante			
Sim	12	3,6	
Não	317	95.8	
Não respondeu	2	0.6	
Saiu de casa para estudar			
Sim	256	77.3	
Não	75	22.7	
Grau de satisfação com o curso			4.22 (0.64)
Tem uma doença crónica			
Sim	27	8.2	
Não	303	91.5	
Já foi a um psicólogo			
Sim	114	34.4	
Não	217	65.6	
Tem um diagnóstico psiquiátrico			
Sim	9	2.7	
Não	322	97.3	

Instrumentos de medida

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos. Composta por um conjunto de questões com o objetivo de obter informação de carácter sociodemográfico relativa às variáveis: género, idade, curso que frequenta, ano de inscrição no curso, se é trabalhador-estudante, se teve de sair de casa para estudar e o grau de satisfação com o curso que escolheu. Apresenta também um conjunto de questões relativas a variáveis de natureza mais clínica que não serão consideradas no presente estudo: se tem uma doença crónica, se já foi ao psicólogo ou ao psiquiatra (e se sim, se foi regularmente) e se tem alguma doença psiquiátrica diagnosticada.

Psychache Scale (Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001). É um instrumento de autorresposta, composto por 13 itens, respondidos numa escala de Likert de 5 pontos (Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001). Avalia o construto de *psychache* por Shneidman (1993), sendo que a escala de resposta dos primeiros nove itens varia entre “nunca” (1) até “sempre” (5), avaliando a frequência da dor psicológica (e.g., “Dói-me porque me sinto vazio”) e nos restantes varia entre “discordo fortemente” (1) e “concordo fortemente” (5) avaliando a intensidade da dor psicológica (e.g., “A minha dor psicológica afeta tudo o que faço”). O valor total da escala obtém-se somando o valor dos 13 itens e pode variar entre 13 e 65 pontos, com resultados mais elevados a indicarem um nível mais elevado de dor psicológica (Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001). A versão original da escala mostrou-se psicometricamente adequada, apresentando valores de alfa de Cronbach superiores a 0.90 e, permitindo avaliar o grau de dor mental sentida pelo indivíduo, distinguir os indivíduos com e sem ideação suicida e prever os comportamentos suicidas e a ideação, mesmo quando se controlam variáveis como a depressão e a desesperança (e.g., DeLisle, & Holden, 2004), A versão portuguesa (Campos, Holden, & Gomes, 2017) apresenta boas qualidades psicométricas no que diz respeito à consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach de .95 e validade, por exemplo, diferenciando indivíduos que tentaram o suicídio daqueles que não tentaram. No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach foi de .90, sendo que o valor médio de pontuações obtidas foi de 21.39 ($DP = 11.04$).

Questionário de Ideação Suicida (SIQ; Reynolds, 1988, 1991). É um instrumento de autorresposta composto por 30 itens, respondidos numa escala de Likert de 7 níveis, que varia entre 0- “Nunca pensei nisto” e 6- “Quase todos os dias” (Reynolds, 1991). Possibilita uma avaliação da frequência e gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos no mês anterior (e.g., “Pensei suicidar-me”; “Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me”; “Pensei em ter um acidente grave”) (Reynolds, 1991). Neste estudo usou-se uma forma abreviada, o *Adult Suicidal Ideation Questionnaire* (ASIQ; Reynolds, 1991), que utiliza 25 dos 30 itens da forma original de Reynolds (1988) que saturam em três fatores, compostos por 10, nove e seis itens, respetivamente: O fator 1 corresponde a uma componente mais grave da ideação suicida, e inclui itens nomeadamente uma referência a um plano suicida; 2 – inclui itens referentes ao desejo suicida e a uma antecipação das respostas do outro; 3 – contem itens referentes a uma componente menos grave da ideação, com uma referência a pensamentos mais ligeiros e não específicos de suicídio e a como seria fácil ter um acidente, por exemplo. A adaptação portuguesa do SIQ (Ferreira, & Castela, 1999) apresenta boas qualidades psicométricas, no que diz respeito à consistência interna, com um alfa de Cronbach de .96 e, à correlação teste-reteste com intervalo de um mês entre as duas aplicações, com um valor de .76. No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach foi de .97 para o factor 1, .95 para o factor 2 e de .93 para o factor 3. Para o factor 1 obteve-se um valor total médio de 4.62 (SD = 7.52), para o factor 2 obteve-se um valor médio de 3.17 (DP = 6.75) e, para o terceiro, um valor médio de 1.95 (DP = 4,781).

Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto (SBQ-R; Osman, Bagge, Guitierrez, Konick, & Barrios, 2001). É um instrumento de autorresposta constituído por 4 itens de escolha múltipla que avaliam a frequência e gravidade dos comportamentos suicidários, nomeadamente, a história passada de ideação e tentativas de suicídio (Osman, Bagge, Guitierrez, Konick, & Barrios, 2001). O instrumento foi desenvolvido a partir da versão original de 34 itens (Linehan, 1981), utilizando dados de quatro amostras. Os valores da alfa de Cronbach para o SBQ-R variaram entre .76 e .88 (Osman et al., 2001). Os quatro itens permitem avaliar quatro importantes indicadores

de risco suicidário, respetivamente, a ideação e as tentativas de suicídio ao longo da vida, a ideação suicida no último ano, a comunicação a outrem ao longo da vida de intenção suicida e uma estimativa da probabilidade "futura" de tentar suicidar-se. Os itens são: “Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?”, “Com que frequência pensou matar-se no último ano?”, “Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?” e “Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?”. A escala de resposta é variável para cada item. Para o item 1, a escala varia entre 1 e 4, para o item 2, varia entre 1 e 5, para o item 3, entre 1 e 3 e para o item 4, varia entre 0 e 6. O total da escala pode variar entre 3 e 18 pontos. A versão portuguesa de Campos e Holden (2016), apresenta boas características psicométricas, com valores de consistência interna de .77 numa amostra da comunidade e .69 numa amostra de estudantes universitários e, diferenciando indivíduos que tentaram previamente o suicídio daqueles que não tentaram. No presente estudo serão utilizados os quatro itens como indicadores de risco suicidário, como aconteceu com outros estudos anteriores em Portugal (e.g., Campos, Besser, Abreu, Parreira & Blatt, 2014; Campos & Holden, 2014, 2015, 2016). Obteve-se um valor de alfa de Cronbach de .75 para os quatro itens em conjunto e um valor total médio de 4.62 ($SD = 2.42$). No presente estudo, 30 (9.1%) dos participantes já tinha formulado um plano suicida ao longo da vida e 5 (1.5%) já tinha feito uma tentativa de suicídio.

