

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico: o papel mediador da dor psicológica e da tolerância à dor psicológica

Maria Palão Pereira

Orientador(es) | Rui C Campos

Évora 2023

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico: o papel mediador da dor psicológica e da tolerância à dor psicológica

Maria Palão Pereira

Orientador(es) | Rui C Campos

Évora 2023

A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Constança Biscaia (Universidade de Évora)

Vogais | Rui C Campos (Universidade de Évora) (Orientador)
Cristina Queirós (Universidade do Porto) (Arguente)

Évora 2023

Guarda tu agora o que eu, subitamente, perdi
talvez para sempre — a casa e o cheiro dos livros,
a suave respiração do tempo, palavras, a verdade,
camas desfeitas algures pela manhã,
o abrigo de um corpo agitado no seu sono.
Guarda-o
serenamente e sem pressa, como eu nunca soube.
E protege-o de todos os invernos — dos caminhos
de lama e das vozes mais frias. Afaga-lhe
as feridas devagar, com as mãos e os lábios,
para que jamais sangrem. E ouve, de noite,
a sua respiração cálida e ofegante
no compasso dos sonhos, que é onde esconde
os mais escondidos medos e anseios.
Não deixes nunca que se ouça sozinho no que diz
antes de adormecer. E depois aguarda que,
na escuridão do quarto, seja ele a abraçar-te,
ainda que não te tenha revelado uma só vez o que queria.
Acorda mais cedo e demora-te a olhá-lo à luz azul
que os dias trazem à casa quando são tranquilos.
E nada lhe peças de manhã — as manhãs pertencem-lhe;
deixa-o a regar os vasos na varanda e sai,
atravessa a rua enquanto ainda houver sol.
E assim
haverá sempre sol e para sempre o terás,
como para sempre o terei perdido eu, subitamente,
por assim não ter feito”

Maria do Rosário Pedreira

Agradecimentos

Apesar das diversas horas de trabalho árduo que implicou, não dissocio o enriquecimento pessoal e profissional efetivado e o cumprimento da presente dissertação, essencialmente tornado possível pelo apoio de um conjunto de seres afetivos aos quais endereço autênticas palavras de gratidão.

Ao Prof. Doutor Rui C. Campos pelo seu elevado nível de exigência, sabedoria e competência científica, enriquecendo o meu trajeto. Pela contribuição para o interesse crescente nesta área e pela sua inestimável colaboração nesta investigação.

Aos indivíduos *expostos* ao suicídio na família e *não expostos* que possibilitaram e se disponibilizaram a participar nesta investigação. Sem o seu contributo não seria possível a concretização do projeto.

À minha mãe Cidália pela união, partilha, valores transmitidos, compreensão e aceitação incondicional. Pelo exemplo que me transmite desde que nasci e que, continuamente, realiza diariamente. É a pessoa que anseio partilhar as minhas derrotas e as minhas conquistas, contribuindo para o meu bem-estar psicológico.

Ao Carlos pela perseverança, incentivo e apoio. Sem a sua presença na minha vida durante estes anos, certamente não seria a mesma pessoa no presente.

À minha avó Felismina e à minha família que apesar de não mencionados, contribuíram para a concretização de mais uma etapa crucial na minha vida.

Ao Miguel, meu namorado, pelo apoio permanente, companheirismo, cumplicidade, dedicação, amor e por tudo o que nos tem unido. A maior surpresa do meu percurso académico, fazendo parte também desta etapa que percorremos unidos.

À Catarina e à Lara pela amizade inalcançável e inigualável. Pelas memórias favoráveis e desfavoráveis, construídas ao longo dos anos que nos permitira o crescimento e por aquelas que, certamente, iremos continuar a construir e cuidar.

Aos meus colegas e amigos da Universidade de Évora pelo convívio, momentos exequíveis, partilha, pelos seus ensinamentos e o que me possibilitaram instruir, solidificando-me pessoal e profissionalmente. Cito Antoine de Saint-Exupéry: “Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.

Em último, um agradecimento a esta Maria com o propósito de reconhecer a sua perseverança, adaptabilidade e automotivação, acreditando que seria possível este feito.

Exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico: o papel mediador da dor psicológica e da tolerância à dor psicológica

Resumo

O objetivo desta investigação foi estudar os efeitos de mediação das facetas de dor psicológica e de tolerância à dor psicológica na relação entre exposição ao suicídio de um membro da família e bem-estar psicológico. Participaram duas amostras não clínicas de adultos da comunidade portuguesa. A amostra 1 foi composta por 244 participantes entre os 19 e os 64 anos, 42 dos quais expostos ao suicídio de um membro da família. A amostra 2 foi composta por 283 indivíduos, entre os 18 e os 65 anos, dos quais 36 foram considerados expostos ao suicídio de um membro da família. Utilizou-se a metodologia *path analysis* para testar os modelos de mediação. Na amostra 1, verificou-se que as facetas, dor tolerável e dor intolerável, mediaram a relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar. Na amostra 2, não se verificou uma relação significativa entre exposição ao suicídio na família e bem-estar, pelo que não ocorreu um efeito de mediação das facetas da tolerância à dor. Os resultados mostram, contudo, que a tolerância à dor apresenta uma relação positiva com o bem-estar.

Palavras-chave: Exposição ao suicídio na família; Bem-estar psicológico; Dor psicológica; Tolerância à dor psicológica

Family suicide exposure and psychological well-being: the mediating role of psychological pain and psychological pain tolerance

Abstract

The aim of this research was to study the mediation effects of the psychological pain and psychological pain tolerance facets on the relationship between exposure to suicide of a member of the family and psychological well-being. Two non-clinical samples of adults from the Portuguese community participated. Sample 1 was composed of 244 participants with ages between 19 and 64 years, of whom 42 were considered exposed to the suicide of a familiar member. Sample 2 was composed of 283 individuals with ages between 18 and 65 years, of whom 36 were considered exposed to the suicide of a familiar member. Path analysis methodology was used to test the mediation models. At Sample 1, tolerable and intolerable pain facets were found to mediate the relationship between exposure to suicide in the family and well-being. At sample 2 there was no significant relationship between exposure to suicide in the family and well-being, so there was no mediation effect of the pain tolerance facets. The results show, however, that pain tolerance has a positive relationship with well-being.

Keywords: Exposure to suicide in the family; Psychological well-being; Psychological pain; Psychological pain tolerance

Índice

Introdução e Enquadramento Teórico 1
Consequências Psicológicas da Exposição ao Suicidado: Psicopatologia, Ideação Suicida e Menor Bem-Estar Psicológico 2
Exposição ao Suicídio, Sofrimento e Dor Psicológica 5
Dor psicológica, Tolerância à Dor e Ideação Suicida 7
Objetivos do Estudo 10
Método 11
Amostras 11
Instrumentos 13
Procedimentos de Recolha de Dados 16
Procedimentos de Análise de Dados 16
Resultados 18
Comparação entre Grupos e Análise de Correlações 18
Path Analysis para Testar o Efeito de Mediação das Facetas da Dor Psicológica na Relação entre Exposição ao Suicídio e Bem-Estar Psicológico 20
Discussão 21
Limitações, Conclusão e Estudos Futuros 24
Referências 27

Introdução e Enquadramento Teórico

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que mais de 700.000 indivíduos morram por suicídio, anualmente, em todo o mundo (World Health Organization [WHO], 2021), sendo que, em 2020, 941 suicídios foram registados em Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Wrobleski (2002), por sua vez, estimou dez indivíduos enlutados após uma morte por suicídio, enquanto Shneidman (1972) estimou que, por cada suicídio, pelo menos seis indivíduos são afetados. Berman (2011) e Mitchell et al. (2004) indicam que os indivíduos expostos são afetados direta ou indiretamente e que o impacto depende da relação, do grau de parentesco, do nível de contacto anterior, da proximidade e da idade do suicidado.

Diante a existência de diversas definições na literatura, Cerel et al. (2014) sugerem um *continuum* que indica uma distinção nos níveis de impacto do suicídio nos indivíduos que sofrem uma perda significativa por suicídio, desde os que são expostos ao suicídio (*exposed to suicide),* passando pelos afetados pelo suicídio (*affected by suicide*), os que permanecem enlutados durante um curto período (*suicide bereaved-short term*) e, por fim, os indivíduos enlutados durante um longo espaço de tempo (*suicide-bereaved-long term*). O termo exposto ao suicídio deve ser usado para descrever um indivíduo que conheça ou identifique outro que faleça por suicídio e não somente aquele que testemunhe a morte (Cerel el al., 2014). Já Jordan e McIntosh (2011a, p. 7) propõem um resumo das definições existentes na literatura ao longo do tempo e apresentam uma definição de sobrevivente de suicídio como "alguém que experimenta um alto nível de sofrimento psicológico, físico e/ou social autopercebido por um período considerável de tempo após a exposição ao suicídio de outra pessoa". Contudo, em abono da diferenciação a notar entre exposição e sobrevivência ao suicídio (Santos et al., 2015b), refira-se que o termo sobrevivente também se aplica aos indivíduos que tentaram o suicídio, mas não o consumaram. Por fim, o termo enlutado por suicídio deve ser empregue para identificar relações próximas com alguém falecido por suicídio que experiencie, por um período prolongado de tempo, sintomatologia clinicamente significativa à perda (Jordan & McIntosh, 2011a; Neimeyer & Sands, 2011).

A exposição ao suicídio acarreta diversas consequências adversas, como sofrimento psicológico intenso (e.g., Jordan & McGann, 2017; Santos & Tavares, 2014), luto complicado, ansiedade (e.g., Jordan & McIntosh, 2011b), angústia e ideação

suicida (e.g., Santos et al., 2015a, 2015c). Diversos trabalhos mostraram também que os indivíduos expostos ao suicídio apresentam mais *distress* e risco suicidário (e.g. Andriessen et al., 2017; Campos et al., 2020; Campos & Pereira, 2022; Crosby & Sacks, 2002), bem como sintomatologia depressiva (e.g., Campos & Pereira, 2022; Kessing et al., 2003; Li & Zhang, 2010).

Existem muitas evidências sobre a relação entre exposição ao suicídio e ideação suicida (e.g., Kuramoto et al., 2010), nomeadamente sobre as variáveis que medeiam essa relação (e.g., Pereira & Campos, 2022), mas poucas evidências sobre a relação entre exposição ao suicídio e bem-estar psicológico (e.g., Corrigan et al., 2018; Hvidkjaer et al., 2020), existindo, tanto quanto é do nosso conhecimento, apenas um trabalho em Portugal (Campos & Medina, 2022) que testou o bem-estar psicológico em indivíduos que perderam um familiar por suicídio. Por isso, continua a ser importante a investigação sobre as consequências da exposição ao suicídio, particularmente, um eventual menor bem-estar psicológico e sobre que variáveis podem ajudar a explicar essa relação.

