

Estudos de Validação da Tolerance for Mental Pain Scale-10 (TMPS-10) para a População Portuguesa

Validation Studies of the Tolerance for Mental Pain Scale-10 (TMPS-10) for the Portuguese Population

Rui C. Campos¹, Luís C. Martins² e Bruna Passos²

Resumo

A tolerância à dor psicológica é um construto central em algumas teorizações sobre o suicídio. O objetivo deste trabalho é apresentar estudos de validação da *Tolerance for Mental Pain Scale-10* (TMPS-10) para a população portuguesa. Este instrumento operacionaliza duas facetas da tolerância à dor mental: *managing the pain* e *enduring the pain*. No primeiro estudo, em que participou uma amostra comunitária de 437 indivíduos, a análise fatorial exploratória demonstrou a existência de dois fatores que revelaram uma adequada consistência interna. O segundo estudo, realizado com uma amostra de 316 estudantes universitários, permitiu testar a validade convergente do instrumento, tendo-se obtido valores de correlação negativos e significativos com a *Psychache Scale* e com a *Suicide Ideation Scale*. Testou-se, igualmente, a validade referenciada pelo critério tentativa prévia de suicídio e confirmou-se a solução fatorial de dois fatores obtida no primeiro estudo.

Palavras-chave: Tolerance for Mental Pain Scale-10 (TMPS-10), managing the pain, enduring the pain, estudos de validação

Abstract

Tolerance for psychological pain is a central construct in some perspectives about suicide. The aim of this research is to present validation studies of the Tolerance for Mental Pain Scale-10 (TMPS-10) for the Portuguese population. This instrument operationalizes two facets of tolerance for mental pain: managing the pain and enduring the pain. In the first study, involving a community sample of 437 individuals, exploratory factor analysis showed the existence of two factors with adequate internal consistency. The second study carried out with a sample of 316 university students and allowed testing for the instrument's convergent validity. Negative and significant correlation values with both the Psychache Scale and the Suicide Ideation Scale were obtained. The criterion-related validity using "previous suicide attempt" was also tested and the two-factor result obtained in the first study was confirmed.

Keywords: Tolerance for Mental Pain Scale-10 (TMPS-10), managing the pain, enduring the pain, estudos de validação

Agradecemos a Cátia Reixa, Inês Morujão e Gabriel Tomás pela sua colaboração na recolha de dados. Gostaríamos, igualmente, de endereçar a nossa gratidão a todos os participantes nestes estudos.

¹Professor Associado c/ Agregação do Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, Portugal. Membro integrado do Comprehensive Health Research Center. E-mail: rcampos@uevora.pt (Autor de correspondência)

²Mestre em Psicologia pela Universidade de Évora (Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais), Portugal. Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, Portugal.

Introdução

Para Shneidman (1998, 1999), a dor psicológica resultaria da frustração de necessidades psicológicas consideradas vitais (e.g., amor e pertença, percepção de controlo, autoimagem positiva, relacionamentos significativos; Shneidman, 1996). Por sua vez, a morte por suicídio relacionar-se-ia com uma experiência intrapsíquica de dor psicológica máxima por parte do indivíduo (Shneidman, 1991). Como o próprio autor afirma: “no psychache, no suicide” (Shneidman, 1993, p. 147). A função do suicídio seria então, precisamente, escapar à dor psicológica (Shneidman, 1987, 1991). Contudo, *psychache* compreende diversos graus, podendo o suicídio ocorrer apenas quando a mesma é sentida pelo próprio como insuportável (*unbearable*; Shneidman, 1998). Assim sendo, importa atender aos níveis individuais de tolerância à dor psicológica (Shneidman, 1985, 1993). Procurando aprofundar esta perspetiva, Meerwijk et al. (2013) sugerem que a experiencição de *psychache* diminui a própria tolerância à mesma, e que é nos períodos em que os níveis de tolerância se tornam insuficientes face ao grau atual de dor psicológica que as crises suicidárias surgem. Instala-se, assim, um círculo vicioso: quanto mais a dor psicológica é experienciada, menor se vai tornando a capacidade de a tolerar; quanto menor a tolerância à dor psicológica, mais a dor psicológica experienciada aumenta (Becker et al., 2019).

Cumprir notar que, apesar de *psychache* partilhar aspetos comuns com outros estados internos aversivos, corresponde a uma experiência psicológica própria (Orbach et al., 2003; Shneidman, 1993), teórica e empiricamente diversa de construtos como *distress*, depressão ou desesperança (Campos & Holden, 2016; Campos et al., 2017; Troister & Holden, 2010, 2013), contribuindo com variância única para a previsão estatística dos pensamentos e comportamentos relacionados com o suicídio em populações distintas, e configurando-se enquanto indicador de risco mais robusto (e.g., DeLisle & Holden, 2009; Montemarano et al., 2018; Patterson & Holden, 2012; Pereira et al., 2010). Segundo Shneidman (1993), todos os estados cognitivo-afetivos relevantes para o suicídio apenas o são porquanto

se relacionam com (i.e., são totalmente mediados por) dor psicológica.