Inventário de Necessidades Interpessoais (INQ-15; Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012). É uma medida de autorrelato composta por 15 itens, respondidos numa escala de Likert de 7 pontos, variando de 1- “de maneira nenhuma verdadeiro para mim” a 7- “muito verdadeiro para mim” (Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012). Este instrumento foi desenvolvido para avaliar os construtos de percepção de ser um fardo (*perceived burdensomeness*) e de sentimentos de não-pertença (*thwarted belongingness*) de acordo com a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio (Joiner, 2005). Os seis primeiros itens avaliam a *percepção de ser um fardo* e os 9 restantes avaliam os *sentimentos de não-pertença*. Nesta segunda escala, seis dos nove itens são cotados de forma invertida. Exemplos de itens da escala *percepção de ser um fardo* são: “Atualmente, acho que sou um fardo para a sociedade”; “Atualmente, acho que pioro as coisas para as pessoas que fazem parte da minha vida”. Exemplos de itens

da escala *sentimentos de não-pertença* são: “Atualmente, sinto que pertenço a algo ou alguém”; “Atualmente, sinto-me desligado das outras pessoas”. Os resultados para cada escala obtêm-se somando os valores dos itens, dividindo depois esse resultado pelo número de itens da escala, pelo que os resultados variam entre 1 e 7. A versão portuguesa de Campos e Holden (2015), apresenta boas qualidades psicométricas, com valores de alfa de Cronbach de 0.88 para a escala da *perceção de ser um fardo* e de 0.80 para a escala dos *sentimentos de não-pertença*. No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach foram de .93 e .85, respetivamente para a escala de *perceção de ser um fardo* e *sentimentos de não-pertença*. Para a escala *perceção de ser um fardo* obteve-se um valor médio de 1.40 ($DP = .88$), enquanto que para a subescala *sentimentos de não-pertença* obteve-se um valor médio de 2.42 ($DP = 1.12$).

Questionário de Razões para Considerar pôr Termo à Vida (RASQ; Holden & McLeod, 2000). É um instrumento de autorrelato composto por 14 itens, a serem respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 1 - “Discordo completamente” a 5 - “Concordo completamente” (Holden & McLeod, 2000). Permite a obtenção de resultados para duas subescalas: razões extrapunitivas/manipulativas (*extrapunitive/manipulative reasons*), com 8 itens (e.g., “Para assustar alguém”; “Para fazer com que as pessoas se arrependam pela forma como me trataram”) e razões com base em perturbações internas/intrapunitivas (*internal perturbations-based reasons*), com 6 itens (e.g., “Para me castigar a mim próprio”; “Para obter alívio de um estado de espírito terrível”). Os resultados totais podem variar entre 8 e 40 pontos para a primeira subescala e, entre 6 e 30 pontos, para a segunda. O RASQ apresenta boas características psicométricas, com um alfa de Cronbach de .87 para a primeira subescala e de .82 para a segunda, numa amostra constituída maioritariamente por estudantes universitários (Holden & McLeod, 2000). No presente estudo foi utilizada uma forma traduzida e preparada especificamente para este estudo. Quatro psicólogos clínicos, incluindo o orientador desta dissertação, participaram no processo de tradução que foi relativamente facilitado, dado que a escrita dos itens da versão original era, na maior parte dos casos, simples. Os quatro tradutores discutiram entre si algumas dúvidas na tradução. Posteriormente, a versão portuguesa foi sujeita a retroversão para inglês por uma tradutora bilingue. Finalmente, o orientador, bem como a mestranda e outras duas

mestradas incluídas no projeto de investigação onde esta dissertação se insere, compararam a retroversão com o original no sentido de verificar se alguma alteração se justificava na forma portuguesa. A forma original e a retroversão mostraram-se muito próximas, não tendo sido realizada nenhuma alteração nos itens da forma experimental portuguesa. No presente estudo, obtiveram-se valores de alfa de Cronbach de .90 para a escala de razões intrapunitivas e de .88 para a escala de razões extrapunitivas/manipulativas. O valor médio obtido na escala de razões intrapunitivas foi de 9.72 ($DP= 5.09$), enquanto que na escala de razões extrapunitivas/manipulativas foi de 10.49 ($DP= 4.25$).

Escala Tridimensional de Dor Psicológica (TDPPS; Li et al., 2014). É um instrumento composto por 17 itens. Permite obter resultados para 3 subescalas, que possibilitam a avaliação da gravidade da dor psicológica em três dimensões: cognitiva (*pain arousal*) (8 itens; e.g., “Sempre que penso nas minhas graves imperfeições, sinto muita dor psicológica”), afetiva (*painful feelings*) (6 itens; e.g., “A minha dor é mais emocional do que física”) e evitamento (*active pain avoidance*) (3 itens; e.g., “Quase me matei para fazer a dor psicológica desaparecer”) (Li et al., 2014). Os itens são respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, de (1) “de forma alguma” a (5) “extremamente bem” (Li et al., 2014), variando os resultados totais entre 8 e 40 pontos na primeira subescala, 6 e 30 pontos na segunda subescala e, 3 e 15 pontos na terceira subescala. Com uma amostra de 1500 estudantes universitários, obtiveram-se valores de alfa de Cronbach de .85 para a escala *pain arousal*, de .86 para a escala *painful feelings* e de .77 para a escala de *active pain avoidance* (Li, Fu, Zou, & Cui, 2017). Foi utilizada uma forma traduzida e preparada especificamente para este estudo. Os procedimentos de obtenção desta forma experimental portuguesa são semelhantes aos descritos anteriormente para o RASQ. No presente estudo, obtiveram-se valores de alfa de Cronbach de .89 para a escala que avalia a dimensão cognitiva, .92 para escala que avalia a dimensão afetiva e .84 para a escala de evitamento. Para a subescala da dimensão cognitiva obteve-se um valor médio de 15.48 ($DP = 6.80$), para a da dimensão afetiva obteve-se um valor médio de 11.17 ($DP = 6.04$) e para a de evitamento, de 3.85 ($DP= 2.06$).

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977). A CES-D é um instrumento de autorrelato que avalia a frequência de ocorrência de sintomatologia depressiva na semana prévia à avaliação (Radloff, 1977). É constituída por 20 itens (e.g., “Senti-me deprimido”; “Senti-me triste”), respondidos numa escala de Likert de 4 níveis, variando entre 0- “Nunca ou muito raramente – menos de 1 dia” e 3- “Com muita frequência ou sempre – 5-7 dias”. Dos 20 itens, quatro estão escritos no sentido da *eutimia* (e.g., “Senti que valia tanto como os outros”; “Senti-me feliz”) e são cotados de forma invertida, de modo a tentar minimizar o efeito de algumas tendências de resposta, bem como a englobar itens que avaliem estados de afetos positivos (Radloff, 1977). O total de escala varia entre 0 e 60 pontos, com resultados mais elevados a descrever níveis de sintomatologia depressiva mais frequentes. A escala apresenta boas características psicométricas no que diz respeito à consistência interna, com um alfa de Cronbach de .85 numa amostra da comunidade e .90 numa amostra clínica (Radloff, 1977). Foram realizados três estudos que permitiram a validação de uma forma portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2004). No que diz respeito à consistência interna, obtiveram-se valores de alfa de Cronbach de 0.92 numa amostra não clínica de estudantes universitários, 0.89 numa amostra clínica de indivíduos com idades compreendidas entre 35 e 65 e, 0.85, numa amostra da comunidade de indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e 65. No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach foi de .92 e, obteve-se um valor total médio de 18.04 ($DP = 7.57$).

