



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

**Área de especialização | Psicologia Clínica**

Dissertação

**Exposição ao suicídio na família e ideação suicida: O papel  
mediador e moderador de diferentes facetas da dor  
psicológica**

Alexandra Medina Pereira

Orientador(es) | Rui C Campos

Évora 2021





**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Exposição ao suicídio na família e ideação suicida: O papel  
mediador e moderador de diferentes facetas da dor  
psicológica**

Alexandra Medina Pereira

Orientador(es) | Rui C Campos

Évora 2021

---

---

---

---



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)  
Sara Anão Lourinho Santos () (Arguente)

*Ainda bem  
que não morri de todas as vezes que  
quis morrer – que não saltei da ponte,  
nem enchi os pulsos de sangue,  
nem me deitei à linha, lá longe. Ainda bem*

*que não atei a corda à viga do tecto, nem  
comprei na farmácia, com receita fingida,  
uma dose de sono eterno. Ainda bem*

*que tive medo: das facas, das alturas, mas  
sobretudo de não morrer completamente  
e ficar para aí – ainda mais perdida do que  
antes – a olhar sem ver. Ainda bem*

*que o tecto foi sempre demasiado alto e  
eu ridiculamente pequena para a morte.*

*Se tivesse morrido de uma dessas vezes,  
não ouviria agora a tua voz a chamar-me,  
enquanto escrevo este poema, que pode  
não parecer – mas é – um poema de amor.*

Maria do Rosário Pedreira

# **Exposição ao suicídio na família e ideação suicida: O papel mediador e moderador de diferentes facetas da dor psicológica**

## **Resumo**

O objetivo desta investigação foi estudar os efeitos de mediação e moderação de quatro facetas da dor psicológica – dor, fuga da dor, dor tolerável e dor intolerável – na relação entre exposição ao suicídio na família e ideação suicida, numa amostra não clínica de adultos da comunidade. Participou neste estudo uma amostra final de 244 indivíduos com idades entre os 19 e os 64 anos, dos quais 42 foram considerados expostos ao suicídio de um familiar. Utilizaram-se as metodologias *path analysis* e de análise de regressão múltipla hierárquica para testar os modelos de mediação e moderação, respetivamente. Verificou-se que a variável dor intolerável mediou totalmente a relação entre a variável grupo e a variável ideação suicida. Os resultados da regressão múltipla hierárquica demonstraram que a exposição ao suicídio na família e a variável fuga da dor dão um contributo significativo para explicar variâncias na ideação suicida e que a sua interação dá um contributo adicional para a previsão estatística da ideação suicida.

**Palavras-chave:** Exposição ao suicídio na família; Dor psicológica; Ideação Suicida; Sobreviventes

Contagem de palavras: 11489

## **Exposure to suicide in the family and suicide ideation: The mediating and moderating role of different facets/dimensions of psychological pain**

### **Abstract**

The aim of this investigation was to study the mediation and moderation effects of four dimensions of psychological pain – pain, pain escape, bearable pain and unbearable pain – in the relationship between exposure to suicide in the family and suicide ideation in a non-clinical community adults' sample. 244 individuals aged between 19 and 64 years participated in this study. Two groups were defined: a group exposed to suicide in the family ( $n = 42$ ) and a control group ( $n = 192$ ). The methodologies of path analysis and hierarchical multiple regression analysis were used to test the mediation and moderation models, respectively. It was found that the variable unbearable pain fully mediated the relationship between the variable group and the variable suicide ideation. Results from a hierarchical multiple regression analysis demonstrated that having lost a family member by suicide and the variable pain escape each provided a significant contribution to explaining variance in suicide ideation and their interaction provided a further enhancement to the statistical prediction of suicide ideation.

**Keywords:** Exposure to suicide in the family; Psychological pain; Suicide Ideation; Survivors

Word-count: 11489

## Índice

Introdução e enquadramento teórico .....	1
Exposição ao suicídio e ideação suicida .....	2
Dor psicológica e ideação suicida .....	5
Objetivos do estudo.....	9
Método .....	10
Participantes e procedimentos.....	10
Instrumentos de medida .....	10
Procedimentos de análise de dados .....	12
Resultados.....	13
Comparação entre grupos e análise de correlações.....	13
<i>Path analysis</i> para teste de efeito de mediação da dor psicológica na relação entre grupo e ideação suicida .....	14
Teste dos efeitos de moderação da dor psicológica na relação entre a variável grupo e ideação suicida .....	15
Discussão .....	20
Limitações, estudos futuros e conclusão .....	22
Referências Bibliográficas .....	25

## Introdução e enquadramento teórico

O suicídio é um ato intencional de um indivíduo em colocar término à vida (Nock et al., 2008) e constitui um grave problema de saúde pública a nível mundial. Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que cerca de mais de 800 mil indivíduos morram por suicídio anualmente em todo o mundo, sendo a segunda principal causa de morte nos adolescentes e jovens adultos entre os 15 e os 29 anos (World Health Organization [WHO], 2019). Em Portugal, em 2017, foram registados 1061 suicídios (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017). Esta epidemiologia do suicídio sugere medidas de prevenção e de intervenção globais eficazes (e.g., Brás, Jesus, & Carmo, 2016) e investigação empírica, atendendo à imprevisibilidade dos comportamentos suicidários (e.g., O'Connor & Nock, 2014; Overholser, Braden, & Dieter, 2012) e à sua natureza multicausal (e.g., Barzilay & Apter, 2014; Franklin et al., 2017).