Consequências Psicológicas da Exposição ao Suicidado: Psicopatologia, Ideação Suicida e Menor Bem-Estar Psicológico

Como explanado anteriormente, a exposição ao suicídio acarreta diversas consequências adversas como o luto complicado e a ansiedade (e.g., Jordan & McIntosh, 2011b), podendo causar sofrimento psicológico intenso (e.g., Jordan & McGann, 2017; Santos & Tavares, 2014). Nos estudos de Santos et al. (2015a, 2015c) realizados em Portugal, demonstrou-se que os indivíduos que foram expostos ao suicídio na família relataram níveis mais elevados de ansiedade e ideação suicida. Verifica-se ainda de acordo com os resultados do referido estudo, uma relação entre sofrimento psicológico e exposição ao suicídio na família. Os resultados do trabalho de Crosby e Sacks (2002) mostraram, por exemplo, que indivíduos que evidenciem conhecimento de casos de suicídio estão mais suscetíveis a experienciar ideação suicida e comportamentos suicidários do que aquelas não expostas.

Particularmente, a exposição ao suicídio na família é, *per se*, um fator de risco para o suicídio (e.g., De Leo & Heller, 2008; Hedstrom et al., 2008; Rostila et al., 2013; Song et al., 2015; World Health Organization [WHO], 2014). Com numerosos trabalhos (e.g., Andriessen et al., 2017; Campos et al., 2020; Campos & Pereira, 2022; Crosby &

Sacks, 2002; Kuramoto et al., 2010) demonstrou-se que os indivíduos expostos apresentam mais *distress* e maior risco suicidário. Existem também evidências que relacionam a exposição familiar e a depressão (e.g., Campos & Pereira, 2022; Campos et al., 2020; Kessing et al., 2003; Li & Zhang, 2010).

Diversos estudos mostraram que existe uma relação entre comportamentos suicidários nos pais e comportamentos suicidários nos seus descendentes, como referido anteriormente (e.g., Beautrais et al., 1996; Brent et al., 1996, 2002; Cheng et al., 2000; Egeland & Sussex, 1985; Goodwin et al., 2004; Statham et al., 1998; Wender et al., 1986). A tentativa de suicídio e o suicídio ocorrem com maior frequência em famílias com história de comportamento suicida quando comparadas com famílias sem essa história (e.g., Brent & Melhem, 2008; Tidemalm et al., 2011). O estudo de Fergusson et al. (2003) mostrou que história famíliar de suicídio e tentativa de suicídio foi associada a um fator de vulnerabilidade para comportamentos suicidiários numa amostra na comunidade de jovens na Nova Zelândia. Da mesma forma, Runeson e Asberg (2003), tendo como objetivo comparar as taxas de suicídio em familiares de vítimas de suicídio e de familiares de vítimas que morreram por outras causas que não o suicídio, encontraram uma percentagem de 9,4% de mortes em familiares de vítimas de suicídio em comparação com 4,6% em vítimas de outras causas de morte.

Outras investigações (e.g., Murphy & Wetzel, 1982; Qin et al., 2003) demonstram uma forte associação entre história de suicídio na família e comportamentos suicidiários atuais (Johns & Holden, 1997). Num estudo realizado na Micronésia, Rubinstein (1983) concluiu que a familiaridade com o suicídio criava a aceitação do ato pelos pares que, por sua vez, se tornavam propícios a reproduzi-lo. Investigações baseadas em registos nacionais de saúde dinamarqueses mostraram uma forte associação entre história de suicídio na família e risco de suicídio (Agerbo et al., 2002). De Leo e Heller (2008) verificaram que a exposição ao suicídio aumenta o risco de comportamento suicidário e morte por suicídio em jovens australianos. Hedstrom et al. (2008) verificaram que homens suecos expostos a um suicídio na sua família ou no seu local de trabalho eram mais propensos a morrer por suicídio. Rostila et al. (2013) também encontraram um risco aumentado de morte por suicídio entre os indivíduos que perderam um irmão por suicídio. Song et al. (2015) encontraram uma relação significativa entre ideação suicida e exposição ao suicídio em relacionamentos próximos. Os resultados mostram que indivíduos que perdem um membro da família

por suicídio apresentavam 4,5 vezes mais chance de experienciarem ideação suicida em comparação com o grupo não exposto.

Especificamente em Portugal, Santos et al. (2015c) verificaram que os familiares expostos ao suicídio relataram níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica geral - *distress* - e que 42% dos expostos experimentaram ideação suicida em comparação com 5% de um grupo de controlo de indivíduos adultos da comunidade. Campos et al. (2017), comparando uma amostra portuguesa de indivíduos expostos ao suicídio na família com um grupo de controlo, sem exposição, mostraram que o grupo exposto apresentou níveis mais altos de risco de suicídio ao longo da vida, mas, também, de ideação suicida no ano anterior e nas suas estimativas atuais da probabilidade de suicídio no futuro. Também Campos et al. (2020), compararam os níveis de ideação suicida e necessidades interpessoais frustradas entre um grupo de indivíduos exposto ao suicídio na família e um grupo de controlo. Os resultados mostraram que o grupo exposto apresentou níveis mais elevados de risco de suicídio, avaliados pelo indicador ideação suicida, mesmo controlando o nível de sintomatologia depressiva e a presença de um diagnóstico de perturbação mental.

Diversos estudos mostraram que existe uma relação entre a exposição ao suicídio na família e a depressão (Kessing et al., 2003; Li & Zhang, 2010; Nanayakkara et al., 2013), mas poucas evidências sobre menor bem-estar psicológico em indivíduos expostos ao suicídio. No estudo de Corrigan et al. (2018), com uma amostra da comunidade, demonstrou-se que famílias de indivíduos que faleceram por suicídio relataram estigma público que ameaçava o bem-estar psicológico, prejudicava os objetivos de vida e a recuperação dos indivíduos com diagnóstico de perturbação mental. Hvidkjaer et al. (2020), na Dinamarca, comparou uma amostra de indivíduos expostos ao suicídio na família e um grupo de controlo, sem exposição, nomeadamente em relação ao bem-estar psicológico. Os resultados mostraram níveis mais baixos de bem-estar psicológico e níveis mais altos de ideação suicida no grupo de indivíduos expostos, quando comparados com o grupo sem exposição.

Em Portugal, Campos & Medina (2022), com uma amostra da comunidade, comparou-se um grupo de indivíduos portugueses expostos ao suicídio na família com um grupo de controlo. Os resultados mostraram que os indivíduos expostos ao suicídio na família apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomas de depressão e níveis mais baixos de bem-estar psicológico.

Exposição ao Suicídio, Sofrimento e Dor Psicológica

Shneidman propôs o termo *psychache* (dor psicológica) e considerou que ocorria quando as necessidades psicológicas básicas (e.g., segurança, ser amado, ter controlo, proteger a autoimagem, sentimento de pertença, realização e autonomia) são sistematicamente frustradas, o que conduzia a um estado afetivo em que predominam diversas emoções negativas como a vergonha, culpa, humilhação, derrota, solidão, medo, angústia, desesperança e raiva (Shneidman, 1993a, 1998). Shneidman propôs que esta variedade de emoções negativas podia transformar-se numa experiência generalizada de dor psicológica intolerável (Shneidman, 1993a, 1980). Evidências crescentes têm corroborado a ideia de que o suicídio e os comportamentos suicidários são motivados pelo desejo de escapar a uma dor psicológica intolerável (DeLisle & Holden, 2004; Orbach, 2003; Reisch et al., 2010; Verrocchio et al., 2016; Xie et al., 2014). Segundo as palavras de Shneidman, o suicídio ocorre quando a dor psicológica ultrapassa os limites da tolerância do indivíduo, constituindo uma fuga dessa experiência da dor psicológica intensa, severa e avassaladora (Shneidman, 1993a).

Psychache é, por conseguinte, uma dor crónica e flutuante que faz com que o indivíduo procure uma fuga permanente e é um estado contínuo de turbulência emocional interna. É uma experiência psicológica mais profunda, mais primitiva e mais "selvagem" do que a angústia ou a depressão (Erinfolami et al., 2016). Aliás, diversos fatores, como a depressão e a desesperança, associam-se aos comportamentos suicidários na medida em que se relacionam com *psychache* (DeLisle & Holden, 2009; Shneidman, 1993a, 1998). Diferentes indivíduos podem experimentar diferentes níveis de dor psicológica, mas também diferentes níveis de tolerância à dor.

Através da *Psychache Scale* (Holden et al., 2001), construída para avaliar a dor psicológica atual com base na conceptualização de Shneidman (1993a, 1993b), Pachkowski et al. (2019), estabeleceram que a dor psicológica se pode distinguir em duas dimensões: uma dimensão de dor tolerável e uma dimensão de dor intolerável, sendo esta última, na verdade, o preditor significativo dos comportamentos suicidários. Elaborando em torno da teoria de Shneidman, Meerwijk et al. (2013) indicam que as crises suicidas são desencadeadas quando os níveis de tolerância à dor psicológica descem para patamares inferiores ao nível de base, face ao nível atual de dor psicológica. A experiência da dor psicológica vai ainda diminuir a tolerância à dor, se esses níveis de dor não se forem reduzidos e se as capacidades de lidar com a situação

forem insuficientes. Desse modo, instala-se um ciclo: quanto maior a dor psicológica experienciada, menor a capacidade de a tolerar; quanto menor a tolerância à dor psicológica, mais a experiência de dor psicológica aumenta (Becker et al., 2019).

Shneidman (1993a, 1993b) propôs que a (in)tolerância à dor psicológica é crítica para pensamentos e comportamentos relacionados ao suicídio. Orbach et al. (2004), assim, operacionalizaram o construto da tolerância à dor psicológica e desenvolveram um inventário de 20 itens – a *Tolerance for Mental Pain Scale* (TMPS). A análise fatorial exploratória indicou três fatores: (a) *surfeit of the pain* (excesso de dor, apresentado na habilidade de colocar a dor de parte em tentativas ativas de parar ou reduzir a dor); (b) *belief in the ability to cope with the pain* (aceitação passiva da dor, cercada por crenças otimistas acerca do seu desaparecimento); (c) *containing the pain* (contenção da dor, que pode auxiliar o indivíduo na vivência com a mesma sem uma tentativa ativa de alterá-la). Apesar de replicada em estudos com amostras clínicas e comunitárias (e.g., Becker et al., 2019; Levinger et al., 2015), essa estrutura trifatorial foi questionada (e.g., Demirkol et al., 2019; Landi et al., 2020), propondo-se maior validade, confiabilidade e parcimónia de uma forma reduzida com metade dos itens, saturando em apenas dois fatores (Meerwijk et al., 2019): *managing the pain* (gerir a dor, que reflete a presença de estratégias de *coping* ativas para lidar com a dor) e *enduring the pain* (suportar a dor, que descreve a existência de estratégias de *coping* passivas para lidar com a dor).