Escala de Resiliência de Wagnild e Young (RES; Wagnild & Young, 1993). É um instrumento de autorresposta composto por 25 itens (e.g., “Quando faço planos levo-os até ao fim”, “Tenho energia suficiente para cumprir as minhas obrigações”, “A minha vida tem sentido”), respondidos numa escala de Likert de 7 pontos, de 1- “Discordo Totalmente” ao 7- “Concordo Totalmente”, sendo que a pontuação total varia entre 25 e 175 pontos (Wagnild, & Young, 1993) – com resultados mais elevados a mostrem níveis mais elevados de resiliência. A escala apresenta valores de alfa de Cronbach superiores a .90 numa amostra de indivíduos da comunidade e, possibilita uma avaliação global no nível de resiliência, bem como a obtenção de resultados para cinco fatores: equanimidade, perseverança, autoconfiança, significância e solidão existencial (Wagnild, & Young, 1993). No presente trabalho será apenas utilizado o

resultado global. Na adaptação portuguesa de Vigário (2009) obtiveram-se resultados que sugerem boas qualidades psicométricas, sendo que o valor de alfa de Cronbach foi de .91. No presente estudo obteve-se um valor de alfa de Cronbach de .89, sendo que o valor médio obtido foi de 131.46 ($SD = 20.84$).

Procedimento de análise de dados

Como análise preliminar obtiveram-se os valores de correlação entre as variáveis em estudo. Como variáveis independentes foram consideradas: os sentimentos de não-pertença, a percepção de ser um fardo, a dor psicológica avaliada pela *Psychache Scale*, as razões para considerar pôr termo à vida intrapunitivas e as razões para considerar pôr termo à vida extrapunitivas/manipulativas, a componente cognitiva, a componente afetiva e a componente de evitamento da dor psicológica e, ainda, como covariáveis os sintomas depressivos e a resiliência. Considerou-se ainda, um termo de interação entre sentimentos de não-pertença e percepção de ser um fardo. Como variáveis dependentes, avaliando a ideação e os comportamentos suicidários, foram considerados os quatro itens do SBQ-R e os três fatores do SIQ.

De seguida realizou-se uma análise de correlação canónica com 11 variáveis de um dos lados da equação (as variáveis X - independentes) e sete variáveis do outro lado da equação (as variáveis Y - dependentes). Foi utilizado o procedimento / extensão CANCECORR para SPSS, que permite obter um *output* com toda a informação necessária desta técnica estatística. A análise canónica permite obter funções canónicas que maximizam a relação entre dois conjuntos/*sets* de variáveis, resumindo a relação entre uma combinação linear de variáveis dependentes e uma combinação linear de variáveis independentes. Tem uma natureza exploratória, mas relativamente complexa, e permite também analisar a estrutura de um conjunto complexo de dados. O número de funções canónicas obtidas é sempre igual ao conjunto X ou Y com o menor número de variáveis. No presente caso serão obtidas sete funções canónicas. Estas funções são usadas para criar as designadas variações canónicas (*canonical variates*). Cada lado da equação terá a sua variação para cada função. Por exemplo, se se obtiverem quatro funções canónicas num conjunto de dado, haverá oito variações canónicas, "quatro para o lado dos Xs" e quatro para "o lado dos Ys". Cada função, pela ordem obtida,

descreverá uma parte cada vez mais reduzida de variância (Book & Holden, 2005). O Lambda de *Wilks* permite testar quantas funções canônicas dão um contributo realmente significativo, ou seja, quantas correlações canônicas são estatisticamente significativas. No fundo, estas correlações canônicas são as correlações entre cada soma ponderada das variáveis X (tendo em conta os coeficientes canônicos/pesos brutos) e cada soma ponderada das variáveis Y. Cada correlação canônica significativa evidencia uma dimensão subjacente às variáveis introduzidas na análise, permitindo "determinar" a estrutura subjacente ao conjunto de variáveis estudadas. Dado que os pressupostos de normalidade e homocedasticidade das variáveis podem não se verificar, utilizou-se a metodologia de *Bootstrapping* (com 1000 replicações e intervalo de confianças corrigidos a 95%) para corroborar a significância das correlações canônicas.

Tendo por base as saturações canônicas (*canonical loadings*) obtidas para ambos os *sets* X e Y de variáveis, no fundo o contributo de cada variável original para cada variação canônica, ou a correlação de cada variável original com cada função canônica, pode avaliar-se efetivamente a importância/peso de cada variável para as dimensões subjacentes. Para facilitar a interpretação dos dados e de forma mais evidente verificar a importância relativa de cada variável nas componentes obtidas, procedeu-se a uma rotação *varimax* da solução canônica com as 18 variáveis.

Resultados

Análise preliminar

As correlações entre as variáveis em estudo são apresentadas na Tabela 2. Verifica-se que todas as correlações são significativas, na grande maioria dos casos para um nível de significância de $p < .001$.

Análise da correlação canônica

Dado o número de variáveis do *set* mais reduzido, neste caso Y, obtiveram-se sete correlações canônicas: .87; .53; .40; .29; .20; .15; .11. A primeira correlação é significativa (Lambda de *Wilks* = .123, $\chi_{(77)}^2 = 672.69$, $p < .001$, CI 95% [0.824 --

0.912]). A segunda correlação também é significativa (Lambda de *Wilks* = .517, $\chi_{(60)}^2 = 211.23$, $p < .001$, CI 95% [0.371 -- 0.645]). A terceira (Lambda de *Wilks* = .714, $\chi_{(45)}^2 = 107.82$, $p < .001$, CI 95% [0.362 -- 0.641]) e a quarta correlações canônicas (Lambda de *Wilks* = .848, $\chi_{(32)}^2 = 52.93$, $p < .05$, CI 95% [0.147 -- 0.419]) também são significativas. As restantes três correlações não são significativas.

Na Tabela 3 podem encontrar-se as saturações canônicas das 18 variáveis nas quatro componentes após rotação *varimax*. Verifica-se que na primeira componente as saturações mais elevadas são das variáveis *percepção de ser um fardo*, da interação entre a *percepção de ser um fardo* e os *sentimentos de não-pertença*, os dois itens relativos a uma ideação suicida mais recente do SBQ-R e os três fatores relativos à ideação suicida do Questionário de Ideação Suicida. Na segunda componente as saturações mais elevadas são das variáveis: dor psicológica, razões intrapunitivas, componente cognitiva e componente afetiva da dor psicológica e o primeiro item do SBQ-R relativo aos comportamentos suicidários ao longo da vida. Na componente três, as saturações mais elevadas são da componente de evitamento da dor psicológica e de dois itens do SBQ-R, relativos à ideação suicida no último ano (item 2) e à comunicação da intenção suicida (item 3). Na componente quatro, apenas as razões extrapunitivas/manipulativas e a componente cognitiva da dor psicológica apresentam uma saturação digna de análise.