Não obstante, a intensidade da dor psicológica, em si mesma, é insuficiente para explicar o risco suicidário. Este atinge o seu nível mais elevado quando a dor em causa é percebida pelo indivíduo como insuportável (Landi et al., 2020). Ora, tal significa que o suicídio se relaciona com diferentes limiares individuais para tolerar a dor psicológica (Shneidman, 1985). A tolerância à dor psicológica apresenta-se, portanto, como um construto central em algumas perspetivas sobre o suicídio (Meerwijk et al., 2019). Com vista a proceder à sua operacionalização, Orbach et al. (2004) desenvolveram um questionário de 20 itens, intitulado *Tolerance for Mental Pain Scale* (TMPS). A análise fatorial exploratória, realizada com dados obtidos a partir de amostras clínicas e não clínicas de adolescentes e jovens adultos, apontou a existência de três fatores: *surfeit of the pain*, que equivale à capacidade proativa de colocar a dor de parte, de efetuar tentativas de a parar ou reduzir, e de não possibilitar que a mesma interrompa as rotinas e atividades diárias do próprio; *belief in the ability to cope with the pain*, uma aceitação passiva da dor, acompanhada por crenças otimistas acerca do respetivo desaparecimento; *containing the pain*, a capacidade de conter a dor, o que pode auxiliar o indivíduo a viver com ela, sem, no entanto, a tentar ativamente modificar.

Todavia, esta estrutura trifatorial tem vindo a ser posta em causa. Os resultados do estudo de Meerwijk et al. (2019), através de análise fatorial confirmatória, indicaram não existir um ajustamento adequado do modelo original de três fatores, tendo-se obtido valores de $\chi^2(149)=524.9$, $p<.001$, de RMSEA=.11, e de SRMR=.13. Além disso, o *alpha* de Cronbach para um dos fatores (*containing the pain*) era de apenas .61. Em conformidade, os autores diminuíram o número de itens do questionário, propondo uma forma reduzida com 10 itens, designada TMPS-10, que diferencia duas facetas de tolerância à dor psicológica: *managing the pain* (combinação dos fatores *surfeit of the pain* e *containing the pain* da TMPS original) e *enduring the pain* (semelhante ao fator *belief in the ability to cope with the pain* da TMPS de 20 itens). *Managing the pain* representa, assim, a existência de estratégias de *coping* ativas

para lidar com a dor, ao passo que *enduring the pain* reflete a presença de estratégias de *coping* passivas para lidar com a mesma. Este modelo de dois fatores, por seu turno, apresentou um ajustamento adequado após ulterior análise fatorial e redução do número de itens, com índices de $\chi^2=48.6$, $p<.005$, de RMSEA=.06, de SRMR=.04, e de TLI=.97. *Managing the pain* apresentou um *alpha* de Cronbach de .90, e *enduring the pain* um *alpha* de .84. Obtiveram-se, também, saturações altamente salientes para os itens dos dois fatores (mínimo de .53 para *managing the pain* e de .59 para *enduring the pain*), e verificou-se um valor de complexidade média dos itens de 1.1. O modelo revelou-se, ademais, conceptualmente congruente face ao propósito do instrumento.

Estudos posteriores (e.g., Cui et al., 2021; Demirkol et al., 2019; Landi et al., 2020) confirmaram a estrutura proposta por Meerwijk et al. (2019), indicando que a versão reduzida e um modelo bifatorial apresentam melhor ajustamento do que a versão original de 20 itens e o correspondente modelo trifatorial, evidenciando-se, igualmente, uma adequada consistência interna das escalas. Nestas investigações (Cui et al., 2021; Demirkol et al., 2019; Meerwijk et al., 2019; Landi et al., 2020), foi também demonstrada a validade da TMPS-10, constatando-se que os resultados das suas subescalas apresentaram correlações negativas e significativas com dor psicológica, depressão, desesperança e ideação suicida, permitindo também diferenciar indivíduos que reportavam *distress* psicológico atual, participavam em programas de intervenção psicológica ou utilizavam psicofármacos vs. aqueles que não o faziam, assim como indivíduos com um histórico de tentativa(s) de suicídio ao longo da vida vs. os que nunca haviam tentado o suicídio.

Objetivos dos estudos neste artigo

O presente trabalho tem como objetivo apresentar dois estudos de validação da *Tolerance for Mental Pain Scale-10* (TMPS-10) para a população portuguesa. No primeiro estudo, com uma amostra de adultos da comunidade, será testada a estrutura fatorial da versão portuguesa através de análise fatorial exploratória. Espera-se, tendo por base estudos anteriores (e.g., Cui et al., 2021; Demirkol et al., 2019; Meerwijk et al., 2019;

Landi et al., 2020), que se obtenham dois fatores: *managing the pain* e *enduring the pain*. Será também avaliada a consistência interna e apresentados valores médios relativos aos dois fatores, que possam servir de referência para comparar novos indivíduos que venham a responder ao teste.