Se por um lado, o suicídio e os comportamentos suicidários são motivados pelo desejo de escapar a uma dor psicológica intolerável do indivíduo (e.g., Verrocchio et al., 2016), por outro, pode provocar sofrimento psicológico intenso aos que ficam (e.g., Jordan & McGann, 2017). Além deste impacto psicológico da perda, fortes evidências apontam para o fato de que a complexidade do fenómeno (Jordan, 2001) e o estigma associado constituem uma barreira para aceitar a realidade da perda (e.g., Tal-Young et al., 2012). Devido à complexidade do suicídio e o estigma que lhe está associado, as pessoas enlutadas por suicídio tendem a receber menos apoio da sua rede social do que outros grupos de enlutados (Cerel et al., 2008; Pitman et al., 2017). Desta forma, sentimentos que se associam ao luto, como tristeza, solidão, choque e saudade (Carqueja, 2017), são intensificados em sobreviventes de suicídio, agradados ainda por sentimentos de culpa, vergonha e raiva (Jordan, 2001; Kolves et al., 2018; Sveen & Walby, 2008; Tal-Young et al., 2012). Como também já foi referido, estudos recentes demonstram que indivíduos enlutados por suicídio estão em risco significativamente

maior de apresentar vários problemas de saúde psicológica e física, quando comparado aos enlutados por outros modos de morte (Erlangsen et al., 2017b; Erlangsen & Pitman, 2017a; Pitman et al., 2014).

Como referido anteriormente, a exposição ao suicídio acarreta diversas consequências adversas como o sofrimento psicológico intenso (Jordan & McGann, 2017; Santos & Tavares, 2014), bem como uma dor psicológica mais intensa (Campos et al., 2017) e, de forma expectável, baixa tolerância à dor psicológica. Como também já foi referido, a dor psicológica associou-se à ideação suicida em indivíduos expostos ao suicídio (e.g., Campos et al., 2017; Maple et al., 2016). Especificamente no estudo de Campos et al. (2017), com uma amostra comunitária, verificou-se que a perda de um membro da família por suicídio e a dor psicológica interagiram para explicar a variância no risco de suicídio. Os investigadores sugerem que a dor psicológica pode ter um papel no risco de suicídio em indivíduos expostos previamente ao suicídio e tem valor explicativo adicional no risco, para além do associado à própria exposição ao suicídio. Pereira e Campos (2022), também com uma amostra de adultos da comunidade portuguesa, verificaram que uma dor intolerável mediava totalmente a relação entre a exposição ao suicídio e a ideação suicida, mesmo quando controlado o efeito de mediação dos sintomas depressivos. O grupo exposto ao suicídio na família apresentava níveis de dor intolerável significativamente superiores ao grupo de controlo.

Dor psicológica, Tolerância à Dor e Ideação Suicida

A investigação empírica tem demonstrado uma relação significativa entre dor psicológica e ideação suicida (e.g., Berlim et al., 2003; Campos & Holden, 2014, 2015a; DeLisle & Holden, 2009; Ducasse et al., 2017; Mee et al., 2011; Troister & Holden, 2010, 2012). Na meta-análise de Verrocchio et al. (2016) demonstrou-se que a dor psicológica apresenta uma relação significativa com o risco suicidário. Em particular, a dor psicológica é um fator mais forte de vulnerabilidade para a ideação suicida, tentativas e morte por suicídio do que a depressão. A meta-análise de Ducasse et al. (2017), examinando a diferença na dor psicológica entre indivíduos com e sem história atual ou *lifetime* de ideação suicida ou tentativa de suicídio, revelaram níveis superiores de dor psicológica em indivíduos com ideação suicida atual, *lifetime* e tentativas de suicídio, mesmo quando controlado o efeito dos sintomas depressivos.

No estudo longitudinal de quatro anos de Montemarano el al. (2018), tendo como objetivo examinar a dor psicológica e a ideação suicida numa amostra de estudantes universitários, demonstrou-se que a dor psicológica tinha um papel mediador na relação da depressão e da desesperança na ideação suicida. Os resultados do estudo longitudinal de dois anos de Troister et al. (2013b), com uma amostra de estudantes universitários com ideação suicida, demonstraram que a dor psicológica se relacionou estatisticamente com a ideação suicida. Demonstraram também que alterações nos níveis de dor psicológica se associavam a variações na ideação suicida, a dois anos, mesmo quando controladas as variáveis depressão e desesperança.

No estudo transversal de Troister et al. (2015), verificou-se que a dor psicológica é, efetivamente, um melhor preditor de risco suicidário a longo prazo do que a depressão e desesperança. Também com uma amostra de estudantes universitários, os resultados do estudo transversal de DeLisle e Holden (2009), demostraram que a dor psicológica se relacionou estatisticamente com a ideação suicida, mesmo quando controladas as variáveis clínicas depressão e desesperança. No mesmo sentido, no estudo transversal de Troister e Holden (2010) verificou-se que a dor psicológica era um preditor estatístico da ideação suicida e que a sua importância relativa era maior do que a da depressão ou a desesperança.

No estudo de Orbach et al. (2003) demonstrou-se uma associação entre dor psicológica e ideação suicida, nomeadamente em indivíduos com tentativas de suicídio prévias e/ou recentes. Pompili et al. (2008), por sua vez, verificaram que indivíduos considerados em risco de suicídio relataram níveis mais elevados de dor psicológica quando comparados com indivíduos com diagnóstico de perturbação mental sem risco de suicídio ou indivíduos sem perturbação. Verificaram ainda que a intensidade da dor psicológica se associou significativamente com os comportamentos suicidários, nomeadamente em indivíduos com tentativas de suicídio recentes e também naqueles com história anterior de tentativas. Olié et al. (2010), demonstraram que os níveis de dor psicológica estavam associados de forma significativa com a intensidade e frequência da ideação suicida em indivíduos hospitalizados, devido a episódios de depressão *major* e em indivíduos com uma história recente de tentativa de suicídio.

Diversos estudos (e.g., Chávez-Hernández et al., 2009; May & Klonsky, 2013; May et al., 2016; Pachkowski et al., 2019) mostraram que a dor psicológica intolerável mostra uma forte correlação com a ideação suicida, sendo considerada como um importante fator de risco para o suicídio. Também para Levi-Belz et al. (2019), a

variável com maior determinação dos comportamentos suicidários, especificamente na ideação suicida, é a dor psicológica intolerável.

Evidenciou-se que a variável dor psicológica medeia a relação entre a autodestruição e a ideação suicida (Nahaliel et al., 2014). A dor psicológica também medeia a relação entre depressão e risco de suicídio (Campos & Holden, 2015). No estudo de Pereira et al. (2010), numa amostra de estudantes de graduação e de reclusos, demonstrou-se que a dor psicológica foi o preditor estatístico mais significativo da ideação suicida e mediava outros correlatos psicológicos, como a depressão ou a desesperança, não sendo influenciada pelo tipo de crime ou pelo género. No estudo de Patterson e Holden (2012), com uma amostra de sem-abrigo do sexo masculino, demonstrou-se uma relação significativa entre dor psicológica e ideação suicida e entre dor psicológica e tentativas de suicídio anteriores, revelando-se a dor psicológica o mais forte preditor da ideação suicida, quando comparada com a depressão, a desesperança e a falta de sentido para a vida.

Pode considerar-se a tolerância à dor psicológica como uma característica próxima à regulação emocional, mostrando uma forte relação com a intensidade da dor psicológica, depressão e risco de suicídio (Becker et al., 2019; Landi et al., 2020), permitindo diferenciar pacientes psiquiátricos dos indivíduos sem queixas (Demirkol et al., 2019), bem como indivíduos que cometem tentativas de suicídio daqueles que não o fizeram (Levinger et al., 2015). Estas evidências conduziram alguns autores (e.g., Becker et al., 2019; Meerwijk et al., 2019) a afirmar que menor tolerância à dor psicológica pode ser um fator de risco ainda mais relevante para os comportamentos suicidiários do que a intensidade da dor psicológica (*psychache*). A capacidade individual de tolerar e manejar a dor psicológica é, deste modo, fundamental para muitas teorias que diferenciam indivíduos que tentaram e morrem por suicídio (Baumeister, 1990; Leenaars, 1996; Maltsberger, 2004; Shneidman, 1993a).

Soumani et al. (2011), com uma amostra da comunidade grega, verificaram que a tolerância à dor psicológica é um preditor de risco suicidário, independentemente da intensidade da dor psicológica e da depressão. A sustentação empírica para a importância da fraca tolerância à dor psicológica foi encontrada em jovens soldados israelitas com baixa tolerância à dor psicológica que relataram ideação suicida significativamente mais forte do que soldados com alta tolerância para a dor psicológica, apesar de níveis igualmente elevados de dor psicológica. Verifica-se de

acordo com os resultados que a regulação emocional face à presença dor psicológica moderava a relação entre a dor psicológica e a ideação suicida (Shelef et al., 2015). No estudo de Meerwijk e Weiss (2018), com uma amostra de adultos recolhida online nos Estados Unidos, demonstrou-se níveis elevados de dor psicológica e níveis mais baixos de tolerância à dor psicológica em participantes com história anterior de tentativa de suicídio, quando comparados com participantes que nunca tinham tentado o suicídio.

Becker et al. (2019), com uma amostra de adolescentes irlandeses, verificam que o fator de risco para o comportamento suicidário era a tolerância à dor psicológica, associada positivamente à regulação emocional e não à sua intensidade. Ao contrário da intensidade da dor psicológica, a tolerância à dor diferenciou significativamente pacientes psiquiátricos suicidas internados, por um lado, de pacientes psiquiátricos internados não suicidas e controlos não clínicos, por outro.

Objetivos do Estudo

A literatura demonstra que a exposição ao suicídio é, por si mesmo, um fator de risco para os comportamentos suicidários (e.g., De Leo & Heller, 2008; Hedstrom et al., 2008; Rostila et al., 2013; Song et al., 2015; World Health Organization [WHO], 2014) existindo muitas evidências sobre a relação entre exposição e ideação suicida (e.g., Kuramoto et al., 2010), no entanto, existe pouca evidência sobre a relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico (Campos & Medina, 2022; Corrigan et al., 2018; Hvidkjaer et al., 2020). Acresce que algumas evidências sugerem que poderá ser uma dor psicológica intolerável a variável com mais peso na determinação dos comportamentos suicidários, especificamente na ideação suicida (Levi-Belz et al., 2019; Pachkowski et al., 2019).

A investigação sobre a tolerância à dor psicológica, ainda que relativamente escassa, sugere que esta pode ser encarada como uma forma de regulação emocional (Becker et al., 2019; Shelef et al., 2015) e apresenta uma relação negativa com a intensidade da dor psicológica, a depressão, a desesperança e o risco de suicídio (Becker et al., 2019; Demirkol et al., 2019; Landi et al., 2020). Verifica-se que indivíduos com risco de suicídio atual mais elevado apresentam níveis inferiores de tolerância à dor psicológica (Levinger et al., 2016).