Discussão

O presente estudo, de natureza exploratória, e assumindo uma perspectiva psicológica de compreensão do risco suicidário, teve como objetivo estudar a relação entre um conjunto de variáveis psicológicas, nomeadamente a dor psicológica, as necessidades interpessoais e as razões para pôr termo à vida, com diversos indicadores de risco suicidário – diferentes manifestações da ideação suicida recente e a ideação e os comportamentos suicidários ao longo da vida. Utilizou-se a metodologia da análise da correlação canônica para estudar a relação entre os diferentes preditores e as diferentes variáveis dependentes, indicadores de risco e, ao mesmo tempo, estudar a estrutura subjacente ao conjunto de variáveis estudadas e uma eventual multidimensionalidade dos comportamentos suicidários, tendo por base diferentes variáveis psicológicas de risco.

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

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<i>1- Não-pertença</i>																	
<i>2- Ser um fardo</i>	.48***																
<i>3- Dor psicológica</i>	.49***	.55***															
<i>4- Intrapunitivas</i>	.37***	.48***	.55***														
<i>5- Extrapunitivas</i>	.24***	.18**	.20***	.59***													
<i>6- Componente cognitiva</i>	.39***	.57***	.67***	.51***	.23***												
<i>7- Componente Afetiva</i>	.36***	.47***	.70***	.54***	.26***	.86***											
<i>8- Evitamento</i>	.34***	.49***	.45***	.47***	.13*	.64***	.57***										
<i>9- Fardo X Não-pertença</i>	.74***	.89***	.57***	.49***	.22***	.56***	.47***	.52***									
<i>10- Sintomas depressivos</i>	.43***	.48***	.58***	.37***	.21***	.57***	.53***	.32***	.52***								
<i>11- Resiliência</i>	-.52***	-.39***	-.42***	-.40***	-.22***	-.38***	-.31***	-.33***	-.49***	-.38***							
<i>12- SBQ-R - item 1</i>	.36***	.51***	.59***	.58***	.14*	.53***	.53***	.47***	.51***	.44***	-.36***						
<i>13- SBQ-R - item 2</i>	.36***	.54***	.51***	.46***	.18**	.47***	.44***	.51***	.56***	.41***	-.31***	.66***					
<i>14- SBQ-R - item 3</i>	.18***	.20***	.31***	.34***	.19**	.29***	.25***	.29***	.19**	.21***	-.18**	.47***	.47***				
<i>15- SBQ-R - item 4</i>	.39***	.58***	.51***	.57***	.11*	.47***	.41***	.47***	.57***	.35***	-.33***	.55***	.52***	.28***			
<i>16- SIQ - Factor 1</i>	.37***	.61***	.52***	.41***	.11*	.44***	.39***	.53***	.62***	.38***	-.34***	.64***	.72***	.45***	.60***		
<i>17- SIQ - Factor 2</i>	.47***	.72***	.59***	.55***	.18**	.54***	.49***	.53***	.76***	.44***	-.38***	.63***	.70***	.39***	.58***	.91***	
<i>18- SIQ - Factor 3</i>	.43***	.63***	.53***	.52***	.17**	.48***	.44***	.47***	.67***	.43***	-.37***	.65***	.71***	.47***	.56***	.92***	.92***

Nota. n = 331. *p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabela 3. *Matriz rodada das saturações canônicas das 18 variáveis em estudo*

<i>Variáveis</i>	Componente			
	1	2	3	4
<i>Sentimentos de não-pertença</i>	.418	.354	.025	.339
<i>Percepção de ser um fardo</i>	.813	.277	.174	.220
<i>Dor psicológica</i>	.405	.603	.344	.261
<i>Razões intrapunitivas</i>	.298	.700	.301	.147
<i>Razões extrapunitivas</i>	.044	.095	.127	.678
<i>Componente cognitiva</i>	.344	.577	.219	.527
<i>Componente Afetiva</i>	.286	.638	.123	.427
<i>Componente de evitamento</i>	.460	.187	.692	.112
<i>Fardo X não-pertença</i>	.890	.278	.052	.234
<i>Sintomas depressivos</i>	.312	.486	.083	.243
<i>Resiliência</i>	-.281	-.408	-.090	-.086
<i>SBQ-R - item 1</i>	.286	.868	.324	-.014
<i>SBQ-R - item 2</i>	.532	.254	.528	.236
<i>SBQ-R - item 3</i>	-.083	.356	.616	.407
<i>SBQ-R - item 4</i>	.505	.431	.415	.089
<i>SIQ - Factor 1</i>	.710	.315	.458	-.204
<i>SiQ - Factor 2</i>	.854	.348	.232	.078
<i>SIQ - Factor 3</i>	.699	.435	.179	-.004

Nota: SIQ = Questionário de Ideação Suicida; SBQ-R = Questionário de Comportamentos Suicidários-Revisto.

Verificou-se, de acordo com os resultados, que se obtiveram quatro componentes/dimensões (ver Tabela 3), que resumem as relações entre as diversas manifestações da suicidalidade e as variáveis psicológicas acima enunciadas, corroborando uma perspectiva multidimensional dos comportamentos suicidários, de acordo com um conjunto de trabalhos previamente publicados (e.g., Gvion, & Apter, 2012; Leenaars, 1996; Rodziński, Rutkowski, & Ostachowska, 2017).

A primeira dimensão canônica obtida engloba as variáveis relativas às necessidades interpessoais, nomeadamente a percepção de ser um fardo e a interação

entre a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não-pertença, bem como os itens dois e quatro do SBQ-R e os três fatores do SIQ, referentes a uma ideação suicida mais recente. Esta dimensão parece indicar que as necessidades interpessoais e, muito em particular, a percepção de ser um fardo (ainda que potenciada pelos sentimentos de não-pertença), assumem um papel preponderante para a motivação suicida mais recente. Estes resultados estão em consonância com a Teoria Interpessoal do Suicídio de T. Joiner (2005) e diversos estudos na literatura que relacionaram a percepção de ser um fardo, mais do que os sentimentos de não-pertença, à suicidalidade (e.g., Hill, & Pettit, 2014; Van Orden et al., 2006). Ainda assim, de acordo com os resultados, os sentimentos de não-pertença potenciam o efeito da percepção de ser um fardo.