No segundo estudo, será realizada uma análise fatorial confirmatória com o objetivo de corroborar a estrutura fatorial obtida no estudo I, utilizando-se uma amostra de estudantes universitários. Para além de se testar um modelo de dois fatores, testar-se-á igualmente um modelo de um só factor, que corresponderia à tolerância à dor psicológica global. Serão também obtidas evidências relativas à validade do teste, correlacionando os resultados com o resultado global obtido pelos participantes na *Psychache Scale* e na *Suicide Ideation Scale* (validade convergente), e comparando indivíduos que tentaram previamente o suicídio com indivíduos que nunca o fizeram (validade referenciada pelo critério tentativa prévia de suicídio). Com base na literatura existente (e.g., Demirkol et al., 2019; Meerwijk et al., 2019; Meerwijk & Weiss, 2018), espera-se obter valores de correlação negativos e significativos com a *Psychache Scale* e com a *Suicide Ideation Scale*, com magnitude mais elevada para a subescala de *managing the pain*. Espera-se, também, que os indivíduos que tentaram previamente o suicídio obtenham resultados significativamente mais baixos em ambas as subescalas (e.g., Becker et al., 2019; Meerwijk et al., 2019; Levinger et al., 2015).

Método

Estudo I

Participantes

Participou uma amostra comunitária composta por 437 indivíduos, 297 do sexo feminino e 140 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($M=43.25$, $DP=12.61$), na qual 131 (30%) eram solteiros, 66 (15.1%) viviam em união de facto, 179 (41%) eram casados, 49 (11.2%) divorciados e 12 (2.7%) viúvos. Dos 437 participantes, 9 tinham o 9.º ano (2.1%), 7 completaram o 11.º ano (1.6%), 77 concluíram tinham o 12.º ano (17.6%), 57 uma licenciatura (13%), 261 um mestrado (59.7%), e 26

doutoramento (5.9%). De entre o total de inquiridos, 52 (11.9%) estavam desempregados.

Instrumento

Tolerance for Mental Pain Scale-10 (TMPS-10; Meerwijk et al., 2019). É um inventário composto por 10 itens, que constitui uma forma abreviada da versão original de 20 itens desenvolvida por Orbach et al. (2004). O instrumento avalia o nível de tolerância à dor psicológica quando a mesma é experienciada, utilizando uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (*Nada verdadeira*) e 5 (*Muito verdadeira*). São avaliadas duas dimensões da tolerância à dor psicológica: *managing the pain* (gerir a dor), que reflete a presença de estratégias de *coping* que possibilitam parar ou reduzir ativamente a dor (itens 2, 3, 5, 7 e 10, cotados de forma invertida; e.g., “*Consigo tirar a dor da minha mente*”, “*A dor não é demasiado intensa para aguentar*” [ênfase adicionada]), e *enduring the pain* (suportar a dor), que representa a existência de estratégias de *coping* passivas, inferidas através da crença de que a dor cessará (itens 1, 4, 6, 8 e 9; e.g., “*Acredito que a minha dor vai desaparecer*”, “*Apesar de ser difícil suportar a dor, sei que ela vai desaparecer*”). As pontuações dos fatores variam entre 1 e 5, sendo obtidas mediante a soma dos valores dos respetivos itens e subsequente divisão do resultado pelo número de itens no fator. Pontuações mais altas correspondem a níveis mais elevados de tolerância à dor psicológica. Os resultados obtidos por Meerwijk et al. (2019) assinalaram adequada consistência interna, tendo sido obtidos valores de $\alpha = .91$ para a escala total, de $\alpha = .90$ para *managing the pain*, e de $\alpha = .84$ para *enduring the pain*, numa amostra da comunidade. A versão portuguesa da TMPS original, preparada por Campos et al. (2021), apresentou valores de *alpha* de Cronbach .92 para *surfeit of the pain*, .75 para *belief in the ability to cope with the pain*, e .54 para *containing the pain*, numa amostra de estudantes universitários. No estudo de Martins et al. (2022), com uma amostra de indivíduos com perturbação de uso de substâncias, os valores de *alpha* foram .87 para a subescala *managing the pain* e .88 para a subescala *enduring the pain*.

Foi solicitada ao Professor Mario Mikulincer, do Interdisciplinary Center (IDC) Herzliya, Israel – membro da equipa que, em 2004,

desenvolveu a versão de 20 itens –, autorização para traduzir e adaptar o instrumento. A versão original de 20 itens foi, então, traduzida para português por quatro psicólogos clínicos, incluindo o primeiro autor deste trabalho. Os psicólogos discutiram algumas dúvidas em torno da tradução de alguns itens, mas, ainda assim, não se notaram problemas de maior no processo de tradução, dado que os itens apresentam uma redação simples. De seguida, uma tradutora bilingue realizou uma retroversão para inglês. A versão original e a retroversão mostraram-se bastante semelhantes, e os quatro psicólogos consideraram que não seriam necessárias alterações aos itens. Neste trabalho apresentam-se os resultados para a versão de 10 itens.

Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados para este estudo foi autorizada no âmbito de um projeto de investigação submetido à Comissão de Ética da Universidade de ... Os critérios de inclusão foram: (a) idade entre os 18 e os 65 anos; (b) um mínimo de 6 anos de escolaridade; (c) português como língua materna. Os dados foram recolhidos *online*, através da plataforma *LimeSurvey*, tendo o protocolo ficado disponível durante dez dias. O *link* de acesso ao protocolo foi partilhado nas redes sociais e enviado, através de *email*, para um elevado número de indivíduos. Quando os participantes acediam à plataforma, encontravam, na primeira página, um termo de consentimento informado com a descrição das condições de participação, nomeadamente que a mesma era voluntária e não remunerada, que era garantida a confidencialidade das suas respostas, e que poderiam desistir a qualquer momento. Caso os participantes aceitassem colaborar, deveriam clicar em “seguinte”. Era, então, apresentada uma ficha de dados sociodemográficos e, de seguida, em cada página e sucessivamente, cinco questionários, incluindo a TMPS-10, no âmbito de um projeto mais vasto de investigação sobre determinantes psicológicos da ideação suicida. Quando acediam à plataforma, os participantes encontravam também, na página inicial, contactos telefónicos que poderiam utilizar se desejassem falar com um técnico de saúde mental, nomeadamente da linha de aconselhamento psicológico do Serviço Nacional de Saúde (SNS24).

Análise de dados

Com recurso ao *software* de análise estatística *IBM SPSS Statistics* (Versão 23), calcularam-se os valores médios das duas subescalas, assim como o *alpha* de Cronbach para os seus itens, no sentido de testar a respetiva consistência interna. Para além disso, efetuou-se uma análise fatorial exploratória em eixos principais. Procedeu-se a uma rotação ortogonal de tipo *varimax* aos fatores obtidos, da mesma forma que procederam os autores da versão original da TMPS-10.

Estudo II

Participantes

A amostra foi composta por 316 indivíduos, 234 do sexo feminino e 82 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M=19.63$, $DP=1.77$), todos a frequentar um curso de licenciatura na Universidade de ... Dos 316 participantes, 150 frequentavam o 1.º ano, 83 estudavam no 2.º ano, e 83 encontravam-se no 3.º ano. De entre o total de inquiridos, 287 eram estudantes não trabalhadores (91.5%), e 264 (83.5%) estavam deslocados da sua residência para estudar na Universidade.

Instrumentos

Psychache Scale (Holden et al., 2001). É um questionário que operacionaliza o construto de dor psicológica, *psychache*, tendo por base a definição de Shneidman (1996): uma dor crónica intensa, difusa e inespecífica, relativamente a uma situação em particular (Mills et al., 2005). A escala é composta por 13 itens (e.g., “A minha alma dói”, “Não consigo aguentar mais a minha dor”), respondidos numa escala de 5 pontos. Para os primeiros 9 itens, a escala de resposta, tipo Likert, implica a frequência com que o indivíduo experiencia dor psicológica, variando as opções entre 1 (*Nunca*) e 5 (*Sempre*). Para os restantes 4 itens, a escala de resposta, de Likert, avalia o grau de concordância do indivíduo com cada afirmação, variando entre 1 (*Discordo fortemente*) e 5 (*Concordo fortemente*). O resultado global obtém-se somando os valores dos 13 itens, sendo que pontuações mais altas correspondem a níveis mais elevados de dor psicológica. A versão original apresentou uma consistência interna adequada, com valores de *alpha* de Cronbach superiores a .90

em diversas amostras (e.g., Holden et al., 2001; Troister & Holden, 2012). Com a versão portuguesa de Campos, Holden, e Gomes (2019), obteve-se um valor de *alpha* de Cronbach de .95 numa amostra de adultos da comunidade. No presente estudo, o *alpha* foi de .95.

Suicide Ideation Scale (Rudd, 1989). É uma escala constituída por 10 itens, que permite avaliar a frequência de ideação suicida. Os itens (e.g., “Tenho pensado sobre formas de me matar”, “Só queria que a minha vida acabasse”) são respondidos usando uma escala tipo Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (*Nunca*) e 5 (*Sempre*). O resultado total da SIS é alcançado mediante a soma dos valores dos itens. Pontuações mais altas indicam uma maior frequência da experiencição de ideação suicida. Em estudos com a versão original do instrumento, este apresentou adequada consistência interna, obtendo-se, a título exemplificativo, valores de $\alpha=.86$ numa amostra de estudantes universitários (Rudd, 1989), e de $\alpha=.91$ numa amostra clínica (Luxton et al., 2011). A versão portuguesa da SIS, desenvolvida por Campos, Holden, e Lambert (2019), apresentou um valor de $\alpha=.86$ numa amostra comunitária. Note-se que, diferentemente da original, esta versão questiona sobre as duas semanas prévias à avaliação. No presente estudo, o α foi de .94.

Para avaliar a ocorrência de tentativas prévias de suicídio, foi utilizado o item 1 da versão portuguesa, desenvolvida por Campos e Holden (2019), do *Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised* (*SBQ-R*; Osman et al., 2001): “Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?”. O instrumento é composto por 4 itens para avaliar o risco suicidário, tendo por base a ideação e os comportamentos suicidas ao longo da vida.