Assim, a presente investigação visa estudar os efeitos de mediação de diferentes facetas de dor psicológica (dor tolerável e dor intolerável) e de tolerância à dor

psicológica (*managing the pain* e *enduring the pain*) na relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico em duas amostras não clínicas de adultos da comunidade portuguesa. Uma das amostras participou num estudo anterior (Pereira & Campos, 2022), sendo que, com esta amostra será testado um modelo de mediação da dor psicológica tolerável e da dor psicológica intolerável na relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico. Na segunda amostra, será testado um modelo de mediação das facetas de tolerância à dor (*managing the pain* e *enduring the pain*) na relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico. A dor psicológica tolerável e a dor psicológica intolerável, serão consideradas enquanto dimensões propostas por Pachkowski et al. (2019), avaliadas pela *Psychache Scale* (Holden et al., 2001). As facetas de tolerância à dor psicológica, *managing the pain* e *enduring the pain*, serão avaliadas pela *Escala de Tolerância à Dor Mental* (TMPS-10; Meerwijk et al., 2019). Espera-se obter uma relação negativa entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico, assim como que níveis elevados de dor psicológica (dor tolerável e, especialmente, dor intolerável) e níveis baixos de tolerância à dor psicológica (*enduring the pain*) medeiem essa relação.

Método

Amostras

No presente estudo participaram duas amostras. A amostra 1 participou num estudo anterior (Pereira & Campos, 2022) e é composta por 244 participantes entre os 19 e os 64 anos (M = 35.34; DP = 12.05), maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (n = 196; 80.3%). A amostra inicial era composta por 247, tendo sido excluídos três participantes por não cumprirem um dos critérios de inclusão: residir em Portugal. Os restantes critérios de inclusão eram: uma idade compreendida entre os 18 e os 65 anos, ter pelo menos o 6.º ano de escolaridade e, no caso de ser estudante, ser trabalhador-estudante. As características sociodemográficas e clínicas da amostra 1 constam da Tabela 1.

A amostra 2 é composta por 283 indivíduos da comunidade, entre os 18 e os 65 anos (M = 35.24; DP = 13.26), maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (n = 195; 68,9%). Os critérios de inclusão foram: ter, pelo menos, 6 anos de

escolaridade, ter entre 18 e 65 anos e ter o português como língua materna. As características sociodemográficas e clínicas da amostra 2 constam da Tabela 2.

Tabela 1

Características Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes da Amostra 1

Característica	n	%	M	SD
Sexo				
Feminino	196	80,3		
Masculino	48	19,7		
Idade			35,3	12,1
Estado Civil				
Solteiro	129	52,9		
Casado/ Unido de Facto	35	14,3		
Divorciado	25	10,2		
Viúvo	0	0		
Escolaridade em anos			13,9	2,6
Atualmente Desempregado				
Não	191	78,3		
Sim	53	21,7		
Doença Crónica não psiquiátrica				
Não	194	79,5		
Sim	50	20,5		
Diagnóstico de uma perturbação mental				
Não	214	87,7		
Sim	30	12,3		

Tabela 2

Características Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes da Amostra da 2

Característica	n	%	M	SD
Sexo				
Feminino	195	68,9		
Masculino	88	31,1		
Idade			35,2	13,3
Estado Civil				
Solteiro	156	55,1		
Casado/ Unido de Facto	104	36,7		
Divorciado	13	4,6		
Viúvo	10	3,5		
Escolaridade em anos			13,9	2,9
Atualmente Desempregado				
Não	236	83,4		
Sim	47	16,6		
Doença Crónica não psiquiátrica				
Não	231	81,6		
Sim	52	18,4		
Diagnóstico de uma perturbação mental				
Não	261	92,2		
Sim	22	7,8		

Instrumentos

Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos. Composta por questões que permitiram obter informação relativa a variáveis sociodemográficas como o sexo, idade, estado civil, distrito de residência, escolaridade e a situação profissional. Continha ainda duas questões relativas a variáveis clínicas como a presença de doença crónica e diagnóstico de perturbação mental.

Avaliação da Exposição ao Suicídio. Para avaliar a exposição ao suicídio foi utilizada a questão: "*Já alguém na sua família se suicidou?*", com as seguintes opções de resposta: *0 – Não* e *1 – Sim.* Os participantes que respondiam afirmativamente, eram

também convidados a responder a mais algumas questões sobre: qual o membro da família que cometeu suicídio; quando ocorreu o suicídio; método(s) utilizado(s); qual o impacto tido no participante, sendo esta última questão respondida numa escala de *1* (*pouco impacto*) a *5* (*muito impacto).* Este conjunto de questões para avaliar a exposição ao suicídio de um membro da família foi utilizada em estudos anteriores (e.g., Campos et al., 2017).

Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (ÉMMBEP; Massé et al., 1998). É um instrumento para avaliar o bem-estar psicológico, constituído por 25 itens, distribuídos por seis subescalas: autoestima (4 itens), equilíbrio (4 itens), envolvimento social (4 itens), sociabilidade (4 itens), controlo de si e dos acontecimentos (4 itens) e felicidade (5 itens). Os itens são respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (*Nunca*) e 5 (*Quase sempre*). O resultado global obtém-se pela soma da pontuação de cada um dos 25 itens, correspondendo pontuações mais elevadas a níveis mais elevados de bem-estar psicológico percebido. A versão original do instrumento, numa amostra da comunidade, realizado por Massé et al. (1998), revelou excelente fiabilidade, obtendo-se valores de *alpha* de Cronbach de .93 para a escala completa. A versão portuguesa do instrumento, realizada por Monteiro et al. (2012), numa amostra de estudantes universitários, revelou um valor de *alpha* de Cronbach de .95 para escala conjunto de 25 itens. No presente estudo, o *apha* de Cronbach na amostra 1 foi de .97 e na amostra 2 de .95.

Escala de Tolerância à Dor Mental (TMPS-10; Meerwijk et al., 2019). O questionário é composto por 10 itens, sendo uma forma abreviada da versão original de 20 itens desenvolvida por Orbach et al. (2004). Permite avaliar o nível de tolerância à dor psicológica quando a mesma é experienciada pelo indivíduo, utilizando uma escala de resposta de *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (*Nada Verdadeira*) e 5 (*Muito Verdadeira*). A análise fatorial da TMPS-10 mostrou a existência de dois fatores subjacentes: *managing the pain* (gerir a dor) que reflete a presença de estratégias de *coping* ativas que habilitam os indivíduos que experienciam a dor psicológica a pará-la ou reduzi-la ativamente (itens 2, 3, 5, 7 e 10, sendo cotados de forma invertida; e.g., "Não consigo conter a dor dentro de mim") e *enduring the pain* (suportar a dor) que descreve estratégias de *coping* passivas, inferidas a partir da crença de que a dor irá acabar por desaparecer (itens 1, 4, 6, 8 e 9; e.g., "Acredito que a minha dor vai

desaparecer"). As pontuações nas duas escalas são obtidas pela soma dos valores dos respetivos itens e posterior divisão do resultado pelo número de itens, correspondendo *scores* mais elevados a níveis mais elevados de tolerância à dor psicológica. Os estudos iniciais do instrumento, numa amostra da comunidade, realizado por Meerwijk et al. (2019), revelaram boa a excelente fiabilidade, tendo-se obtido valores de *alpha* de Cronbach de .90 para *managing the pain* e de .84 para *enduring the pain*. A versão portuguesa da TMPS-10, desenvolvida por Martins et al. (2022), numa amostra comunitária, revelou valores de *alpha* de Cronbach de .87 para *managing the pain e* .88 para *enduring the pain*. No presente estudo, o *apha* de Cronbach na amostra 2 para a escala de *managing the pain* é de .87 e para a escala de *enduring the pain* é de .92.

Psychache Scale (Holden et al., 2001). O inventário é constituído por 13 itens que permitem avaliar o construto de dor psicológica (*psychache*) proposto por Shneidman (1993a, 1993b). Os itens de 1 a 9 avaliam a frequência da experiência de dor psicológica (e.g., "a minha dor faz a minha vida parecer sombria") e são respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (*Nunca*) e 5 (*Sempre*). Os itens de 10 a 13 avaliam a intensidade da dor psicológica (e.g., "não consigo aguentar mais a minha dor") e são respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (*Discordo Fortemente*) e 5 (*Concordo Fortemente*). O resultado total da *Psychache Scale* é obtida através da soma dos valores de cada um dos 13 itens e pode variar entre os 13 e os 65 pontos, correspondendo pontuações mais elevadas a níveis mais elevados de dor psicológica. A versão original do instrumento, em amostras de estudantes universitários, realizado por Holden et al. (2001), revelou excelente fiabilidade, obtendo valores de *alpha* de Cronbach de .92. A versão portuguesa da *Psychache Scale* foi desenvolvida por Campos et al. (2019) numa amostra da comunidade. Relativamente à sua fiabilidade, obteve-se um valor de *alpha* de Cronbach de .95. Pachkowski et al. (2019) propuseram diferenciar a *Psychache Scale* entre itens que retratam a experiência intolerável (itens 10, 11 e 12) de dor psicológica e itens que retratam a experiência genérica (tolerável*;* itens 1 a 9 e 13) de dor psicológica. O resultado total da escala de dor intolerável é obtido através da soma dos valores dos 3 itens, variando entre 3 e 15 pontos, correspondendo pontuações mais elevadas a níveis mais altos de dor intolerável. O resultado total para a escala de dor tolerável é obtido através da soma dos valores dos 10 itens, variando entre 10 e 50 pontos, correspondendo pontuações mais elevadas a níveis mais altos de dor psicológica. Os estudos iniciais da escala de dor intolerável,

realizado por Pachkowski et al. (2019), com uma amostra clínica e comunitária, revelaram excelente fiabilidade, obtendo-se valores de *alpha* de Cronbach de .93. No presente estudo, o *apha* de Cronbach na amostra 1 para a escala de dor tolerável é de .95 e para a escala de dor intolerável é de .92. O *apha* de Cronbach na amostra 2 para a escala de dor tolerável é de .94 e para a escala de dor intolerável é de .93.

Procedimentos de Recolha de Dados

Os participantes da amostra 1 responderam a um protocolo de investigação inserido e apresentado na plataforma online: o *Google Forms.* O *link* de acesso foi disponibilizado online em redes sociais. Na primeira página do protocolo, os participantes eram informados dos objetivos do estudo, do caráter voluntário da sua participação e da mesma não ser objeto de gratificação. Caso aceitassem colaborar na investigação, os participantes deveriam clicar em "*continuar*", sendo posteriormente apresentada uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos e diferentes questionários. O projeto de investigação onde se inseriu a recolha e dados da amostra 1 foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora e foi coordenado pelo orientador desta dissertação.