Note-se que é um resultado que pode ter uma leitura, pelo menos em parte, desenvolvimentista. Na fase do ciclo vital onde os participantes neste estudo se encontram – “entrada” para a adultez – pode haver uma vivência de conflito e um misto de sonhos e desejos, a par de uma vivência de incerteza e ansiedade, pois é momento do ciclo vital que necessariamente traz novas possibilidades, mas também receios, com os quais os jovens têm de lidar (Arnett, 2001). É uma etapa caracterizada por uma maior autonomia em relação à família (Guerreiro & Sampaio, 2013; Ryan & Lynch, 1989) e uma maior ligação aos pares, onde é substancialmente importante para o indivíduo (inclusive ao nível identitário [Berry, Willingham & Thayer, 2000]) que o grupo o aceite e considere como parte (Landford, Yu, Pettit, Bates & Dodge, 2014). Se este apoio contextual não se verificar, poderá haver um aumento do risco; se as redes de apoio forem deficitárias, e se se gerar uma percepção por parte dos jovens de que não são aceites e são um fardo para os outros, pode aumentar o sofrimento interno e a probabilidade de comportamentos de risco, agravando-se algum tipo de vulnerabilidade individual já existente (Hooven, Snedker & Thompson, 2012).

Por outro lado, a segunda componente canónica evidenciada pelos resultados, sugere que a dor psicológica, bem como as suas componentes afetiva e cognitiva e a atribuição de razões internas (intrapunitivas) para a possibilidade de considerar pôr termo à vida, parecem relacionar-se com uma dimensão mais grave da suicidalidade – os comportamentos suicidários *lifetime*, ilustrados pelo primeiro item do SBQ-R. Estes resultados estão de acordo com o que é proposto por Shneidman (1993, 1996, 1999),

que considerava que a dor psicológica (*psychache*) era condição necessária para o suicídio e, que este só aconteceria, quando uma dor psicológica intolerável fosse percebida, dessa forma, pelo indivíduo. Li (2014; Li, Fu, Zou, & Cui, 2017) aproxima conceptualmente as componentes cognitiva e afetiva da dor psicológica no modelo tridimensional à noção de *psychache*, dado que estas componentes englobam os sentimentos subjetivos e corporais dolorosos relativos à dor psicológica e a dor associada a memórias e experiências traumáticas (e.g., perdas, frustração e exclusão social). Assim sendo, os resultados obtidos neste estudo, estão parcialmente de acordo com a perspectiva tridimensional. Ainda assim, de acordo com essa perspectiva, seria o evitamento da dor psicológica a dimensão que mais se relacionaria com a suicidalidade. Nos nossos resultados, porém, essa dimensão satura apenas na terceira dimensão canónica. Por outro lado, de acordo com os resultados, existe uma relação entre razões intrapunitivas (Holden, Kerr, Mendonca & Velamoor, 1998; Johns & Holden, 1997) para considerar pôr termo à vida e os comportamentos suicidários mais graves. Estas razões intrapunitivas englobam a vontade do indivíduo em acabar com a própria vida como resultado de experiências de autopunição e autodepreciação vividas como intoleráveis para o *self*, razões que devem ser tomadas como importantes quando se considera os comportamentos suicidários. Em suma, pode dizer-se que esta componente parece representar uma dimensão mais grave da suicidalidade, ligada eventualmente a um desejo de morte do indivíduo, como forma de acabar com a sua dor interna (e.g., Shneidman, 1984) e as suas manifestações afetivas e cognitivas.

A terceira dimensão engloba o evitamento da dor psicológica (*active pain avoidance*) e os itens 2 e 3 do SBQ-R, muito em particular este último. Esta componente parece refletir um elemento da suicidalidade, a comunicação a outrem de intenção suicida, que se relaciona com o evitamento da dor psicológica. A comunicação a outrem pode funcionar mesmo como uma fuga para o sofrimento psíquico. Esta dimensão poderá refletir uma componente da suicidalidade mais de evitamento. Note-se que segundo Kovacs, Beck e Weissman (1976), a relação entre a comunicação de intenção suicida a outrem e um verdadeiro desejo de morrer pode ser pouco significativa. Contudo, o indivíduo pode eventualmente utilizar a comunicação de intenção suicida a outrem como forma de alívio e pedido de ajuda, tentando fugir ao

sofrimento. Em termos clínicos, porém, a comunicação a outrem de desejo ou intenção suicida deverá ser sempre valorizada como indicador de risco e merecedor de atenção clínica.

Finalmente, a última dimensão canónica, que explica já uma pequena percentagem de variância, engloba as razões extrapunitivas para considerar pôr termo à vida e a componente cognitiva da dor psicológica. Esta dimensão poderá descrever uma certa tendência à externalização e culpabilização do exterior e dos outros pelo mal-estar psíquico do próprio, quando memórias associadas à dor psicológica (componente cognitiva ou de *arousal* da dor) emergem, negando-se o carácter individual e interno da dor.

Note-se, no entanto, que os resultados podem ter sido influenciados por um artefacto ligado ao factor “tempo” inerente à formulação dos itens (mais recente e *lifetime*) e não ao factor “gravidade” no *continuum* da suicidalidade. Repare-se que o SIQ tem na instrução a referência: “por favor indique quais destes pensamentos teve no mês passado”; o item 4 do SBQ-R convida o indivíduo a posicionar-se no momento presente sobre a possibilidade futura de vir a tentar o suicídio e o item 2 do SBQ-R questiona sobre a ideação no ano anterior à avaliação. Já o item 1 do SBQ-R é um item *lifetime*.

Desta forma, como análise auxiliar realizaram-se três regressões múltiplas pelo método *stepwise* para prever as variáveis SIQ1, SIQ3 e SBQ-R1 (ou seja, respetivamente, uma variável que avalia uma forma mais grave de ideação suicida, uma que avalia forma menos grave de ideação suicida e uma terceira que avalia comportamentos suicidários *lifetime*), forçando as covariáveis sintomas depressivos e resiliência a entrarem nos três modelos de regressão nos primeiros passos, de forma poder controlar o seu efeito na previsão da ideação suicida e comportamentos suicidas. A regressão *stepwise* constrói inicialmente um modelo com uma só variável, seleccionando a variável preditora que tem a correlação mais elevada com a variável dependente e, vai sucessivamente construindo iterativamente uma sequência de modelos de regressão pela adição ou remoção de variáveis em cada etapa. O

procedimento termina no momento em que mais nenhuma modificação permita aumentar significativamente a variância explicada na variável dependente.