Procedimento de recolha de dados

A amostra foi recolhida de uma forma similar à do estudo I, *online*, através da plataforma *LimeSurvey*. Os critérios de inclusão foram: (a) ter uma idade compreendida entre os 18 e os 25 anos; (b) frequentar uma licenciatura da Universidade de ...; (c) ter o português enquanto língua materna. O *link* de acesso ao protocolo foi enviado para o *email* institucional dos alunos. De maneira idêntica face à amostra do estudo I, quando os participantes acediam à plataforma *LimeSurvey*, liam o consentimento informado e, se concordassem em

Tabela 1. Matriz após rotação varimax e comunalidades para a análise em eixos principais aos 10 itens da TMPS-10

Itens	Fator I	Fator II	Comunalidades
1 Acredito que a minha dor vai desaparecer.	.752	-.043	.568
2 Não me consigo concentrar por causa da minha dor.	.170	.722	.550
3 Sofro muito.	.065	.840	.710
4 Acredito que o tempo fará com que a dor desapareça.	.823	.050	.680
5 Não consigo conter a dor dentro de mim.	.046	.838	.705
6 Acredito que se fizer a coisa certa a dor vai desaparecer.	.818	.056	.672
7 Não consigo tirar a dor da minha mente.	.031	.831	.692
8 Apesar de ser difícil suportar a dor, sei que ela vai desaparecer.	.854	.089	.737
9 Acredito que encontrarei uma forma de reduzir a dor.	.836	.115	.712
10 A dor é demasiado intensa para aguentar.	-.050	.721	.522

Nota. Os valores assinalados a negrito representam a saturação mais elevada do item no respetivo fator.

participar, clicavam em “seguinte”, tendo o protocolo ficado disponível online durante catorze dias. Era, então, apresentada uma ficha de dados sociodemográficos e, seguidamente, cinco questionários no âmbito de um projeto de investigação aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de... sobre determinantes psicológicos de pensamentos e comportamentos suicidários. Ao aceder à plataforma, os participantes encontravam, igualmente, contactos telefónicos aos quais poderiam recorrer caso pretendessem falar com um técnico de saúde mental.

Análise de dados

Para corroborar a estrutura fatorial obtida no estudo I, e recorrendo ao *software IBM SPSS Amos* (Versão 21), realizou-se uma análise fatorial confirmatória através de modelação de equações estruturais. Com vista a avaliar o ajustamento do modelo aos dados, foram utilizados os seguintes índices de ajustamento: qui-quadrado/graus de liberdade (χ^2/df), CFI (*Comparative Fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), e SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*). Um bom ajustamento do modelo aos dados é indicado por um RMSEA inferior a .08, um SRMR igualmente inferior a .08 (Hu & Bentler, 1999), um CFI e um NFI de pelo menos .90 (Brown, 2006), e um χ^2/df inferior a 5 (Marôco, 2010). Utilizou-se, igualmente, o índice AIC (*Akaike Information Criterion*) para comparar um modelo de dois fatores com um modelo de apenas um fator. No sentido de contribuir para o teste da validade convergente da versão portuguesa da TMPS-10, calculou-se a correlação entre os resultados obtidos nas duas subescalas e o resultado nas versões portuguesas da *Psychache Scale* e da *Suicide Ideation Scale*. Ainda neste estudo, testou-se a

validade referenciada pelo critério tentativa de suicídio. Compararam-se, assim, os resultados nas subescalas da versão portuguesa da TMPS-10 obtidos pelos indivíduos que tinham tentado previamente o suicídio com os daqueles que nunca o haviam feito.

Resultados

Estudo I

Os valores médios nas subescalas foram, respetivamente, de 4.17 ($DP=.90$) e de 3.33 ($DP=1.29$) para *managing the pain* e para *enduring the pain*. Os *alphas* de Cronbach para a amostra total de 437 participantes foram de .89 para *managing the pain* e de .91 para *enduring the pain*.

Relativamente à análise fatorial, os valores próprios para os três primeiros fatores foram: 4.052, 3.175, e .544. De acordo com o critério de Kaiser e a observação do gráfico de valores próprios, torna-se claro que devem ser considerados apenas os dois primeiros fatores. Após rotação ortogonal *varimax*, todos os itens apresentaram saturações iguais ou superiores a .70 em apenas um dos fatores. A matriz, após rotação *varimax*, encontra-se na Tabela 1.

Estudo II

No sentido de corroborar a estrutura de dois fatores obtida no estudo I, realizou-se uma análise fatorial confirmatória. O ajustamento do modelo aos dados foi bom ($\chi^2/df=2.316$, CFI=.970, NFI=.949, RMSEA=.065, SRMR=.046, AIC=120.737). A correlação entre os fatores foi de -.46 ($p<.001$). Quando se testou um modelo unifatorial, verificou-se que apresentava um ajustamento aos dados claramente inferior (AIC=517.883). Note-se que, tendo em conta a

saturação dos itens nos dois fatores, o fator I corresponde, na presente amostra, a *enduring the pain*, e o fator II a *managing the pain*.

A correlação da subescala *managing the pain* com o resultado na *Psychache Scale* foi significativa ($r_{(314)}=-.81, p<.001$), o mesmo acontecendo com a subescala *enduring the pain* ($r_{(314)}=-.43, p<.001$). A correlação da subescala *managing the pain* com o resultado na *Suicide Ideation Scale* também foi significativa ($r_{(314)}=-.57, p .001$), assim como a correlação da *Suicide Ideation Scale* com a subescala *enduring the pain* ($r_{(314)}=-.48, p<.001$). Quando se compararam os resultados na subescala *managing the pain* dos indivíduos que tentaram previamente o suicídio ($n=24$) com os daqueles que não o fizeram ($n=292$), os primeiros ($M=2.81, DP=.80$) apresentaram resultados significativamente inferiores relativamente aos segundos ($M=3.75, DP=.89; t_{(314)}=5.02, p<.001, d$ de Cohen=1.11). Os indivíduos que tentaram o suicídio também apresentaram resultados significativamente inferiores na subescala *enduring the pain* ($M=2.77, DP=1.09$) relativamente aos que não o tentaram ($M=3.49, DP=1.03; t_{(314)}=3.22, p<.001, d$ de Cohen=.69).