Os participantes da amostra 2, responderam a um protocolo também numa plataforma online: o *LimeSurvey*. O *link* de acesso foi disponibilizado online em redes sociais. Após o acesso dos participantes à plataforma, era apresentado na primeira página um termo de consentimento informado com a descrição das condições de participação. Se os indivíduos aceitassem colaborar, deveriam carregar em "*seguinte*", sendo a seguir apresentada uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos e, posteriormente, em cada página e de forma continuada, alguns questionários no âmbito de um projeto mais vasto relativo ao estudo dos comportamentos suicidários. Este projeto, igualmente coordenado pelo orientador desta dissertação, também foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Procedimentos de Análise de Dados

Para a amostra 1, com base nas respostas à questão se alguém na família do participante se tinha suicidado, foi verificado que 65 participantes referiram que tinham perdido alguém por suicídio na família. Todavia, 10 não referiram uma data para a

ocorrência do suicídio e, consequentemente, foram eliminados do estudo. Nesse seguimento, dos sobrantes 55, 10 referenciaram que a morte do familiar por suicídio tinha ocorrido antes do seu nascimento e, desse modo, foram considerados não expostos ao suicídio. Aditivamente, 3 referiam um impacto mínimo do suicídio (resposta 1 à questão: "*qual o impacto que teve em si*"), sendo igualmente considerados não expostos. Definiu-se, portanto, um grupo de indivíduos expostos ao suicídio (n = 42) e um grupo controlo (n = 192). As relações entre os 42 participantes do grupo exposto e o familiar falecido são as seguintes: catorze pessoas que se suicidaram eram avós de um participante; duas eram mães; quatro eram pais; um era afilhado; nove eram tios; um era irmão; dois eram bisavós; dezasseis eram primos; dois eram outros. Para 8 indivíduos expostos (19.0%) ocorreu a morte de dois ou mais familiares por suicídio. Os métodos principais foram: enforcamento (40.0%), ingestão medicamentosa, envenenamento e substâncias psicoativas, os três com uma percentagem de 24.0%, afogamento e arma de fogo, ambos com uma percentagem de 14.0%. O tempo médio que decorreu desde a morte por suicídio foi de 16.34 anos (*DP* = 12.74).

Para amostra 2, verificou-se que 51 responderam afirmativamente à questão se alguém na família do participante se tinha suicidado. Verificou-se que 5 indivíduos não mencionaram uma data para a ocorrência do suicídio, sendo eliminados do estudo. Dos sobrantes 46, 4 referenciaram que a morte tinha ocorrido antes do seu nascimento, pelo que foram considerados não expostos ao suicídio. Adicionalmente, 6 referiam um impacto mínimo do suicídio (resposta 1 à questão: "*qual o impacto que teve em si*") pelo que foram igualmente considerados não expostos. Definiu-se, deste modo, um grupo de indivíduos expostos ao suicídio (n = 36) e um grupo controlo (n = 247). As relações entre os 36 participantes do grupo exposto e o familiar falecido foram as seguintes: uma era mãe do participante; cinco eram pais; um era filho; dois eram irmãos; onze eram avós; dois eram bisavós; nove eram tios; três eram tia-avó; oito eram primos; um era sobrinho; seis eram maridos; um era namorado. Para 4 indivíduos expostos (11,4%) ocorreu a morte de dois familiares por suicídio. Os métodos principais foram: enforcamento (39,6%), ingestão medicamentosa, envenenamento e substâncias psicoativas, os três com uma percentagem de 10,4%, afogamento (10,4%), arma de fogo (25,0%), atropelamento (6,3%) e salto de altura (8,3%). O tempo médio decorrido desde a morte por suicídio foi de 17.10 anos (*DP* = 16.94).

Em ambas as amostras, os grupos de expostos e não expostos ao suicídio na família foram comparados em relação às variáveis sociodemográficas e às variáveis em

estudo utilizando testes *t* ou $\chi 2$. Na análise seguinte foi usado a metodologia de *bootstrapping* (com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) para confirmar a significância dos parâmetros estimados. Utilizou-se o *software* AMOS-24 para testar modelos de *path analysis* para verificar se as diferentes facetas da dor psicológica, dor tolerável e dor intolerável, num dos modelos e, *managing the pain* e *enduring the pain*, no outro, mediavam a relação entre a variável grupo (grupo exposto *versus* grupo controlo) – variável exógena – e o bem-estar psicológico – variável endógena. Nestas análises, as variáveis demográficas que se correlacionassem significativamente com o bem-estar psicológico ou que diferenciassem os grupos foram incluídas como covariáveis.

Resultados

Comparação entre Grupos e Análise de Correlações

No que respeita à amostra 1 verifica-se que variável sociodemográfica estar desempregado, diferenciou os dois grupos, com uma percentagem superior de desempregados no grupo exposto (33.3% no grupo exposto comparativamente a 18,2% no grupo de controlo) ($\chi^2_{(1)} = 4.75$, $p < .05$). Os grupos diferem igualmente no nível de bem-estar psicológico, com o grupo exposto a apresentar valores ($M = 77.83$, $DP = 19.37$) significativamente inferiores ao grupo de controlo ($M = 87.54$, $DP = 21.42$) ($t_{(232)} = 2.70$, $p < .01$, $d = .35$). Os grupos diferiam também no nível de dor tolerável, com o grupo exposto a apresentar valores ($M = 21.57$, $DP = 10.22$) significativamente superiores ao grupo de controlo ($M = 18.44$, $DP = 8.26$) ($t_{(232)} = 2.13$, $p < .05$, $d = .28$) e, no nível de dor intolerável, com o grupo exposto a apresentar valores ($M = 5.86$, $DP = 3.38$) significativamente superiores ao grupo de controlo ($M = 4.72$, $DP = 2.28$) ($t_{(232)} = 2.07$, $p < .05$, $d = .27$).

Verifica-se que no que respeita às variáveis sociodemográficas, apenas as variáveis estado civil, definido como solteiro, divorciado, viúvo *versus* casado ou unido de facto ($r(234) = .15$, $p < .05$), a presença de um diagnóstico de perturbação mental ($r(234) = .29$, $p < .001$) e estar atualmente desempregado ($r(234) = .17$, $p < .01$) se correlacionaram com a variável bem-estar psicológico.

Verifica-se igualmente que a variável exposição ($r(234) = -.18$, $p < .01$) e que as duas facetas da dor psicológica, dor tolerável ($r(234) = -.53$, $p < .010$) e dor intolerável ($r(234) = -.54$, $p < .001$), se correlacionam significativamente com a variável bem-estar

psicológico. A variável exposição ao suicídio também se correlacionou com as duas facetas da dor psicológica, dor tolerável ($r(234) = .14$, $p < .05$) e dor intolerável ($r(234) = .17$, $p < .01$).

No grupo exposto ao suicídio o tempo decorrido desde o suicídio não se correlacionou significativamente com o bem-estar psicológico ($r(42) = .02$, *ns).*

Dado que a variável estar desempregado diferenciou os grupos e as variáveis estado civil e presença de um diagnóstico de perturbação mental se correlacionaram com o bem-estar psicológico, foram introduzidas no modelo de *path analysis*.

Para a amostra 2 verifica-se que a variável sociodemográfica sexo diferenciou os dois grupos, com uma percentagem superior de indivíduos do sexo feminino no grupo exposto (91,7% no grupo exposto comparativamente a 65,6% no grupo de controlo) ($\chi^2_{(1)} = 9.97$, $p < .01$). Verifica-se ainda que a variável sociodemográfica idade, diferenciaram os grupos, com uma percentagem de indivíduos mais velhos no grupo exposto ($M = 42.33$, $DP = 14.43$) em relação ao grupo de controlo ($M = 34.20$, $DP = 12.79$) ($t_{(281)} = 3.51$, $p < .001$, $d = 0.63$). Os grupos diferiam também em *managing the pain*, com o grupo exposto a apresentar valores (M =17.25, DP= 5,61) significativamente inferiores ao grupo de controlo ($M = 20.49$, DP = 4,59) ($t_{(281)} = 3.31$, $p < .01$, $d = 0.69$), mas não ao nível de *enduring the pain* ($t_{(281)} = .78$, *ns*, $d = 0.14$) ou bem-estar ($t_{(281)} = .96$, *ns*, $d = 0.17$).

Verifica-se que apenas as variáveis sociodemográficas idade ($r(283) = .14$, $p < .05$), estar desempregado ($r(283) = - .20$, $p < .001$) e presença de um diagnóstico de perturbação mental ($r(283) = - .26$, $p < .001$) se correlacionaram com a variável bem-estar psicológico.

Verifica-se igualmente que a variável exposição, se relacionou com uma das facetas de tolerância à dor psicológica, *managing the pain* ($r(283) = - .22$, $p < .001$), mas não com *enduring the pain* ($r(283) = - .05$, *ns*), nem com o bem-estar psicológico ($r(283) = - .06$, *ns*). Verifica-se ainda que as duas facetas de tolerância à dor psicológica, *managing the pain* ($r(283) = .50$, $p < .001$) e *enduring the pain* ($r(283) = .29$, $p < .001$), se relacionam com a variável bem-estar psicológico.

No grupo exposto ao suicídio o tempo decorrido desde o suicídio não se correlacionou significativamente com o bem-estar psicológico ($r(36) = - .01$, *ns*).

Path Analysis para Testar o Efeito de Mediação das Facetas da Dor Psicológica na Relação entre Exposição ao Suicídio e Bem-Estar Psicológico

Dado que a variável exposição ao suicídio não se correlacionou com a variável bem-estar na amostra 2, não é simplesmente viável testar um efeito de mediação da tolerância a dor na relação entre exposição ao suicídio e bem-estar psicológico nesta amostra. Assim, testou-se apenas na amostra 1 um modelo de mediação com duas variáveis mediadoras, dor tolerável e dor intolerável, na relação entre a variável exposição e a variável bem-estar psicológico. Foram introduzidas as variáveis estado civil, diagnóstico de perturbação mental e estar desempregado como co-variáveis exógenas. No modelo direto, sem mediadores, verificou-se que a variável exposição apresenta um efeito direto significativo na variável bem-estar psicológico (β = -.154, SE = .059, p < .05 IC 95% [-0.266, -0.029]).

No modelo de mediação verificou-se que o efeito direto da variável exposição na variável bem-estar psicológico já não é significativo. Verificou-se que o efeito direto da variável exposição na variável dor intolerável é significativo (β = .158, SE = .065, p < .05 IC 95% [0.028, 0.282]), bem como na variável dor tolerável (β = .119, SE = .058, p < .05 IC 95% [0.010, -0.235]). O efeito direto da variável dor intolerável na variável bem-estar psicológico é significativo (β = -.330, SE = .082, p < .005 IC 95% [-0.494, -0.161]), bem como da variável dor tolerável (β = -.232, SE = .091, p < .01 IC 95% [-0.395, -0.051]). Finalmente, verifica-se um efeito indireto significativo da variável grupo na variável bem-estar psicológico (β = .080, SE = .033, p < .05 IC 95% [-0.148, -0.017]). Assim, pode concluir-se que as variáveis dor tolerável e dor intolerável medeiam totalmente a relação entre a variável exposição e a variável bem-estar psicológico.