Na primeira regressão, o *software* reteve no modelo, para além das covariáveis, mais sete preditores: sentimentos de não-pertença X percepção de ser um fardo, evitamento da dor psicológica, razões intrapunitivas e extrapunitivas para considerar o suicídio, sentimentos de não-pertença, *psychache* e componente afetiva da dor psicológica. Este modelo explica 54% da variância do item 1 do SIQ. No segundo modelo foram retidas quatro variáveis: sentimentos de não-pertença X percepção de ser um fardo, razões intrapunitivas e extrapunitivas para considerar o suicídio, e sentimentos de não-pertença. Este modelo explica 53% da variância do item 3 do SIQ. Finalmente, no terceiro modelo, cinco variáveis foram retidas: razões intrapunitivas e extrapunitivas para considerar o suicídio, *psychache*, evitamento da dor psicológica e percepção de ser um fardo. Este modelo explica 51% da variância na variável dependente item 1 do SBQ-R.

O objetivo desta análise era compreender qual o conjunto de variáveis psicológicas que dava um contributo único e significativo na previsão de três manifestações importantes do risco, ideação suicida mais grave, ideação suicida menos grave e comportamentos suicidários *lifetime*. Os resultados mostram que existem preditores comuns às três manifestações de suicidalidade – razões intrapunitivas e razões extrapunitivas para considerar a morte – mas mostram também a importância de *psychache* e do evitamento da dor psicológica para formas mais grave de suicidalidade – ideação mais grave e comportamentos suicidários *lifetime*. Estes resultados da análise auxiliar estão, em parte, em consonância com os da análise principal, no que à importância da dor psicológica para formas mais graves de suicidalidade, diz respeito. No entanto, na terceira análise auxiliar, a percepção de ser um fardo mostrou-se importante para os comportamentos suicidários *lifetime*, ao contrário do que aconteceu na análise principal. De acordo com os resultados da análise auxiliar, o evitamento da dor psicológica parece igualmente importante para a previsão de formas mais graves de ideação e comportamentos suicidários. Pode, por conseguinte, pensar-se, que do ponto de vista da intervenção terapêutica, será importante a vivência e elaboração da dor psicológica, com intuito de ajudar o paciente a enfrentar a sua dor e a não evitá-la.

Limitações, estudos futuros e conclusão

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em conta. Uma primeira limitação foi a utilização exclusiva de medidas de autorresposta. Estas medidas podem ser sujeitas a diversas formas de enviesamento (Dowling, Bolt, Deng & Li, 2016). Muito em particular, no presente estudo, os participantes podem ter sentido o constrangimento de responder com total sinceridade sobre uma temática que pode ser fortemente influenciada pela desejabilidade social, dado que está ainda associada a um a forte estigma (Cvinar, 2005; Oexle & Rüsçh, 2017). Embora a resposta aos instrumentos de medida tenha sido anónima e confidencial, os participantes podem sempre inibir-se devido a questões de ordem moral e/ou religiosa, que vão contra a aceitação da ideação e dos comportamentos suicidários (Rasic, Belik, Elias, Katz, Enns, & Sareen, 2009). Em estudos futuros, seria importante utilizar outras metodologias, como a entrevista.

O tamanho da amostra é aceitável, mas pode não ser representativa, dado que se trata de uma amostra de conveniência. Importa referir também que a amostra utilizada neste estudo é uma amostra de baixo risco suicidário sendo que, futuramente, e a fim de concluir sobre a possibilidade de generalizar os resultados, o estudo deveria ser replicado com amostras clínicas, de risco elevado. Saliente-se também que a metodologia utilizada, de tipo transversal, pode conduzir a uma sobrestimação das relações entre as variáveis estudadas.

Os resultados obtidos apoiam a ideia de uma multidimensionalidade do espectro dos comportamentos suicidários em que diferentes manifestações da suicidalidade se podem relacionar com diferentes tipos de variáveis psicológicas. Ainda que não seja possível concluir sobre relações de causa-efeito, os resultados que se obtiveram podem informar acerca das variáveis cuja influência é maior em determinadas dimensões da suicidalidade. Mediante isto, e como dito anteriormente, os resultados sugerem que a dor psicológica assume um papel mais importante quando se trata de manifestações mais graves da suicidalidade e que a não-satisfação das necessidades interpessoais, muito em particular, a percepção do indivíduo se sentir um

fardo para aqueles que mais lhe são significativos, se associa genericamente com a motivação suicida.

Como se disse, os efeitos dos comportamentos suicidários na adultez precoce são de grande alcance, com repercussões profundas não só ao nível pessoal como familiar e social (Hooven, Snedker & Thompson, 2012). Do ponto de vista social, a perda de vidas numa fase tão prematura do ciclo vital, acarreta enormes custos (Fleischmann et al., 2008), assinalando a urgência da implementação de práticas efetivas de prevenção destes comportamentos (e.g., Overholser, Braden & Dieter, 2012). Neste sentido, a prevenção deve ser encarada como essencial (e.g., Jacobson, Batejan, Kleinman & Gould, 2013; Goldamn-Mellor et al., 2014; Yozwiak, Lentzsch-Parcells & Zapolski, 2012), pois pode atuar em níveis mais precoces do *continuum* suicidário, ajudando a vislumbrar uma “saída” a quem esgotou cognitivamente as soluções para lidar com a dor que lhe suga a vontade de viver (e.g., Shneidman, 1991, 1996). Sabe-se, que pode existir uma "escala" no espectro de comportamentos suicidários e, que, por exemplo, existe uma grande probabilidade de, após uma primeira tentativa de suicídio, seguirem-se-lhe outras, cuja gravidade será crescente, até que possa ocorrer um suicídio fatal (e.g. Espinoza-Gomez et al., 2010).

É claro que nem todos os casos de suicídio poderão ser prevenidos, no entanto, é fundamental que haja uma sensibilização e formação de profissionais de saúde para a intervenção ao nível de variáveis de risco, nomeadamente as variáveis de tipo psicológicas (e.g. *psychache*, necessidades interpessoais) para que se possa contribuir para o preservar da vida humana. Desta forma, colaborar para uma compreensão psicológica de diferentes manifestações da suicidalidade, pode ser uma tarefa de investigação relevante e com repercussões para a prática clínica, com vista a obter uma perspetiva cada vez mais global, ainda que idiossincrática (focando-se na compreensão do indivíduo) (Scoliers et al., 2009), que a par do estudo de variáveis de ordem mais contextual e cultural, possa efetivamente ter reflexos objetivos e realistas no que diz respeito à avaliação e monitorização do risco suicidário.

Referências Bibliográficas

- Angst, J., Angst, F., & Stassen, H. H. (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(2), 57-62.
- Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development, 8*, 133-143. doi:10.1023/A:1026450103225.
- Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. W. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research, 13*, 230-246. doi:10.1080/13811110903044351.
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, Mann, J. J., & Oquendo, M. A. (2008). Suicidal behaviour in young women. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 317-331. doi:j.psc.2008.01.002.
- Baca-Garcia E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders, 134*, 327-332. doi:10.1016/j.jad.2011.06.026.
- Bancroft, J. H. J., Skrimshire, A. M., & Simkin, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry, 128*, 538-548.
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research, 18*, 295-312. doi:10.1080/13811118.2013.824825.
- Batterham, P. J., Walker, J., Leach, L.S., Ma, J., Calear, A. L., Christensen, H. (2017). A longitudinal test of the predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour for passive and active suicidal ideation in a large community-based cohort. *Journal of Affective Disorders, 227*, 97-102. doi:10.1016/j.jad.2017.10.005.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(3), 420-436. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x.