Discussão

Este trabalho teve como objetivo apresentar estudos de validação da versão portuguesa da *Tolerance for Mental Pain Scale-10* realizados com duas amostras. Testou-se a estrutura fatorial da prova, através de análise fatorial de cariz exploratório, ulteriormente corroborada por análise fatorial confirmatória, bem como a consistência interna e as validades convergente e referenciada pelo critério tentativa prévia de suicídio das subescalas da TMPS-10.

No que se refere à estrutura fatorial, e de acordo com a hipótese formulada, seria de esperar obter dois fatores, cada um representando um dos dois construtos operacionalizados pela TMPS-10. Obtiveram-se, efetivamente, dois fatores no estudo I, tendo esta estrutura sido confirmada no estudo II, e sendo a própria composição fatorial idêntica à da versão original da escala (Meerwijk et al., 2019). A diferença entre fatores reside, essencialmente, na abordagem do indivíduo à dor psicológica. O primeiro fator no nosso trabalho, *enduring the pain*, denota uma forma passiva de a encarar, materializada enquanto projeção temporal

otimista: apesar de sentida no presente, existe a crença de que a mesma diminuirá ou cessará no futuro, seja ou não necessária uma ação do próprio para que tal ocorra (e.g., “Acredito que *encontrarei* uma forma de reduzir a dor” vs. “Acredito que *o tempo fará* com que a dor desapareça” [ênfase adicionada]). Por sua vez, o segundo fator identificado, *managing the pain*, expressa uma forma ativa de enfrentar a dor, materializada enquanto prática ou conjunto de práticas tendentes à sua diminuição ou cessação no presente (e.g., “*Consigo* conter a dor dentro de mim”, “*Consigo* tirar a dor da minha mente”, itens invertidos [ênfase adicionada]). Os dois fatores manifestam, em suma, uma distinção entre estratégias de *coping* passivas e ativas empregues para tolerar a experiencição de dor psicológica.

A consistência interna da TMPS-10, avaliada de acordo com o critério *alpha* de Cronbach, foi elevada, tendo-se obtido coeficientes de .89 para a subescala *managing the pain* e de .91 para a subescala *enduring the pain*. Estes resultados refletem a fiabilidade das subescalas da versão portuguesa da TMPS-10, estando em concordância com o verificado em investigações anteriores com o instrumento: *alphas* de .90 para *managing the pain* e de .84 para *enduring the pain* (Meerwijk et al., 2019); de .96 para ambas as subescalas (Demirkol et al., 2019); de .86 para *managing the pain* e de .78 para *enduring the pain* (Landi et al., 2020); de .80 para *managing the pain* e de .83 para *enduring the pain* (Cui et al., 2021). Os valores médios relativos às duas subescalas da TMPS-10 foram, respetivamente, de 4.17 ($DP=.90$) e 3.33 ($DP=1.29$) para *managing the pain* e *enduring the pain* na amostra de adultos da comunidade. Apesar das limitações do presente trabalho, adiante descritas, estes valores poderão servir de referência à interpretação dos resultados obtidos por ulteriores respondentes.

No âmbito da validade, constatou-se que os resultados das subescalas da versão portuguesa da TMPS-10 apresentaram correlações negativas e estatisticamente significativas tanto com a *Psychache Scale* quanto com a *Suicide Ideation Scale*, dados que suportam a validade convergente do instrumento e vão ao encontro de estudo anteriores (e.g., Demirkol et al., 2019; Meerwijk et al., 2019; Meerwijk & Weiss, 2018). Também como esperado, as respetivas magnitudes foram

mais elevadas para a subescala de *managing the pain*, o que parece reforçar a importância, como fator protetor face ao risco suicidário, de uma gestão proativa da dor em detrimento de uma suposição esperançosa, mas ainda assim passiva, face à mesma. Não obstante, e em geral, níveis superiores de tolerância associaram-se a uma inferior frequência e intensidade das experiências de dor psicológica e de ideação suicida. Por outro lado, para ambas as subescalas, e em conformidade com investigação prévia (e.g., Becker et al., 2019; Meerwijk et al., 2019; Lvinger et al., 2015), a pontuação média foi significativamente mais baixa nos participantes com historial de tentativa(s) de suicídio do que naqueles que não o reportaram, quer no caso de *managing the pain*, quer no de *enduring the pain*. Esta evidência de validade referenciada por um critério (viz., tentativa de suicídio) aponta, também ela, no sentido de que a tolerância à dor psicológica constitui um fator protetor contra os fenómenos suicidários, que permite diferenciar indivíduos com diferentes graus de risco.

Limitações, estudos futuros e conclusão

Os resultados obtidos no presente trabalho carecem de ser interpretados no contexto das suas limitações. Em primeiro lugar, a natureza transversal dos estudos realizados, o que impossibilita testar a estabilidade temporal dos resultados, embora se saiba que a experiência de dor psicológica e a tolerância à mesma, bem como o próprio risco suicidário, tendam a ser deveras voláteis (Bryan, 2022).