Figura 1

Representação Gráfica do Modelo de Mediação da Amostra 1 testado

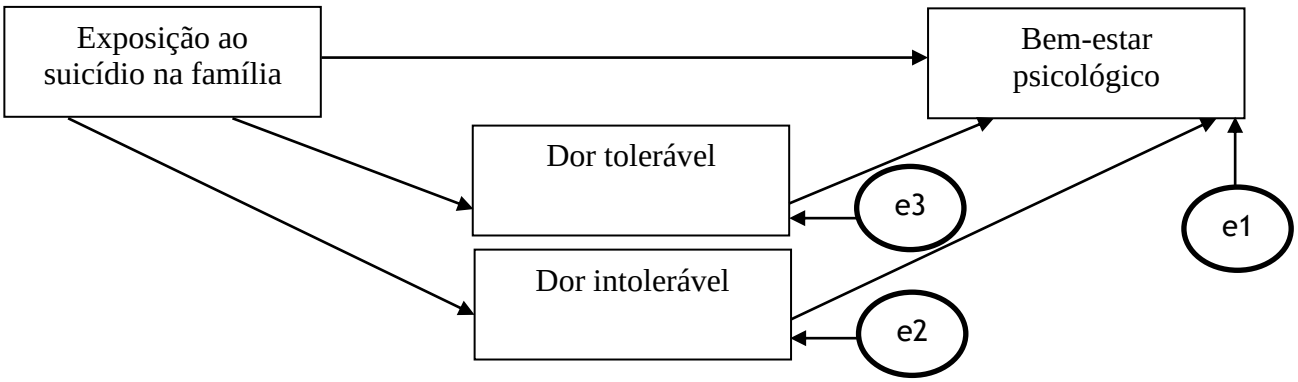
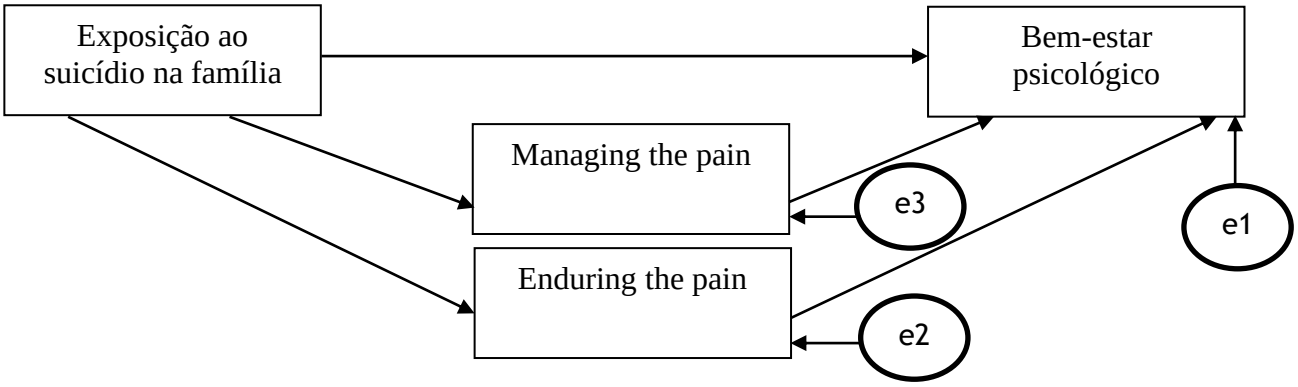


Figura 2

Representação Gráfica do Modelo de Mediação da Amostra 2 não testado



Discussão

A presente investigação, enquadrada numa perspetiva psicológica de compreensão do impacto da exposição ao suicídio na família, teve como objetivo estudar, em duas amostras não clínicas de adultos da comunidade portuguesa, os efeitos de mediação das facetas de dor psicológica (dor tolerável e dor intolerável) e de tolerância à dor psicológica (*managing the pain* e *enduring the pain*) na relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico. Esperava-se obter uma relação negativa entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico, assim como que níveis elevados de dor psicológica (dor tolerável e, especialmente, dor intolerável) e níveis baixos de tolerância à dor psicológica (*enduring the pain*) mediassem tal relação.

O modelo de mediação testado na amostra 1 evidenciou que as facetas da dor psicológica (dor tolerável e dor intolerável), mediaram a relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico, oferecendo um contributo no esclarecimento da relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico. Servindo como referência teórica para esta investigação, o modelo de Shneidman (1993a,1996,1999) conceptualiza que a dor psicológica é uma condição necessária ao suicídio e que os outros estados afetivos somente são importantes se esta dor psicológica estiver presente. A morte pelo suicídio, associada com a frustração de necessidades básicas, é a consequência de uma dor psicológica sentida como intolerável. Os indivíduos com maior propensão para este sofrimento psicológico estariam em maior risco de suicídio, pois quando essa dor transpõe os limites de tolerância individual, a morte poderia ser observada como a única solução para fugir a essa dor intolerável.

Se o suicídio é observado como uma forma de escapar à dor sentida como intolerável pelo indivíduo (e.g., Verrocchio et al., 2016), a exposição ao suicídio pode potenciar um sofrimento psicológico intenso (Jordan & McGann, 2017; Santos & Tavares, 2014) e a experiência de dor psicológica (Campos et al., 2017) aos expostos/enlutados. Aliás, sentimentos que se associam ao luto, como tristeza, solidão, choque, saudade (Carqueja, 2017) culpa, vergonha e raiva (Jordan, 2001; Kolves et al., 2018; Sveen & Walby, 2008; Tal-Young et al., 2012) são intensificados em sobreviventes de suicídio, o que aumenta o risco do desenvolvimento de psicopatologia (McMenamy et al., 2008) durante o processo de luto.

O efeito de mediação evidenciado no presente estudo pode ser explicado considerando a vulnerabilidade psicológica e o risco acrescido dos enlutados em experienciar sofrimento intenso, consequente do processo de luto pelo qual possam estar a passar (Shneidman, 1993a). Experienciando níveis elevados de dor psicológica, aumenta a vulnerabilidade para vivenciar ideação suicida (Shneidman, 1993a; Van Heeringer et al., 2010). Existem diversas evidências empíricas (e.g., Campos et al., 2017; Pereira & Campos, 2021) que demonstram que os indivíduos expostos apresentam uma vulnerabilidade para experimentar níveis mais elevados de dor psicológica e uma relação robusta entre dor psicológica e risco de suicídio (e.g., Campos & Holden, 2015b; Pompili et al., 2008).

Em sentido inverso face a investigação anterior (e.g., Campos & Pereira, 2022), não se verifica uma relação entre exposição ao suicídio na família e bem estar-psicológico na amostra 2, não existindo, consequentemente, um efeito de mediação das facetas da tolerância à dor psicológica (*managing the pain* e *enduring the pain*) naquela relação empírica. Estes resultados podem dever-se a vários fatores, nomeadamente, as características específicas da amostra e/ou dos instrumentos/procedimento de recolha de dados.

A ausência nesta amostra/estudo de uma relação empírica entre as variáveis poderá, pois, não corresponder à ausência de uma real relação. Refira-se que nesta amostra 2, o número de indivíduos expostos ao suicídio na família foi reduzido, referindo espontaneamente que experimentaram pouco impacto com a morte do familiar. Consequentemente, se a morte do familiar teve pouco impacto nos participantes expostos, a variável binária (ser exposto ao suicídio na família *versus* não ser exposto ao suicídio na família) não descreve dois grupos de indivíduos verdadeiramente diferentes quanto ao bem-estar psicológico. Poderia também

considerar-se os resultados da amostra 1 um artefacto e os resultados da amostra 2 a real na ausência de relação, ainda que o conhecimento face a investigação anterior (e.g., Campos & Medina, 2022) demonstre uma relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico.

Na amostra 2 verifica-se que os indivíduos expostos ao suicídio na família apresentam pior *managing the pain*, enquanto, pelo contrário, se verifica que não existem diferenças significativas entre grupos no que respeita à variável *enduring the pain*. Aprofundando a teoria de Shneidman, Meerwijk et al. (2013) indicam que a crise suicidária, isto é, quando a dor psicológica é sentida como intolerável, é desencadeada quando os níveis de tolerância à dor psicológica se tornam insuficientes face ao grau atual de dor psicológica. Se as estratégias de enfrentamento forem insuficientes, suportar a dor psicológica intensa pode corroer a capacidade de suportar essa mesma dor, desencadeando crises suicidárias. Nessa situação, não é o aumento da dor psicológica que causa uma crise suicida, mas a diminuição da capacidade de suportar a dor. O individuo que experimente dor psicológica, irá diminuir a tolerância se essa dor não for reduzida de alguma forma e se as estratégias de enfrentamento forem insuficientes (Becker et al., 2019). Ainda que na amostra 2 não foi possível verificar se os indivíduos expostos ao suicídio na família evidenciam menor bem-estar psicológico, de acordo com os resultados, os indivíduos expostos ao suicídio na família evidenciam menor tolerância à dor psicológica.

Uma vez que se considera a tolerância à dor psicológica como uma característica próxima à regulação emocional (e.g., Becker et al., 2019), *managing the pain*, especificamente, consiste no enfrentamento ativo através do uso de estratégias que possibilitam parar ou reduzir a dor psicológica. Seria expectável que os participantes da investigação apresentassem, em média, níveis mais baixos de tolerância à dor psicológica por estratégias de enfrentamento insuficientes, experienciando mais dor psicológica. Efetivamente os resultados demonstram que os indivíduos que não são expostos ao suicídio na família apresentam níveis mais altos de *managing the pain* em comparação com os indivíduos expostos ao suicídio na família. Observando o significado de cada um dos dois fatores que constituem a tolerância à dor psicológica e olhando os resultados, pode pensar-se que, *managing the pain* pode afetar a maneira como a tolerância à dor psicológica se refletem no bem-estar psicológico. Características como o positivismo, valentia ou determinismo em relação a *enduring the pain*, pelo contrário, podem não afetar a maneira como a tolerância à dor psicológica se

refletem no bem-estar psicológico.

De forma complementar, ainda que não foi possível verificar se existia um efeito de mediação nas facetas da tolerância à dor psicológica entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico, verifica-se, de acordo com os resultados, que a tolerância à dor psicológica possui uma relação positiva com o bem-estar psicológico.

Limitações, Conclusão e Estudos Futuros

A presente investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente, no desenho de investigação, participantes e instrumentos/procedimento de recolha de dados. Relativamente ao desenho de investigação, a natureza transversal do estudo impede a realização de inferência de relações causais (Dowling et al., 2016; Franklin et al., 2017; Wunsch et al., 2010). Na realização de estudos futuros poderá optar-se por um *design* longitudinal que permita o seguimento dos indivíduos.

No que concerne aos participantes, as duas amostras recolhidas no estudo são de conveniência e de baixo risco. O uso de um método de amostragem não probabilística não permite que se consiga obter uma amostra representativa e, nesse seguimento, a extrapolação dos resultados para o universo estimado (Marôco, 2021b; Jager et al., 2017). Também a dimensão amostral, apesar de aceitável (Marôco, 2021a, 2021b), pode ser considerada pequena para efeitos de generalização dos dados para a população em geral. Adicionalmente à dimensão reduzida da amostra, verifica-se uma disparidade entre o número de participantes do sexo feminino e masculino. Como sugestão para a realização de estudos futuros, destaca-se a preferência pelo uso de um método de amostragem probabilística e uma amostra clínica de maior dimensão (*N)* de forma a contemplar uma maior diversidade de características da população.