Os comportamentos suicidários podem ser explicados à luz de diversas orientações teóricas, entre estas a abordagem psicológica (e.g., Shneidman, 1993). Um número considerável de estudos (e.g., Verrocchio et al., 2016) tem-se dedicado à compreensão dos comportamentos suicidários, nomeadamente a ideação suicida (e.g., Ducasse et al., 2017; Troister & Holden, 2010) de um ponto de vista psicológico.

Embora não haja um total consenso teórico relativamente à definição e sobre qual a expressão dos comportamentos suicidários (e.g., Goodfellow, Kølves, & De Leo, 2017), estes podem ser concetualizados num espetro ou *continuum* de gravidade, designado de *suicidalidade* que varia desde a ideação suicida passiva ao suicídio consumado (Gassmann-Mayer et al., 2011; Sveticic & De Leo, 2012), embora não surjam de forma necessariamente sequencial (Hill, Castellanos, & Petit, 2011). A ideação suicida pode ser entendida como o conjunto de pensamentos, cognições, delineamento de planos sobre pôr termo à própria vida (Guerreiro, 2013; Klonsky, May, & Saffer, 2016). Pode ser perspetivada hierarquicamente segundo o grau de gravidade (Jacobs et al., 2010), desde pensamentos relacionados com a morte e inutilidade da vida (May, Overholser, Ridley, & Raymond, 2015) – ideação passiva – até uma ideação ativa que se refere à persistência de ideias sobre morte, existindo um intenso desejo de morrer e autodestruição (Sveticic & De Leo, 2012).

Múltiplas variáveis psicológicas, como a dor psicológica (*psychache*; e.g., Shneidman, 1993), têm sido sistematicamente associadas à ideação suicida (e.g., Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Shneidman, 1993; Verrocchio et al., 2016). Por



sua vez, a ideação suicida é considerada um importante indicador de risco para o suicídio efetivo (e.g., Baca-Garcia et al., 2011; Brezo et al., 2007), sendo esta mais marcada em indivíduos expostos ao suicídio (e.g., Campos, Holden, & Santos, 2017b; Maple, Cerel, Sanford, Pearce, & Jordan, 2016; Santos, Campos, & Tavares, 2015). De facto, a ideação suicida, com ou sem estruturação de um plano suicida tem-se revelado uma variável que prediz futuras tentativas de suicídio (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005) e o suicídio efetivo (Brezo et al., 2007).

### *Exposição ao suicídio e ideação suicida*

A terminologia utilizada para denominar os indivíduos enlutados por suicídio não é consensual (e.g., Andriessen, 2009; Andriessen & Krysinska, 2012; Santos et al., 2015a), sendo o termo *sobreviventes* uma das possibilidades (Andriessen, 2009; Jordan & McIntosh, 2011). Sobrevivente é “alguém que experiencia um elevado nível de sofrimento psicológico, físico e/ou social, durante um período considerável de tempo, após a exposição ao suicídio de outra pessoa” (Jordan & McIntosh, 2011, p. 7). No entanto, importa fazer uma diferenciação entre exposição ao suicídio e sobrevivência (Santos et al., 2015a), uma vez que o termo sobrevivente também se aplica àqueles que tentaram o suicídio, mas não o consumaram.

Perante distintas definições descritas na literatura, Cerel, McIntosh, Neimeyer, Maple e Marshall (2014) sugerem um *continuum* que reflita uma distinção nos níveis de impacto do suicídio nos indivíduos que sofrem uma perda significativa, desde os que são expostos ao suicídio (*exposed to suicide*), passando pelos afetados pelo suicídio (*affected by suicide*), os que se encontram 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*).

Shneidman (1972) estimou que por cada suicídio, pelo menos seis indivíduos são afetados. Por outro lado, Wroblewski (2002) assume a existência de cerca de dez indivíduos enlutados após uma morte por suicídio. Mais recentemente, o estudo de Berman (2011) mostra que os indivíduos expostos são afetados direta ou indiretamente e que, a estimativa do número de sobreviventes depende da relação, do grau de parentesco, do contacto e da idade do suicidado (Santos et al., 2015a). Adicionalmente, Mitchell, Kim, Progerson e Mortimer-Stephens (2004) alegam que a proximidade com o indivíduo que se suicidou se relaciona com o grau de impacto do suicídio no mesmo.

Se por um lado, o suicídio é visto como uma forma do indivíduo escapar à dor psicológica intolerável (e.g., Santos & Tavares, 2014), por outro, pode dar início a um sofrimento psicológico intenso para os que ficam (Jordan & McGann, 2017; Santos & Tavares, 2014).