- Beautrais, A. 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.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R. A., Dahlsgaard, K. K., Grisham, J. R. (1999). Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *29*, 1–9. doi:10.1111/j.1943-278X.1999.tb00758.x.
- Berry, D. S., Willingham, J. K., & Thayer, C. A. (2000). Affect and personality as predictors of conflict and closeness in young adults' friendships. *Journal of Research in Personality*, *34*, 84–107. doi:10.1006/jrpe.1999.2271.
- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 91-98). New York: Oxford University Press.
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, *11*, 336-351. doi:10.1038/sj.mp.4001803.
- Book, A. S., & Holden, R. R. (2005). *Psychology 802: Laboratory manual*. (Unpublished document). Queen's University.
- Bradvick, L., Mattisson, C., Bogren, M., & Nettelbladt, P. (2008). Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947–1997 – Severity and gender. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*, 185–191. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.1136.x.
- Breton, J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St-Georges, M., Ricard, ... Guilé, J. (2015). Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(2), 5-15. doi:10.1027/0227-5910.28.3.131.
- 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. doi:10.1017/S0033291707000803.
- Campos, R. C., 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. doi:10.1521/bumc.2014.78.2.115.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2014). Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *European Journal of Psychiatry*, 28(4), 230-241. doi:10.4321/S0213-61632014000400004.
- Campos, R. C., & Holden, R., (2015). Testing a theory based model of suicidality in a community sample. *Omega: Journal of Death and Dying*. doi: 10.1177/0030222815598428.
- Campos, R. C., & Holden R. R. (2016). The Portuguese version of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised. Validation data and the establishment of a cut-score for screening purposes. *European Journal of Psychological Assessment*. Advanced online publication doi.org/10.1027/1015-5759/a000385.
- 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.
- Center for Disease Control (2015). *Suicide: Facts at glance*. National Center for Injury Prevention and Control. Retirado de: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>.
- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14-21. doi:10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x.
- DeLisle, M., & Holden, R. R. (2004). Depression, hopelessness, and psychache as increasingly specific predictors of suicidal manifestations. *Canadian Clinical Psychologist*, 15, 7–10.
- DeLisle, M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 42, 46–63.
- Dowling, N. M., Bolt, D. M., Deng, S., & Li, C. (2016). Measurement and control of bias in patient reported outcomes using multidimensional item response

- theory. *BMC Medical Research Methodology*, 16, 1-18. doi:10.1186/s12874-016-0161-z.
- Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2017). Psychological pain in suicidality: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(8). doi:10.4088/JCP.16r10732.
- Espinoza-gomez, F., Zepeda-pamplona, V., Hernández-bautista, V., Hernández-suárez, C. M., Newton-sánchez, O. A., Plasencia-garcia, G. R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Publica Mexico*, 52(3), 213-219. doi:10.1590/S0036-36342010000300005.
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S). In Simões M. R., Gonçalves M., & Almeida L. S. (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol.II) (pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., ... Thanh, H. T. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 1-8. doi:10.2471/BLT.07.046995.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 145(2), 187-232. doi:10.1037/bul0000084.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (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:10.1002/da.20321.
- Goldman-Mellor, S. J., Caspi, A., Harrington, H., Hogan, S., Nada-Raja, S., Poulton, R., Moffitt, T. E. (2014). Suicide attempting young people: a signal for long-term health care and social needs. *JAMA Psychiatry*, 71, 119-12. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.2803.

- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment, 20*(4), 339-348. doi:10.1027/1015-5759.20.4.339.
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 31*(2), 213-222. doi:10.1016/j.rpsp.2013.05.001.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. *Public Health Reviews, 34*, 1-20. doi:10.1007/BF03391677.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet, 373*, 1372–1381.
- Holden, R. R., & DeLisle, M. M. (2006). Factor structure of the reasons for attempting suicide questionnaire (RASQ) with suicide attempters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 28*(1), 1-8. doi:10.1007/s10862-006-4532-3.
- Holden, R. R., Kerr, P. S., Mendonca, J. D., & Velamoor, V. R. (1998). Are some motives more linked to suicide?. *Journal of Clinical Psychology, 54*(5), 569-576. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199808)54:5<569::AID-JCLP2>3.0.CO;2-G.
- Holden, R. R., & Kroner, D. G. (2003). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a forensic sample. *Canadian Journal of Behavioural Science, 35*(1), 35-44. doi:10.1037/h0087184.
- Holden, R. R., & McLeod, L. D. (2000). The structure of the reasons for attempting suicide questionnaire (RASQ) in a nonclinical adult population. *Personality and Individual Differences, 29*, 621-628. doi:10.1016/S0191-8869(99)00214-7.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*, 224-232. doi:10.1037/h0087144.
- Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A. K., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *American Journal of Psychiatry, 167*(7), 801-808. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09050627.

- Hooven, C., Snedker, K. A., & Thompson, E. A. (2012). Suicide risk at young adulthood: Continuities and discontinuities from adolescence. *Youth and Society*, 44(4), 524-547. doi:10.1177/0044118X11407526.
- Huang, X., Ribeiro, J. D., Musacchio, K. M., & Franklin, J. C. (2017). Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *Plos One*, 12(7), 1-21. doi:10.1371/journal.pone.0180793.
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). Aumento dos suicídios em 2014: Destaque. *Informação à comunicação social*. Lisboa: INE.
- Jacobson, C., Batejan, K., Kleinman, M., & Gould, M. (2013). Reasons for attempting suicide among a community sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 646-662. doi:10.1111/sltb.12047.
- Johns, D., & Holden, R. R. (1997). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29(4), 266-274. doi:10.1037/0008-400X.29.4.266.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Joiner Jr., T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, D. M. (2009). Main predictions of the Interpersonal Psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 634-646. doi:10.1037/a0016500.
- Kisch, J., Leino, E. V., & Silverman, M. M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression and treatment in college students: Results from the spring 2000 national college health assessment survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 3-13. doi:10.1521/suli.35.1.3.59263.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts and suicidal ideation. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
- Kovacs, M., Beck, A. T., & Weissman, A. (1976). The communication of suicidal intent. *Archives of General Psychiatry*, 33, 198-201. doi:10.1001/archpsyc.1976.01770020042006.
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4), 254-26. doi:10.1136/jech.54.4.254.