Em segundo lugar, a utilização de métodos de amostragem não probabilística gera dificuldades no que concerne à representatividade amostral e à possibilidade de extrapolação dos resultados (Marôco, 2021). Por outro lado, ao derivarem de amostras não-clínicas, afigura-se provável que os níveis de dor psicológica e de tolerância à dor psicológica sejam significativamente diferentes dos que estão presentes na população clínica (Demirkol et al., 2019; Verrocchio et al., 2016). Estudos futuros deverão, pois, empregar métodos de amostragem probabilística ou, pelo menos, recorrer a procedimentos alternativos que permitam aumentar a representatividade e a generalizabilidade dos resultados, utilizando, igualmente, amostras de risco elevado.

Em terceiro lugar, os instrumentos usados para validar a versão portuguesa da TMPS-10 assentaram em exclusivo no autorrelato, que está sujeito a conhecidos vieses de resposta (Liu et al., 2017). Especificamente, o estigma associado aos fenómenos suicidários pode levar a que indivíduos com historial de pensamentos e comportamentos relacionados com o suicídio apresentem menor probabilidade de os reportar quando diretamente questionados (Klonsky et al., 2016). Ademais, a recolha de dados feita exclusivamente *online* encontra-se associada a problemas diversos, entre os quais as circunstâncias de poderem ser realizadas múltiplas submissões por parte da mesma pessoa e de não ser possível aos investigadores proceder ao esclarecimento de dúvidas aquando da resposta aos itens (Cohen et al., 2018). Acresce que a utilização deste tipo de recolha pode, igualmente, ter favorecido enviesamentos de amostragem, uma vez que o mesmo é suscetível de vedar a participação a indivíduos sem acesso à *internet* (o que pode ter tido reflexo indireto, por exemplo, na elevada escolaridade da amostra 1; Menon & Muraleedharan, 2020). Na verdade, mais de 2/3 da amostra tem formação superior pós-graduada, pelo que os dados recolhidos poderão não ser úteis para comparar novos indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos. No futuro, deverão ser utilizados – idealmente a título presencial – outros instrumentos e/ou métodos (e.g., entrevistas, escalas de avaliação de comportamentos, métodos indiretos) que possibilitem minorar os vieses de resposta decorrentes do autorrelato, bem como incrementar os dados já obtidos no sentido da validade do instrumento (viz., integrando medidas de bem-estar psicológico e/ou de resiliência).

Por fim, há ainda a ter em conta, enquanto potencial limitação, que o facto de os dados haverem sido recolhidos no decurso da pandemia COVID-19 poderá ter exercido influência sobre os resultados de formas difíceis de precisar, atento o impacto daquela sobre a saúde mental (e.g., Wu et al., 2021).

De qualquer forma, os resultados apontam no sentido de a versão portuguesa da TMPS-10 poder ser utilizada como uma medida válida e fiável de tolerância à dor psicológica, que assumirá especial relevância para a planificação da intervenção terapêutica com indivíduos em risco. Em

particular, importa que a terapia vá além da exploração das potenciais fontes de dor psicológica (e da maneira como estas se relacionam, eventualmente, com pensamentos e comportamentos suicidas), centrando-se na promoção de estratégias de *coping* face à mesma, com vista a aumentar, dado o seu valor protetor, a capacidade de o cliente a tolerar e regular eficazmente.

Vale dizer, para terminar, que a adaptação e validação de instrumentos de avaliação é sempre uma tarefa de investigação importante, especialmente se essas versões adaptadas puderem ser usadas na prática clínica e contribuírem, também, para o "retocar" de modelos teóricos preexistentes (Casullo, 2006). Adicionalmente, considera-se que a avaliação do potencial suicida deve ser integrada numa avaliação psicológica pensada de forma mais abrangente e integrada (Campos, 2017), onde se pretende uma compreensão global do funcionamento psicológico do indivíduo.

Referências

- Becker, G., Orbach, I., Mikulincer, M., Iohan, M., Gilboa-Schechtman, E., & Grossman-Giron, A. (2019). Reexamining the mental pain-suicidality link in adolescence: The role of tolerance for mental pain. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(4), 1072-1084.
- Bryan, C. J. (2022). *Rethinking suicide: Why prevention fails, and how we can do better*. Oxford University Press.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- Campos, R. C. (2017). Do processo de avaliação da personalidade em contextos clínicos ao diagnóstico psicodinâmico: Contributos para uma avaliação psicológica psicodinâmica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, *44*(2), 44-56.
- Campos, R. C., Gomes, M., Holden, R. R., Piteira, M., & Rainha, A. (2017). Does psychache mediate the relationship between general distress and suicide ideation? *Death Studies*, *41*(4), 241-245.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2016). Testing a theory-based model of suicidality in a community sample. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, *74*(2), 119-137.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2019). 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*, *35*(2), 190-195.
- Campos, R. C., Holden, R. R., & Gomes, M. (2019). Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the Psychache Scale. *Death Studies*, *43*(8), 527-533.
- Campos, R. C., Holden, R. R., & Lambert, C. E. (2019). Avoidance of psychological pain and suicidal ideation in community samples: Replication across two countries and two languages. *Journal of Clinical Psychology*, *75*(12), 2160-2168.
- Campos, R. C., Holden, R. R., Spínola, J., Marques, D., & Lambert, C. E. (2021). Dimensionality of suicide behaviors: Results within two samples from two different countries. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, *84*(1), 194-211.
- Casullo, M. M., & Scheinsohn, M. J. (2006). Comportamientos suicidas en situaciones de internación psiquiátrica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, *22*(2), 29-48.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2018). *Research methods in education* (8th ed.). Routledge.
- Cui, N., Bao, Y., Liu, X., Liu, K., & Chen, W. (2021). Validation of a Chinese version of the Tolerance for Mental Pain Scale-10 with Chinese college students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *49*(12), Article e10891.
- DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *42*(1), 46-63.
- Demirkol, M. E., Tamam, L., Namlı, Z., & Davul, Ö. E. (2019). Validity and reliability study of the Turkish version of the Tolerance for Mental