O luto é um processo psicológico pautado por um período de sofrimento intenso que se expressa através de respostas emocionais, físicas, comportamentais e sociais (Batista & Santos, 2014; Carqueja, 2017). Para além do impacto psicológico associado à perda, no caso do suicídio, existem fortes evidências (e.g., Tal-Young et al., 2012) de que a complexidade do próprio fenómeno (Jordan, 2001) e o estigma associado (Tal-Young et al., 2012) são fatores que constituem uma barreira à aceitação da realidade da perda. Os sentimentos habitualmente ligados à perda, como é o caso da tristeza, da solidão, choque (Carqueja, 2017), saudade, angústia e desamparo (Batista & Santos, 2014) são intensificados nos sobreviventes pela presença de sentimentos de culpa, vergonha e raiva (Jordan, 2001; Kølves, Zhao, Ross, Hawgood, Spence, & de Leo, 2018; Tal-Young et al., 2012; Sveen & Walby, 2008) que podem comprometer a saúde mental do indivíduo, aumentando o risco de desenvolver sintomatologia psicopatológica, como a depressão (McMenamy, Jordan, & Mitchell, 2008) e *stress* pós-traumático (Brent, Melhem, Donohoe, & Waler, 2009) no decorrer do processo de luto (Santos & Tavares, 2014). Neste sentido, a exposição ao suicídio é, *per se*, um fator de risco suicidário (WHO, 2014) podendo os comportamentos suicidários decorrentes serem letais ou não letais (De Leo & Heller, 2008; O'Connor & Nock, 2014; Turecki & Brent, 2016), mas trazendo consigo repercussões no bem-estar dos indivíduos (i.e., baixa satisfação com a vida e luto patológico; Bellini et al., 2018) que são expostos/enlutados (Chow, 2006; Santos et al., 2015a).

Especificamente, a exposição ao suicídio na família tem sido apontada na literatura (e.g., Hedstrom, Liu, & Nordvik, 2008; Maple et al., 2016; Rostila, Saarela, & Kawachi, 2013), como um fator de risco suicidário (Pitman, Osborn, King, & Erlangsen, 2014). Na sequência do suicídio, os sobreviventes encontram-se num período emocionalmente exigente, estando mais propensos a experienciar ideação suicida (Kuramoto, et al., 2010). Alguns estudos têm demonstrado uma relação entre comportamentos suicidários nos pais e comportamentos suicidários nos seus descendentes (e.g., Brent et al., 2002; Goodwin, Beautrais, & Fergusson, 2004). Rostila et al. (2013) verificaram a existência de um risco acrescido de morte por suicídio em indivíduos que perderam um irmão por suicídio. No trabalho de Crosby e Sacks (2002)

demonstrou-se que indivíduos que têm conhecimento de casos de suicídio estão mais suscetíveis a experimentar comportamentos suicidários (i.e., ideação suicida, planos suicida e tentativas de suicídio). Song, Kwon e Kim (2015), levaram a cabo um estudo, cujo objetivo era verificar a relação entre ideação suicida e a exposição ao suicídio em relações próximas (i.e., familiares, amigos, conhecidos). No caso da família, verificaram a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre exposição ao suicídio e ideação suicida. Além disso, a probabilidade de experienciarem ideação suicida ao longo da vida era até 4.5 vezes superior nos indivíduos que perderam um membro da família por suicídio, em comparação com o grupo de não expostos.

Outros trabalhos (e.g., Agerbo, Nordentoft, & Mortensen, 2002; Murphy & Wetzel, 1982; Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003) demonstram uma forte associação entre uma história de suicídio na família e comportamentos suicidas atuais (Johns & Holden, 1997). À semelhança dos estudos supracitados, De Leo e Heller (2008), num estudo conduzido na Austrália, verificaram que a exposição ao suicídio aumenta o risco de comportamentos suicidários e suicídio, sobretudo nos indivíduos mais jovens. Os resultados destes estudos demonstram a influência da família na validação do suicídio como forma de escape ao sofrimento e à dor, e como forma de lidar com as dificuldades (Frazão, Santos, & Sampaio, 2014).

Apenas alguns estudos em Portugal se centraram no efeito da exposição ao suicídio na família (e.g., Campos et al., 2017b; Campos, Holden, Spínola, Marques, & Santos, 2020; Santos et al., 2015b, 2015c), dando especial atenção ao risco em que se podem encontrar (e.g., Pitman et al., 2014). Estudos como o de Santos, Campos e Tavares (2015b) e Santos, Tavares e Campos (2015c) investigaram o impacto do suicídio na família na sintomatologia psicopatológica e ideação suicida dos participantes. Os resultados do primeiro estudo (Santos et al., 2015b) demonstraram que os indivíduos que perderam alguém por suicídio apresentam um elevado nível de sintomatologia psicopatológica – *distress* – e que 42% dos enlutados tinham ideação suicida por comparação com apenas 5% no grupo de controlo.

Campos, Holden e Santos (2017) recorreram a um grupo de indivíduos portugueses expostos ao suicídio na família e a um grupo de controlo, sem exposição. O objetivo era perceber as diferenças no risco suicidário *lifetime* entre os dois grupos, bem como o papel da dor psicológica na determinação do mesmo. Os resultados demonstram que ser exposto ao suicídio de um membro da família, a dor psicológica, enquanto

construto avaliado pela *Psychache Scale*, e a interação entre as duas variáveis, contribuíram para explicar a variância no risco suicidário.