- Kumar, P. N. S., & George, B. (2013). Life events, social support, coping strategies, and quality of life in attempted suicide: A case-control study. *Indian Journal of Psychiatry*, *55*(1), 46-51. doi:10.4103/0019-5545.105504.
- Lansford, J. E., Yu, T., Pettit, G. S., Bates J. E., & Dodge, K. A. (2014). Pathways of peer relationships from childhood to young adulthood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *35*(2), 117-117. doi:10.1016/j.appdev.2013.12.002.
- Leach, M. M. (2013). *Cultural diversity and suicide: Ethnic, religious, gender, and sexual orientation perspectives*. New York: Routledge.
- Leenaars, A. A. (1995). Clinical evaluation of suicide risk. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *49*(1), 61-68. doi:10.1111/j.1440-1819.1995.tb01922.x.
- Leenaars, A. A. (1996). Suicide: A multidimensional malaise. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *26*(3), 221-236. doi:10.1111/j.1943-278X.1996.tb00608.x.
- 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. doi:10.1159/000438510.
- Li, H., Xie, W., Luo, X., Fu, R., Shi, C., Ying, X., et al., (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Journal of the American Association of Suicidology*. *44*(1), 78-88. doi:10.1111/sltb.12056.
- Li, H, Fu, R., Zou, Y., & Cui, Y. (2017). Predictive roles of three-dimensional psychological pain, psychache, and depression in suicidal ideation among chinese college students. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1-8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01550.
- Linehan, M. M. (1981). *The Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ)*. Unpublished instrument, University of Washington, Seattle.
- Luís, I. E. (2015). *Análise de correlação canónica: Extensões e aplicações*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.
- Ma, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Han, J. (2015). A systematic review of the predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, *46*, 34-45. doi:10.1016/j.cpr.2016.04.008.

- Malone, K. M., Haas, G. L., Sweeney, J. A., & Mann, J. J. (1995). Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders, 34*, 173-185. doi:10.1016/0165-0327(95)00015-F.
- May, C. N., Overholser, J. C., Ridley, J., Raymond, D. (2015). Passive suicidal ideation: A clinically relevant risk factor for suicide in treatment-seeking veterans. *Illness, Crisis & Loss, 23*(3), 261-277. doi:10.1177/1054137315585422.
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., Bunney, W. E. (2006). Psychological pain: A review of evidence. *Journal of Psychiatric Research, 40*, 680-690. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.03.003.
- Moscicki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research, 1*(5), 310-323. doi:10.1016/S1566-2772(01)00032-9.
- Nock, M. K., 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.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 15-45. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
- Nock, M. K. (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford University Press.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behavior. *The Lancet Psychiatry, 1*, 73-85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
- Oexle, N., & Rüsçh, N. (2017). Stigma - risk factor and consequence of suicidal behavior: Implications for suicide prevention. *Der Nervenarzt, 16*, 1-5. doi:10.1007/s00115-017-0450-8.
- O'Keefe, V. M., Wingatem L. R., Davidson, C. L., Tucker, R. P., Rhoades-Kerswill, S., & Slish, M. L. (2014). Interpersonal suicide risk for American Indians: Investigating thwarted belongingness and perceived burdensomeness. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 20*, 61-67. doi:10.1037/a0033540.

- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, 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. doi:10.1016/j.jad.2009.03.013.
- Orbach, I. (1997). A taxonomy of factors related to suicidal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 208-224. doi:10.1111/j.1468-2850.1997.tb00110.x.
- Osman, A., Bagge, C. L., Guitierrez, P. M., Konick, L. C., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment, 5*, 443-454. doi:10.1177/107319110100800409.
- Oversolser, J. C., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology, 68*(3), 334-348. doi:10.1002/jclp.20859.
- Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders, 15*(5), 524-541. doi:10.1111/bdi.12089.
- Patterson, A. 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.
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2016). *Saúde mental em números – 2015*. Direção-Geral da Saúde.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401. doi:10.1177/014662167700100306.
- Rasic, D. T., Belik, S. L., Elias, B., Katz, L. Y., Enns, M., & Sareen, J. (2009). Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders, 114*, 32-40. doi:10.1016/j.jad.2008.08.007.
- Reynolds, W. M. (1991). *Adult Suicide Ideation Questionnaire: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 1291-1299. doi:10.1002/jclp.20621.
- Ryan, R. M., & Lynch, J. H. (1989). Emotional autonomy versus detachment: Revisiting the vicissitudes of adolescence and young adulthood. *Child Development, 60*(2), 340-356. doi:10.2307/1130981.
- Scoliers G., Portzky G., Madge N., Hewitt A., Hawton K., de Wilde E.J., ... Van Heeringen C. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or a cry for help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(8), 601-607. doi:10.1007/s00127-008-0469-z.
- Shneidman, E. S. (1980). A possible classification of suicidal acts based on Murray's need system. *Suicide and Life Threatening Behavior, 10*(3), 175-181. doi:10.1111/j.1943-278X.1980.tb00777.x.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- 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. S. (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. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Shneidman E. (1996). *The suicidal mind: Final thoughts and reflections*. Oxford, UK: Oxford University 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.
- 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. doi:10.1521/suli.2007.37.3.264.
- Sveticic, J., & De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness*, 4, 73-78. doi:10.4081/mi.2012.e15.
- Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: Replication in general and high-risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 611-620. doi:10.1111/sltb.12043.
- 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:10.1016/j.paid.2010.06.006.
- Troister, T., & Holden, R. 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: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 Counselling and Development*, 46(1), 50-63. doi:10.1177/0748175612451744.
- Van Orden, K. A., Lyam, M. E., Hollar, D., & Joiner, T. E. (2006). Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 457-467. doi:10.1007/s10608-006-9057-2.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T., W., & Joiner Jr, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 72-83. doi:10.1037/0022-006X.76.1.72.
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A., Joiner Jr, T.E., (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575–600. doi:10.1037/a0018697.

- Varadaraj, R., Mendonca, J. D., & Rauchenberg, P. M. (1986). Motives and intent: A comparison of views of overdose patients and their key relatives/friends. *Canadian Journal of Psychiatry, 31*, 621-624.
- Verrocchio, M. C., 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.
- Vigário, M. I. S. (2009). *Talento desportivo, prática desportiva e resiliência: Um estudo com atletas adolescentes do sexo masculino no futebol*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-178.
- Wong, Y. J., Koo, K., Tran, K. K., Chiu, Y., & Mok, Y. (2011). Asian American college students' suicide ideation: A mixed-methods study. *Journal of Counseling Psychological, 58*, 197-209. doi:10.1037/a0023040.
- World Health Organization (2017). *Suicide*. Retirado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>.
- Xie, W., Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., Wang, N., ... 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, 70*, 681-692. doi:10.1002/jclp.22055.
- Yozwiak, J. A., Lentzsch-Parcells, C. M., & Zapolski, T. C. B. (2012). Suicide and suicidal ideation among college students. *International Journal on Disability and Human Development, 11*(3), 185-189. doi:10.1515/ijdh-2012-0042.