No que concerne aos instrumentos/procedimento de recolha de dados, assinala-se que os instrumentos usados assentam exclusivamente no autorrelato, podendo estar sujeito a vieses de resposta (Dowling et al., 2016; Liu et al., 2017), por exemplo, por razões de ordem moral e/ou religiosa. O estigma em redor dos comportamentos suicidiários e, consequentemente, a experiência de ser exposto ao suicídio na família pode levar a que indivíduos expostos apresentem menor probabilidade de relatar o bem-estar psicológico quando são questionados de uma forma direta. Com vista a colmatar estas limitações, pode ser utilizado outras metodologias de dados (e.g., entrevista, métodos indiretos) permitindo minimizar os vieses de resposta que se associaram ao autorrelato. Adicionalmente, mesmo que assegurada e respeitada a confidencialidade no

consentimento informado, os participantes podem ter sentido alguma desconfiança e, consequentemente, expressar *under-reporting* quanto ao bem-estar psicológico.

A ausência de relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico na amostra 2 pode ser explicado considerando a forma como os dados foram recolhidos. Como sugestão para estudos futuros destaca-se que poderá ser replicada a relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico, nomeadamente com outras amostras cujos dados sejam recolhidos presencialmente, cuja amostra dos indivíduos expostos ao suicídio na família apresente carga mais elevada de *distress* psicológico.

Poderá ser relevante num estudo futuro avaliar de forma mais fina o impacto percebido do suicídio na família e testar apenas indivíduos "verdadeiramente sobreviventes", isto é, que experienciaram forte impacto e, posteriormente, avaliar o seu bem-estar psicológico. Refira-se que para a concretização desta investigação carecia da parte dos investigadores grande investimento, utilizar equipas multidisciplinares para estabelecer abordagens mais integradas para projetos de larga escala, longo prazo e minuciosamente avaliados (De Leo, 2002) e implicaria que o convite para a participação na investigação alcançasse um número elevado de indivíduos, tendo em conta que determinados indivíduos expostos não se encontram com acesso à internet ou não apresentam desejo em responder.

Em conclusão, os resultados do presente estudo mostram o papel mediador da dor psicológica na relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico. Ainda que não foi possível verificar se existia um efeito de mediação das facetas da tolerância à dor psicológica entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico, as facetas de tolerância à dor psicológica apresentam relação com o bem-estar psicológico. Refira-se que este é dos primeiros estudos em Portugal a testar o efeito de mediação da dor e tolerância à dor na relação entre exposição ao suicídio na família e bem-estar psicológico em duas amostras comunitárias. Saliento ainda a referência do presente estudo como um dos poucos em que foi usado o TMPS-10 (Meerwijk et al., 2019) na população portuguesa.

Apesar das limitações, os resultados obtidos encerram implicações de relevo para a prevenção e intervenção clínica, salientando a necessidade de efetuar uma avaliação da dor psicológica e a tolerância à dor psicológica em indivíduos expostos ao suicídio na família e informar pistas cruciais para a intervenção junto da população

exposta ao suicídio de um membro da família.

A avaliação da dor psicológica poderá constituir-se como uma prática clínica habitual em indivíduos que foram expostos ao suicídio com o propósito da deteção e intervenção atempada sobre a dor psicológica. Nesse sentido, mostra-se importante sensibilizar e formar os profissionais de saúde para a relevância da dor psicológica e da tolerância à dor psicológica, destacando o interesse de incluir nas suas intervenções determinados protocolos de atuação que sejam capazes de identificar a presença de dor psicológica e nela intervir quando necessário. Tendo em consideração a importância que a deteção e controlo da dor psicológica pode representar, a consideração desta variável na avaliação dos indivíduos deve ser assumida como um objetivo terapêutico pelos profissionais de saúde.

Na sequência dos resultados obtidos foi possível identificar a necessidade de implementar também medidas de pósvenção na população, nomeadamente, a necessidade de incentivar o desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas, especialmente de natureza ativa, tendo em vista amenizar as sequelas psicológicas de uma morte por suicídio da vítima sobrevivente (Andriessen, 2009) e/ou gerir de forma adaptativa estados mentais penosos (e.g., dor psicológica). A pósvenção do fenómeno suicidário deve realizar-se primeiramente com os indivíduos expostos ao suicídio, tendo em consideração o risco de suicídio acrescido (e.g., Campos et al., 2017; Santos et al., 2015a, 2015b, 2015c). Indivíduos expostos que experienciem dor psicológica intolerável irão beneficiar de intervenções psicológicas determinadas a facilitar o processo de luto, essencialmente, se o suicídio na família estiver associado a sofrimento clinicamente significativo (Carqueja, 2017; Jordan & McMenamy, 2004). Por outro lado, apelar à luta contra o estigma associado ao suicídio, observável no comportamento dos expostos e no discurso suicidário da comunidade envolvente, informando adequadamente e desmitificando eventuais mitos recorrentes.

Referências

Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *BMJ, 325*, 74. https://doi.org/10. 1136/bmj.325.7355.74

Andriessen, K. (2009). Can Postvention Be Prevention? *Crisis, 30*(1), 43–47. https://doi.org/10. 1027/0227-5910.30.1.43

Andriessen, K., Krysinska, K., & Grad, O. (2017). Preface. In K. Andriessen, K. Krysinska, & O. Grad (Eds.), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. xv-xviii). Göttingen, Germany: Hogrefe.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*(1), 90–113. https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90

Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D.M., Deavoll, B.J., & Nightingale, S.K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *American Journal of Psychiatry 153(8),* 1009–1014. https://doi.org/10.1176/ajp.153.8.1009

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 & Life-Threatening Behavior, 49*(4), 1072–1084. https://doi.org/10.1111/sltb.12506

Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, M. A., Wingate, L. R., & Joiner, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(3), 242–248. https://doi.org/10. 1521/suli.33.3.242.23220

Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41*(1), 110–116. https://doi.org/10.1111/j.1943-278x. 2010.00009.x

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: Do we know enough? *British Journal of Psychiatry, 183*(5), 382-383.

Brent, D. A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America, 31*(2), 157–177. https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.001

Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny,

J., Brodsky, B., Bridge, J., Ellis, S., Salazar, J. O., & Mann, J. J. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt: Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry, 59*(9), 801. https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.9.801

Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry, 53*, 1145–1152. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830120085015

Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 371–377. https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.3.371

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. http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632014000400004

Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015a). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of clinical psychology*, *71*(10), 994–1003. https://doi.org/10.1002/jclp.22196

Campos, R. C., & Pereira, A. M. (2022). Psychological well-being and depressive symptoms in individuals who have lost a family member by suicide. *European Journal of Psychiatry*, *36*(1), 60-63. https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2021.09.002

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. https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1493002

Campos, R. C., Holden, R. R., & Santos, S. (2017). Exposure to suicide in the family: Suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. *Journal of Clinical Psychology, 74(3)*, 407–417. https://doi.org/10.1002/jclp.22518

Campos, R. C., Holden, R. R., Spínola, J., Marques, D., & Santos, S. (2020). Exposure to suicide in the family: Suicidal ideation and unmet interpersonal needs in young adults who have lost a family member by suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *208*(3), 201–207. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001106

Campos, R. C., & Holden, R. R., (2015b). Testing a theory-based model of suicidality in a community sample. *Omega: Journal of Death and Dying, 74*(2), 119-137. https://doi.org/10.1177/0030222815598428

Carqueja, E. (2017). Luto: Um Processo Dinâmico. In H. Salazar (Coord.), *Intervenção psicológica em cuidados paliativos* (pp. 57–87). Lisboa: Pactor.

Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 29*(1), 38–44. https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.38

Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R. A., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The continuum of "survivorship": Definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(6), 591–600. https://doi.org/10.1111/sltb.12093

Chávez-Hernández, A.-M., Leenaars, A. A., Chávez-de Sánchez, M.-I., & Leenaars, L. (2009). Suicide notes from Mexico and the United States: A thematic analysis. *Salud Pública de México, 51(*4), 314–320. https://doi.org/10.1590/s0036-36342009000400008

Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry, 177(4),* 360–365. https://doi.org/10.1192/bjp.177.4.360

Corrigan, P. W., Sheehan, L., Al-Khouja, M. A., Lewy, S., Major, D. R., Mead, J., Redmon, M., Rubey, C. T., & Weber, S. (2018). Insight into the stigma of suicide loss survivors: Factor analyses of family stereotypes, prejudices, and discriminations. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research, 22*(1), 57–66. https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1275993

Crosby, A. E., & Sacks, J. J. (2002). Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(3), 321–328. https://doi.org/10.1521/suli.32.3.321.22170

De Leo, D. (2002). Why are we not getting any closer to preventing suicide? *British Journal of Psychiatry, 181*(5), 372-374. https://doi.org/10.1192/bjp.181.5.372

De Leo, D., & Heller, T. (2008). Social modeling in the transmission of suicidality. *Crisis: The Journal of Crisis's Intervention and Suicide Prevention, 29*(1), 11–

19. https://doi.org/10.1027/0227- 5910.29.1.11

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. https://doi.org/10.1177/0748175609333562

DeLisle, M., & Holden, R. R. (2004). Depression, hopelessness, and psychache as increasingly specific predictors of suicidal manifestations. *Canadian Clinical Psychologist, 15*, 7–10.

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. https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1699309

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. https://doi.org/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). https://doi.org/10.4088/JCP.16r10732

Egeland, J. A., & Sussex, J. N. (1985). Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA*, *254*(7), 915–918.

Erinfolami, A. R., Olagunju, A. T., Oshodi, Y. O., Akinbode, A. A., Fadipe, B., & Adeyemo, W. L. (2016). Psychological distress and emotional pain among adult attendees of a dental clinic: A case-control study. *Mental Illness*, *8*(1), 6006. https://doi.org/10.4081/mi.2016.6006

Erlangsen A., & Pitman, A. (2017a). Effects of suicide bereavement on mental and physical health. In K. Andriessen, K. Krysinska, & OT. Grad (Eds.), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 17-26). Boston, MA: Hogrefe.

Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., Shear, M. K., Nordentoft, M., & Conwell, Y. (2017b). Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: A longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA Psychiatry*, *74*(5), 456–464. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0226

Fergusson, D. M., Beautrais, A. L. & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine 33(1)*, 61–73.

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & 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. https://doi.org/10.1037/bul0000084

Goodwin, R. D., Beautrais, A. L., & Fergusson, D. M. (2004). Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: Evidence from a general population sample. *Psychiatry Research, 126*(2), 159–165. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.02.010

Hauser, D., Paolacci, G., & Chandler, J. (2018). Common concerns with MTurk as a participant pool: Evidence and solutions. In F. Kardes, P. Herr, & N. Schwarz (Eds), *Handbook in research métodos in consumer psychology*.

Hedstrom, P., Liu, K.-Y., & Nordvik, M. K. (2008). Interaction domains and suicide: A population-based panel study of suicides in Stockholm, 1991–1999. *Social Forces, 87*(2), 713–740. https://doi.org/10.1353/sof.0.0130

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. https://doi.org/10.1037/h0087144

Hvidkjaer, K. L., Ranning, A., Madsen, T., Fleischer, E., Eckardt, J. P., Hjorthøj, C., Cerel, J., Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2020). People exposed to suicide attempts: Frequency, impact, and the support received. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *51*(3), 467–477. https://doi.org/10.1111/sltb.12720

Instituto Nacional de Estatística (2021). *Causas de morte 2021*. Lisboa, Portugal: INE.