Num estudo recente (Campos et al., 2020) comparou-se uma amostra de indivíduos expostos ao suicídio de um familiar e um grupo de controlo de indivíduos sem exposição relativamente à variável ideação suicida. Os resultados demonstraram diferenças significativas na pontuação global obtida na *Suicide Ideation Scale*, sugerindo que os indivíduos expostos ao suicídio apresentam um maior risco de suicídio avaliado pelo indicador ideação suicida, mesmo quando controlado o efeito da depressão e a presença de diagnóstico de perturbação mental.

### *Dor psicológica e ideação suicida*

A dor psicológica tem sido uma variável avaliada em alguns estudos relativos ao risco suicidário (e.g., Campos et al., 2017a; Campos, Holden, & Lambert, 2019) por ser o conceito-chave na explicação do suicídio em alguns modelos psicológicos (Shneidman, 1993) e ser importante na predição do risco (e.g., Campos, Holden & Gomes, 2018; Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli, & Girardi, 2008).

São vários os modelos psicológicos que visam uma compreensão dos comportamentos suicidários (Klonsky, et al., 2016), sendo um dos mais robustos o de Shneidman (1993, 1998). O autor postula que a dor psicológica (*psychache*) é condição necessária para a ocorrência de comportamentos suicidários, independentemente da presença ou não de outras variáveis de risco, como a depressão. A dor psicológica seria a causa do suicídio quando ultrapassa os limites da tolerância do indivíduo. Resulta da frustração das necessidades psicológicas básicas (e.g., segurança, sentimento de pertença, de realização e autonomia), o que conduz a um estado afetivo doloroso agudo e intenso, em que predominam sentimentos de culpa, angústia, solidão, medo, desamparo, vergonha, humilhação, raiva e desesperança (Orbach, Mikulincer, Sirota, & Gilboa-Schechtman, 2003). Em determinados casos, a dor psicológica revela-se uma experiência tão dolorosa e intolerável que leva o indivíduo a considerar escapar ao seu sofrimento emocional, percecionando a morte como única solução.

Shneidman (1993) propôs o modelo cúbico do suicídio. De acordo com este modelo tridimensional, os comportamentos suicidários são resultado da interação de três variáveis: (1) dor psicológica (*psychache*); (2) perturbação e (3) pressão. Assim, o suicídio ocorre em função de uma combinação simultânea de níveis elevados destas três

variáveis, ou seja, quando o indivíduo experiencia níveis intoleráveis de dor psicológica (provocada pela frustração das necessidades), de pressão (devido a fatores externos ou internos que conduzem a experiências de vida negativas) e de perturbação extrema, conduzindo a um estado mental que leva o indivíduo a considerar colocar fim à vida (Shneidman, 1991, 1996).

A investigação empírica, do ponto de vista psicológico do suicídio, evidencia uma relação robusta entre dor psicológica e comportamentos suicidários (e.g., Campos et al., 2016; Campos, Gomes, Holden, Piteira, & Rainha, 2017; DeLisle & Holden, 2004; Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001; Xie et al., 2014) e, mais especificamente com a ideação suicida (e.g., Brown et al., 2000; Campos & Holden, 2014, 2015; DeLisle & Holden, 2009; Ducasse et al., 2017; Troister & Holden, 2010, 2012). Também Verricchio et al. (2016) corroboraram esta mesma relação, através de uma meta-análise, evidenciando o papel central da dor psicológica no risco suicidário. Troister, D'Agata e Holden (2015) verificam que a dor psicológica é, efetivamente, um melhor preditor de risco suicidário a longo prazo do que a depressão e desesperança. Para Levi-Belz, Gvion e Apter (2019), é a dor psicológica intolerável a variável com mais peso na determinação dos comportamentos suicidários, particularmente na ideação suicida.

O estudo longitudinal a quatro anos de Montemarano, Troister, Lambert e Holden (2018) com estudantes universitários permitiu verificar que a dor psicológica tinha um papel mediador na relação entre ideação suicida e outros fatores de risco como a depressão e desesperança. Ou seja, o que parece acontecer é que estados cognitivo-afetivos como a depressão ou *distress* (Campos et al., 2017a) se relacionam com os comportamentos suicidário via *psychache*.

Os resultados do estudo longitudinal a dois anos, realizado com uma amostra de estudantes universitários com ideação suicida, demonstraram que a dor psicológica se relacionou estatisticamente com a ideação suicida e que variações nos níveis de dor psicológica estavam, por sua vez, associadas a variações na ideação suicida, mesmo quando controladas as variáveis depressão e desesperança (Troister, Davis, Lowndes, & Holden, 2013). Ainda com estudantes universitários, alguns estudos (DeLisle & Holden, 2004, 2009; Troister e Holden, 2012), demonstraram que a dor psicológica e a ideação suicida variavam no mesmo sentido, revelando-se a dor a única variável a prever estatisticamente a ideação suicida, após controlar o efeito de outras variáveis clínicas.