- Pain Scale-10. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 899-906.
- 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(4), 224-232.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330.
- Landi, G., Furlani, A., Boccolini, G., Mikulincer, M., Grandi, S., & Tossani, E. (2020). Tolerance for Mental Pain Scale (TMPS): Italian validation and evaluation of its protective role in depression and suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 291, Article 113263.
- Levinger, S., Somer, E., & Holden, R. R. (2015). The importance of mental pain and physical dissociation in youth suicidality. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 322-339.
- Liu, M., Harbaugh, A. G., Harring, J. R., & Hancock, G. R. (2017). The effect of extreme response and non-extreme response styles on testing measurement invariance. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 726.
- Luxton, D. D., Rudd, M. D., Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2011). A psychometric study of the Suicide Ideation Scale. *Archives of Suicide Research*, 15(3), 250-258.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. ReportNumber.
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8th ed.). ReportNumber.
- Martins, L. C., Campos, R. C., & Morujão, I.S. (2022). The mediating role of tolerance for psychological pain in the relationship of childhood trauma to suicidal ideation in individuals with a substance use disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 197-213.
- Meerwijk, E. L., Ford, J. M., & Weiss, S. J. (2013). Suicidal crises because of diminishing tolerance to psychological pain. *Brain Imaging and Behavior*, 7(3), 245-247.
- Meerwijk, E. L., Mikulincer, M., & Weiss, S. J. (2019). Psychometric evaluation of the Tolerance for Mental Pain Scale in United States adults. *Psychiatry Research*, 273, 746-752.
- Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2018). Tolerance for psychological pain and capability for suicide: Contributions to suicidal ideation and behavior. *Psychiatry Research*, 262, 203-208.
- Menon, V., & Muraleedharan, A. (2020). Internet-based surveys: Relevance, methodological considerations and troubleshooting strategies. *General Psychiatry*, 33(5), Article e100264.
- Mills, J. F., Green, K., & Reddon, J. R. (2005). An evaluation of the Psychache Scale on an offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 570-580.
- Montemarano, V., Troister, T., Lambert, C. E., & Holden, R. R. (2018). A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 74(10), 1820-1832.
- Orbach, I., Gilboa-Schechtman, E., Johan, M., & Mikulincer, M. (2004). *Tolerance for Mental Pain Scale* [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, Bar-Ilan University.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 231-241.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454.
- 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(2), 147-156.
- Pereira, E. J., Kroner, D. G., Holden, R. R., & Flamenbaum, R. (2010). Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders

- and in undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 912-917.
- Rudd, M. D. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 173-183.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. VandenBos & B. K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (pp. 147-183). 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: Time-lines in the suicide process* (pp. 39-52). Plenum Press.
- Shneidman, E. S. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145-147.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press.
- Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245-250.
- Shneidman, E. S. (1999). The Psychological Pain Assessment Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 287-294.
- 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(7), 689-693.
- 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(9), 1019-1027.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2013). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 50-63.
- 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, Article 108.
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98.

Anexo**TMPS-10**

As frases que se seguem relacionam-se com o grau em que você é capaz de tolerar a dor mental quando a experiéncia. Por favor, leia cada uma das frases e indique o grau que melhor o/a descreve, colocando um círculo no número apropriado (exemplos: 1=Nada verdadeira; 5=Muito verdadeira). Não há respostas certas ou erradas.

Quando sinto dor mental:

	Nada verdadeira		Muito verdadeira		
1. Acredito que a minha dor vai desaparecer.	1	2	3	4	5
2. Não me consigo concentrar por causa da minha dor.	1	2	3	4	5
3. Sofro muito.	1	2	3	4	5
4. Acredito que o tempo fará com que a dor desapareça.	1	2	3	4	5
5. Não consigo conter a dor dentro de mim.	1	2	3	4	5
6. Acredito que se fizer a coisa certa a dor vai desaparecer.	1	2	3	4	5
7. Não consigo tirar a dor da minha mente.	1	2	3	4	5
8. Apesar de ser difícil suportar a dor, sei que ela vai desaparecer.	1	2	3	4	5
9. Acredito que encontrarei uma forma de reduzir a dor.	1	2	3	4	5
10. A dor é demasiado intensa para aguentar.	1	2	3	4	5