Jager, J., Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2017). More than just convenient: The scientific merits of homogeneous convenience samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 82(*2), 13–30. https://doi.org/10.1111/mono.12296

Johns, D., & Holden, R. R. (1997). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population. *Canadian Journal of Behavioural Science, 29*(4), 266-274. https://doi.org/10.1037/0008-400X.29.4.266

Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature.

Suicide and Life-Threatening Behaviour, 31(1), 91–102. https://doi.org/10.1521/suli.31.1.91.21310

Jordan, J. R., & McGann, V. (2017). Clinical work with suicide loss survivors: Implications of the U.S. Postvention Guidelines. *Death Studies, 41*(10), 659–672. https://doi.org/10.1080/07481187.2017. 1335553

Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011a). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 3– 17). New York, NY: Routledge.

Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011b). Is suicide bereavement different? A framework for rethinking the question. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Series in death, dying and bereavement*. *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 19–42). Routledge/Taylor & Francis Group.

Jordan, J. R., & McMenamy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(4), 337–349. https://doi.org/10.1521/suli.34.4.337.53742

Kessing, L. V., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? *Psychological Medicine, 33*(7), 1177–1184. https://doi.org/10.1017/s0033291703007852

Kolves, K., Zhao, Q., Ross, V., Hawgood, J., Spence, S. H., & de Leo, D. (2018). Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *Journal of Affective Disorders, 243*, 96–102. https://doi.org/10.1016/j.jad. 2018.09.018

Kuramoto, S. J., Stuart, E. A., Runenson, B., Lichtenstein, P. L., Långström, N., & Wilcox, H. C. (2010). Maternal or paternal suicide and offspring's psychiatric and suicide-attempt hospitalization risk. *Pediatrics, 126*(5), 1026–1032. https://doi.org/10.1542/peds.2010-0974

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. https://doi.org/10.1016/j. psychres.2020.113263

Leenaars, A. A. (1996). Suicide: A multidimensional malaise. *Suicide & Life-*

Threatening Behavior, *26*(3), 221–236. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00608.x

Levi-Belz, Y., Gvion, Y., & Apter, A. (2019). The psychology of suicide: From research understandings to intervention and treatment [Editorial]. *Frontiers in Psychiatry*, *10*. Article 214. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00214

Levinger, S., Holden, R. R., & Ben-Dor, D. H. (2016). Examining the importance of mental pain and physical dissociation and the fluid nature of suicidality in young suicide attempters. *OMEGA – Journal of Death and Dying, 73*(2), 159–173. https://doi.org/10.1177/0030222815575899

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. https://doi.org/10.1080/15299732.2014.989644

Li, N., & Zhang, J. (2010). Influencing factors for depression among Chinese suicide survivors. *Psychiatry Research, 178*(1), 97–100. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.01.021

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. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00726

Maltsberger, J. T. (2004). The descent into suicide. *International Journal of Psycho-analysis*, *85*(3), 653–668. https://doi.org/10.1516/002075704774200799

Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., & Jordan, J. (2016). Is exposure to suicide beyond kin associated with risk for suicidal behavior? A systematic review of the evidence. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47*(4), 461–474. https://doi.org/10.1111/sltb.12308

Marôco, J. (2021a). *Análise de equações estruturais* (3rd ed.). ReportNumber.

Marôco, J. (2021b). *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. https://doi.org/ 10.1111/bjc.12338

Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique:

L'É.M.M.B.E.P. *Revue Canadienne de Santé Publique, 89*(5), 352-357. https://doi.org/10.1007/BF03404490

May, A. M., & Klonsky, E. D. (2013). Assessing motivations for suicide attempts: Development and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(5), 532–546. https://doi.org/10.1111/sltb.12037

May, A. M., O'Brien, K. H. M., Liu, R. T., & Klonsky, E. D. (2016). Descriptive and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA) in an inpatient adolescent sample. *Archives of Suicide Research, 20*(3), 476–482. https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1095688

McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38(4)*, 375–389. https://doi.org/ 10.1521/suli.2008.38.4.375

Mee, S., Bunney, B., G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatry Research, 45*(11), 1504-1510. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.011

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. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.005

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. https://doi.org/10.1007/ s11682-013-9234-3

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. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.101

Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis, 25*, 12–18. https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.12

Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários-EMMBEP. *Psicologia, Saúde e Doenças, 13*(1), 61-77.

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. https://doi.org/10.1002/jclp.22639

Murphy, G. E., & Wetzel, R. D. (1982). Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 170*(2), 86– 90. https://doi.org/10.1097/00005053-198202000-00004

Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A., Apter, A., & Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis. *Comprehensive Psychiatry, 55*(4), 944–951. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.12.014

Nanayakkara, S. & Misch, D., Chang, L. & Henry, D. (2013). Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depression and Anxiety, 30(10),* 991-996. https://doi.org/10.1002/da.22143

Neimeyer, R. A., & Sands, D. C. (2011). Meaning reconstruction in bereavement: From principles to practice. In R. A. Neimeyer, H. Winokuer, D. Harris, & G. Thornton (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 9–22). New York, NY: Routledge.

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*(1-3), 226-230. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.013

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., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(3), 219–230. https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219

Pachkowski, M. C., May, A. M., Tsai, M., & Klonsky, E. D. (2019). A brief measure of unbearable psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(6), 1721-1734. https://doi.org/10.1111/sltb.12556

Patterson, A. A., & Holden, R. R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 42*(2), 147–156. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00078.x

Pereira, A. M., & Campos, R. C. (2022). Exposure to suicidal in the family and suicide ideation in Portugal during the Covid-19 pandemic: The mediating role of

unbearable psychache. *British Journal of Clinical Psychology, 61*(3), 598-612. https://doi.org/ 10.1111/bjc.12325

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. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.029

Pitman, A., Osborn D., King M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry, 1*, 86-94. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X

Pitman, A., Rantell, K., Marston, L., King, M., & Osborn, D. (2017). Perceived stigma of sudden bereavement as a risk factor for suicidal thoughts and suicide attempt: Analysis of British cross-sectional survey data on 3387 young bereaved adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(3), 286. https://doi.org/10.3390/ijerph14030286

Pompili, M., Lester D., Leenaars A., Tatarelli R., & Girardi P. (2008). Psychache and suicide: A preliminary investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(1), 116-121. https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.116

Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register–based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *American Journal of Psychiatry, 160*(4), 765–772. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.765

Reisch, T., Seifritz, E., Esposito, F., Wiest, R., Valach, L., & Michel, K. (2010). An fMRI study on mental pain and suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, *126*(1-2), 321–325. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.005

Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I. (2013). Suicide following the death of a sibling: A nationwide follow-up study from Sweden. BMJ *Open, 3*(4), e002618. https://doi.org/10. 1136/bmjopen-2013-002618

Rubinstein, D. H. (1983). Epidemic suicide among Micronesian adolescents. *Social Science & Medicine, 17*(10), 657–65. https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90372-6

Runeson, B., & Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1525–1526. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1525

Santos, S., & Tavares, S. (2014). Sobreviventes. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D.

Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 445–453). Lisboa, Portugal: Lidel.

Santos, S., Campos, R. C. & Tavares, S. (2015b). O impacto do suicídio nos familiares: Evidências atuais. *Evidências, 1*, 16-23.

Santos, S., Campos, R. C., & Tavares, S. (2015c). Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death Studies, 39*(6), 332–341. https://doi.org/10.1080/ 07481187.2014.946626

Santos, S., Tavares, S., & Campos, R. C. (2015a). Distress in portuguese family members bereaved by suicide: An exploratory study. *Journal of Loss and Trauma, 20*(3), 267–280. https://doi.org/10.1080/15325024.2014.934618

Shelef, L., Fruchter, E., Hassidim, A., & Zalsman, G. (2015). Emotional regulation of mental pain as moderator of suicidal ideation in military settings. *European Psychiatry*, *30*(6), 765–769. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.004

Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind.* Oxford University Press.

Shneidman, E. S. (1999). The Psychological Pain Assessment Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 29*(4), 287–294. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1999.tb00524.x

Shneidman, E. (1972). Foreward. In A. C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide* (pp. ix–xi). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Shneidman, E. S. (1980). *Voices of death*. New York, NY: Harper & Row.

Shneidman, E. S. (1993a). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(3), 145–147. https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001

Shneidman, E. S. (1993b). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.

Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(3), 245–250.

Song, I. H., Kwon, S. W., & Kim, J. E. (2015). Association between suicidal ideation and exposure to suicide in social relationships among family, friend, and acquaintance survivors in South Korea. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *45*(3), 376–390. https://doi.org/10.1111/sltb.12158

Soumani, A., Damigos, D., Oulis, P., Masdrakis, V., Ploumpidis, D., Mavreas, V., & Konstantakopoulos, G. (2011). Mental pain and suicide risk: Application of the Greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain scale.

Psychiatriki, *22*(4), 330–340.

Statham, D. J., Heath, A. C., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Bierut, L., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Dunne, M. P., & Martin, N. G. (1998). Suicidal behaviour: An epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, *28*(4), 839–855. https://doi.org/10.1017/s0033291798006916

Sveen, C. A., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(1), 13–29. https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.13

Tal-Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *14*(2), 177–186. https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung

Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*, *41*(12), 2527–2534. https://doi.org/10.1017/S0033291711000833

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. https://doi.org/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*(9), 1019–1027. https://doi.org/10.1002/jclp.21869

Troister, T., D'Agata, M. T., & Holden, R. R. (2015). Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychological Assessment*, *27*(4), 1500–1506. https://doi.org/ 10.1037/pas0000126

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 & Life-Threatening Behavior*, *43*(6), 611–620. https://doi.org/10.1111/sltb.12043

Van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaet, M., Soenen, L., & Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *181*(2), 141–144.

https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2009.07.011

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. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00108

Vesely, S., & Klöckner, C. A. (2020). Social desirability in environmental psychology research: Three meta-analyses. *Frontiers in Psychology*, *11*, Article 1395. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01395

Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., & Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, *43*(10), 923–929. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800100013003

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. [Brochure]. https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779

World Health Organization. (2021). *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629

Wrobleski, A. (2002). *Suicide Survivors: A guide for those left behind*. Minneapolis, MN: SAVE.

Wunsch, G., Russo, F., & Mouchart, M. (2010). Do we necessarily need longitudinal data to infer causal relations? *Bulletin of Sociological Methodology, 106*(1), 5–18. https://doi.org/10.1177/0759106309360114

Xie, W., Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., Wang, N., Yin, Q., Zou, Y., Cui, Y., Wang, X., & Shi, C. (2014). Anhedonia and pain avoidance in the suicidal mind: Behavioral evidence for motivational manifestations of suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(7), 681–692. https://doi.org/10.1002/jclp.22055