Pereira, Kroner, Holden e Flamebaum (2010), numa amostra de presidiários verificaram que a dor psicológica era a variável mais relevante a prever a ideação suicida, mesmo quando controladas as variáveis depressão e desesperança, não estando sujeita à influência do género, idade ou crime cometido. A investigação de cariz transversal de Patterson e Holden (2012) foi conduzida recorrendo a uma amostra de homens sem-abrigo e permitiu verificar uma relação entre dor psicológica e ideação suicida, e entre dor psicológica e tentativas de suicídio anteriores, sendo o melhor preditor da ideação suicida de entre as variáveis em estudo: depressão e desesperança.

Orbach et al. (2003) verificaram uma forte associação entre dor psicológica e ideação suicida, sobretudo em indivíduos com tentativas de suicídio prévias e/ou recentes. Pompili et al. (2008) verificaram também que indivíduos considerados em risco de suicídio apresentam níveis mais elevados de dor psicológica em comparação com doentes psiquiátricos sem risco ou indivíduos sem perturbação.

Mais recentemente, algumas evidências (Pachkowski, May, Tsai, & Klonsky, 2019) demonstraram que a dor psicológica, enquanto dimensão avaliada pela *Psychache Scale* (Holden et al., 2001) se pode decompor em duas dimensões: uma dimensão de dor e uma dimensão de dor intolerável (*unbearable pain*). Segundo Shneidman (1993, 1998), se a dor psicológica se torna suficientemente severa e dolorosa pode torna-se intolerável e, por conseguinte, motivar o indivíduo ao ato suicida. A dor psicológica não é constante; se existem diferentes níveis de dor (Shneidman, 1998), parece plausível pensar que existem também diferentes níveis de tolerância e diferentes estratégias para a enfrentar. Para quem se encontra num limiar reduzido de tolerância, o suicídio poderá ser visto como a única forma para diminuir o seu sofrimento psicológico.

Li et al. (2014) propuseram um Modelo Tridimensional da Dor Psicológica que integra três dimensões: afetiva (*painful feelings*), cognitiva (*pain arousal*) e de evitamento (*active pain avoidance*). A dimensão afetiva inclui sintomas subjetivos e corporais relativos à dor psicológica e que são percecionados pelo indivíduo como dolorosos (Li et al., 2014; Li, Fu, Zou, & Cui, 2017). A dimensão cognitiva engloba a dor que advém de memórias e experiências traumáticas, isto é, perdas, frustração e exclusão social (Li et al., 2014; Li, et al., 2017). A dimensão de evitamento da dor configura a tendência do indivíduo para considerar o suicídio como o único meio para

escapar à dor psicológica, salientando os autores que esta seria uma dimensão que se associa, particularmente à motivação suicida (Li, et al., 2017).

Xie et al. (2014) estudaram a relação entre a anedonia, a dimensão de evitamento da dor psicológica e a ideação suicida, de acordo com a perspectiva tridimensional (Li et al., 2014), utilizando um grupo de indivíduos com perturbação depressiva e um grupo de controlo sem queixa. Concluíram que a ideação suicida foi influenciada por uma predisposição ao evitamento da dor e que, por sua vez, esta última pode ser um *trigger* para comportamentos suicidários mais graves, mesmo na ausência da perturbação depressiva. Noutro estudo levado a cabo por Li et al. (2014) demonstrou-se que níveis elevados de evitamento da dor durante um episódio depressivo se associavam à motivação para o suicídio, sugerindo que esta dimensão dava um contributo superior na previsão dos comportamentos suicidários, relativamente à depressão ou à dor psicológica considerada globalmente. Noutro estudo realizado com estudantes universitários, e controlando o efeito dos sintomas depressivos, Campos, Simões, Costa, Pio e Holden (2019) verificaram que a dimensão de evitamento da dor se relacionava com a ideação suicida recente (i.e., ideação no ano anterior) e a presença de um plano de suicídio *lifetime*. Também Campos, Holden e Lambert (2019) testaram a relação entre as três dimensões propostas pelo modelo tridimensional e a ideação suicida, controlando a variável depressão e dor psicológica global em duas amostras comunitárias (portuguesa e americana). Nas duas amostras, os autores verificaram que apenas o evitamento da dor se relacionou com a ideação suicida e contribuiu significativamente para prever a ideação suicida.

É indiscutível a forte e significativa associação entre ideação suicida e dor psicológica (e.g., Campos et al., 2017a; DeLisle & Holden, 2004, 2009; Levi-Belz et al., 2014; Olié, Guillaume, Jaussent, Courtet, & Jollant, 2010; Pompili et al., 2008; Troister, et al., 2013; Troister & Holden, 2010, 2012; Xie et al., 2014). No entanto, os resultados das investigações recentes que utilizam o modelo tridimensional chinês da dor psicológica (e.g., Campos et al., 2019) têm evidenciado que de entre as diferentes facetas da dor psicológica, é a tendência para o seu evitamento que contribui fundamentalmente para a ideação suicida, não corroborando os resultados encontrados nos primeiros estudos que utilizam este modelo em amostras não ocidentais (e.g., Xie et al., 2014; Li et al., 2017). No entanto, Holden et al. (submetido) sugerem que deve ser considerado um modelo bidimensional que integre dois fatores: fuga da dor psicológica

(*pain escape*) e um outro que conjugue a dimensão afetiva e cognitiva (*pain emotions*), na medida em que são facetas indissociáveis.

### *Objetivos do estudo*

Dado que a ideação suicida é um importante indicador de risco suicidário (e.g., Baca-Garcia et al., 2011), sendo mais marcada nos indivíduos expostos/enlutados por suicídio (e.g., Campos, et al., 2017b; Santos, et al., 2015a) e que a investigação empírica evidencia também uma relação entre dor psicológica e comportamentos suicidários (e.g., Verrocchio et al., 2016), nomeadamente a ideação/motivação suicida (e.g., Troister & Holden, 2010; Troister et al., 2013), pretende-se nesta investigação estudar os efeitos de mediação e moderação de diferentes facetas da dor psicológica na relação entre exposição ao suicídio na família e ideação suicida, numa amostra não clínica de adultos da comunidade. Mais especificamente, será testado o papel mediador e moderador de quatro facetas da dor psicológica na relação entre exposição e ideação suicida. Por um lado, serão consideradas a dor psicológica tolerável e a dor psicológica intolerável (*unbearable pain*), enquanto dimensões propostas por Pachkowski et al. (2019) avaliadas pela *Psychache Scale* (Holden, et al., 2001). Será também avaliado o contributo de duas dimensões (dor e fuga da dor), de acordo com a proposta de Holden et al. (submetido). Será controlado um possível efeito de variáveis sociodemográficas que se relacionam com a ideação suicida: o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, se está ou não desempregado, e, a variável clínica: presença de doença psiquiátrica.

Especificamente, neste estudo serão testados dois modelos de mediação: um da dor psicológica tolerável e da dor psicológica intolerável na relação entre exposição ao suicídio na família e ideação suicida e outro, da dimensão de fuga da dor psicológica e dor na relação entre exposição ao suicídio na família e ideação suicida. Serão, ainda, testados dois modelos de moderação com as mesmas variáveis. Espera-se que as facetas de dor psicológica intolerável e de fuga da dor desempenhem um papel, simultaneamente, mediador e moderador na relação entre exposição ao suicídio na família e ideação suicida.



## Método

### *Participantes e procedimentos*

Neste estudo colaboraram voluntariamente 247 participantes. Destes 247 foram excluídos 3 participantes por não cumprirem um dos critérios necessários à participação no estudo – residir em Portugal. Os restantes critérios de inclusão foram ter uma idade compreendida entre os 18 e os 65 anos, ter pelo menos o 6.º ano de escolaridade e, caso fossem estudantes, apenas trabalhadores estudantes. A amostra final é composta por 244 indivíduos da comunidade, com idades compreendidas entre os 19 anos e os 64 anos ( $M = 35.34$ ;  $SD = 12.05$ ), sendo maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino ( $n = 196$ ; 80.3 %).

O projeto de investigação, coordenado pelo orientador desta dissertação, e onde se insere esta investigação foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora. Os protocolos de investigação foram inseridos e apresentados na plataforma online *google forms*. O *link* de acesso ao protocolo foi distribuído via redes sociais.

Na primeira página do protocolo, os participantes foram informados dos objetivos do estudo, do caráter voluntário e ausência de gratificação associada à participação. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados através da solicitação do consentimento informado. Caso aceitassem colaborar na investigação, os participantes deveriam clicar em “continuar”. O protocolo de investigação era composto por uma ficha de dados demográficos e clínicos e diferentes instrumentos de avaliação, entre os quais, os que a seguir se apresentam e foram utilizados neste estudo.

### *Instrumentos de medida*

**Ficha de dados demográficos e clínicos.** É composta por questões que permitem obter informações relativas a variáveis sociodemográficas, entre as quais a idade, o sexo, o estado civil, o distrito onde vive, a escolaridade, a profissão, se está ou não desempregado, se é ou não religioso e o grau de importância que a religião tem na sua vida. Apresenta ainda, questões relativas a variáveis clínicas: presença de doença psiquiátrica e de doença crónica.

**Escala Tridimensional de Dor Psicológica (TDPPS; Li et al., 2014).** É um instrumento composto por 17 itens que avaliam a gravidade da dor psicológica em três

dimensões: cognitiva (*pain arousal*) (8 itens; e.g., “Sempre que penso nas minhas graves imperfeições, sinto muita dor psicológica.”), afetiva (*painful feelings*) (6 itens; e.g., “A minha dor é mais emocional do que física.”) e evitamento (*active pain avoidance*) (3 itens; e.g., “Quase me matei para fazer a dor psicológica desaparecer.”) (Li et al., 2014). Os itens são respondidos numa escala tipo *likert* de 5 pontos, variando entre (1) “de forma alguma” a (5) “extremamente bem” (Li et al., 2014). Resultados elevados assinalam níveis mais elevados de dor psicológica. Numa amostra de 1500 estudantes universitários, obtiveram-se valores de *alpha* de Cronbach de .85, .86 e .77 para as subescalas que avaliam a dimensão cognitiva, a dimensão afetiva e a dimensão de evitamento, respetivamente (Li, et al., 2017). Foi utilizada uma versão traduzida para o português, preparada por Campos, Simões, Costa, Pio e Holden (2019) em que se obtiveram valores de *alpha* de Cronbach de .89 para a subescala cognitiva, .92 para a subescala afetiva e .84 para a subescala de evitamento. No presente estudo utilizaram-se os dois fatores propostos por Holden et al. (submetido), cada um deles composto por 4 itens. No presente estudo, obtiveram-se valores de *alpha* de Cronbach de .90 para a escala de dor e de .92 para a escala de fuga da dor. Para a escala de dor obteve-se um valor médio de 8.98 (DP = 4.73) e para a de fuga da dor, de 6.20 (DP = 3.99).

**Psychache Scale** (Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001). É um inventário composto por 13 itens que permite avaliar o construto *psychache*, proposto por Shneidman (1993). Os primeiros nove itens são respondidos numa escala tipo *likert* de 5 pontos, variando entre 1 – “Nunca” e 5 – “Sempre” e avaliam a frequência da dor psicológica (e.g., “Parece-me que dói por dentro”; “Psicologicamente, sinto-me terrivelmente mal”; “A minha dor faz-me ter vontade de gritar”). Os restantes itens (4 itens) são respondidos numa escala tipo *likert* também de 5 pontos que variam entre 1 – “Discordo fortemente” e 5 – “Concordo fortemente” e avaliam a intensidade da dor psicológica (e.g., “Não consigo aguentar mais a minha dor”; “A minha dor está a desfazer-me”). A pontuação total da escala é obtida através do somatório do valor de cada item e pode variar entre os 13 e os 65 pontos, sendo que pontuações mais elevadas são indicadoras de níveis mais elevados de dor psicológica. A versão original (Holden, et al., 2001) da escala apresentou um valor de *alpha* de Cronbach de .92, mostrando-se psicometricamente adequada. A escala distingue indivíduos com e sem ideação suicida mesmo quando são controlados os efeitos de variáveis como a depressão e desesperança (e.g., DeLisle & Holden, 2004). Foi utilizada a versão portuguesa de Campos, Holden e

Gomes (2018) que apresenta boas propriedades psicométricas, nomeadamente no que diz respeito à consistência interna, com um valor de *alpha* de Cronbach de .95. No presente estudo, o valor de *alpha* de Cronbach foi de .96 e obteve-se um valor total médio de 24.08 (DP = 10.72).

**Suicide Ideation Scale (SIS;** Luxton, Rudd, Reger, & Gahm, 2011). É um inventário composto por 10 itens que avaliam a ideação suicida na semana prévia à avaliação. Os itens (e.g., “Tenho pensado sobre formas de me matar”; “Estive perto de acabar com a minha vida”) são respondidos numa escala tipo *likert* de 5 pontos que variam entre 1 – “Nunca” e 5 – “Sempre”. A pontuação da escala varia entre 10 e 50 pontos, sendo que pontuações mais altas representam maior ideação suicida. A versão original (Luxton et al., 2011) mostra-se psicometricamente adequada com o *alpha* de Cronbach de .91 numa amostra clínica. Foi utilizada uma versão portuguesa preparada por Campos, Holden e Lambert (2019) em que se obteve um valor de *alpha* de Cronbach de .86 numa amostra da comunidade. No presente estudo, o valor de *alpha* de Cronbach foi de .94, sendo que o valor médio das pontuações obtidas foi de 11.91 (DP = 4.86).

**Avaliação da exposição ao suicídio.** Para avaliar a exposição ao suicídio na família 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 escolheram a segunda opção tiveram também de indicar “*quem*”, “*quando ocorreu*”, “*que método(s) usou/usaram*” e “*qual o impacto que teve em si*”, sendo esta última questão respondida numa escala de 1 – *pouco impacto* a 5 – *muito impacto* (Campos, Holden, & Santos, 2017).

#### *Procedimento de análise de dados*

Em caso afirmativo à questão “*Já alguém na sua família se suicidou?*” pediu-se igualmente que os participantes indicassem quem, quando ocorreu a morte por suicídio, que método(s) usou/usaram e, de 1 a 5, qual o impacto que teve a morte do familiar. Com base nas respostas verificou-se que 65 participantes referiram que tinham perdido alguém por suicídio na família. No entanto, 10 não referiram uma data para a ocorrência do suicídio, pelo que foram eliminados do estudo. Dos restantes 55, 10 referiam que a

morte tinha ocorrido antes do seu nascimento, tendo assim sido considerados não expostos. Acresce que 3 referiam um impacto mínimo do suicídio (1) pelo que foram igualmente considerados não expostos. Assim, foi possível definir um grupo de indivíduos expostos ao suicídio ( $n = 42$ ) e um grupo controlo ( $n = 192$ ). A relação dos 42 participantes com o falecido apresenta-se da seguinte forma: Avô ou avó (14); mãe (2); pai (4); afilhado (1); tia ou tio (9); irmão (1) bisavó ou bisavô (2); primo ou prima (16); outros (2). Para 8 indivíduos expostos (19.0%) ocorreu a morte de dois ou mais familiares por suicídio. Os métodos principais foram enforcamento (40.0%), substâncias, onde se incluem o consumo de medicação, veneno e psicotrópicos (24.0%), afogamento e arma de fogo, ambos com uma percentagem de 14.0%. O tempo médio decorrido desde a morte por suicídio foi de 16.34 anos ( $DP = 12.74$ ).

Na tabela 1 apresentam-se os resultados descritivos em função do grupo (expostos *versus* controlo) para diferentes variáveis demográficas, especificamente, idade, sexo, anos de escolaridade, se está desempregado, o estado civil e se tem um diagnóstico psiquiátrico. Esta tabela também apresenta os resultados por grupo para a ideação suicida e para as várias facetas da dor psicológica. Os dois grupos foram comparados em todas as variáveis utilizando testes  $t$  ou  $\chi^2$ .

Nas análises que se seguiram foi usado o método de *bootstrapping* (com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) para corroborar a significância dos parâmetros estimados. Testou-se se em primeiro lugar utilizando o *software* AMOS-21, dois modelos de *path analysis* para verificar se as diferentes facetas da dor psicológica, dor tolerável e dor intolerável, num dos modelos e, dor e fuga da dor, no outro, mediavam a relação entre a variável grupo (expostos *versus* controlo) – variável exógena – e a ideação suicida – variável endógena. Nestas análises, as variáveis demográficas que se correlacionassem significativamente com a ideação suicida ou que diferenciassem os grupos foram incluídas como covariáveis.

Foi igualmente testado através de duas análises de regressão múltipla hierárquica se as facetas da dor psicológica moderavam a relação entre a variável grupo e a ideação suicida. As variáveis demográficas que se correlacionassem significativamente com a ideação suicida ou que diferenciassem os grupos foram incluídas no passo 1 de ambas as regressões. No passo 2, foi incluída a variável grupo. No passo 3 as facetas dor tolerável e dor intolerável, num dos modelos e, dor e fuga da dor, no outro e, no passo 4, os termos de interação entre a variável grupo e cada uma das facetas da dor. As variáveis foram centradas antes da obtenção dos termos de interação.

## Resultados

### *Comparação entre grupos e análise de correlações*

Como se pode observar na tabela 1, apenas a variável demográfica estar desempregado, diferenciou os dois grupos, com uma percentagem superior de desempregados no grupo exposto (33.3 %). Os grupos diferem no nível de ideação suicida, de dor tolerável e dor intolerável, mas não de dor e fuga da dor.

Verifica-se que apenas as variáveis anos de escolaridade ( $r(217) = -.14, p < .05$ ) e diagnóstico de perturbação mental ( $r(234) = .34, p < .01$ ) se correlacionam com a ideação suicida. Verifica-se igualmente que a variável grupo ( $r(234) = .20, p < .01$ ), e as quatro facetas da dor psicológica, dor tolerável ( $r(234) = .58, p < .01$ ), dor intolerável ( $r(234) = .63, p < .01$ ) dor ( $r(234) = .49, p < .01$ ) e fuga da dor ( $r(234) = .47, p < .01$ ) se correlacionam significativamente com a ideação suicida. No grupo exposto ao suicídio o tempo decorrido desde o suicídio não se correlacionou significativamente com a ideação suicida ( $r(42) = .00, ns$ ).

Dado que a variável estar desempregado diferenciou os grupos e as variáveis anos de escolaridade e diagnóstico de perturbação mental se correlacionaram com a ideação suicida, as três foram introduzidas nas análises seguintes como covariáveis.

### *Path analysis para teste de efeito de mediação da dor psicológica na relação entre grupo e ideação suicida*

Dado que as variáveis dor e fuga da dor não diferenciam os grupos (e não se correlacionaram com a variável grupo, respetivamente  $r = .03$  e  $r = .04$ ) não é simplesmente possível que exista um efeito de mediação destas variáveis na relação entre a variável grupo e a ideação suicida. Assim, testou-se apenas um modelo de mediação com duas variáveis mediadoras, dor tolerável e dor intolerável, na relação entre grupo e ideação suicida. Foram introduzidas as variáveis anos de escolaridade, diagnóstico de perturbação mental e estar desempregado como covariáveis. No modelo direto verificou-se que a variável grupo apresenta um efeito direto significativo na variável ideação suicida ( $\beta = .189, SE = .075, p < .05$  IC 95% [0.038, 0.334]). No modelo de mediação verificou-se que o efeito direto da variável grupo na variável ideação suicida não é significativo. Verificou-se que o efeito direto da variável grupo na

variável dor intolerável é significativo ( $\beta = .164$ ,  $SE = .067$ ,  $p < .01$  IC 95% [0.033, 0.297]), bem como o da variável dor intolerável na variável ideação suicida ( $\beta = .433$ ,  $SE = .154$ ,  $p < .005$  IC 95% [0.147, 0.717]). Note-se que a variável dor tolerável não se relaciona de forma significativa com a ideação suicida. Finalmente, verifica-se um efeito indireto significativo da variável grupo na variável ideação suicida ( $\beta = .097$ ,  $SE = .038$ ,  $p < .01$  IC 95% [0.022, 0.175]). Assim, pode concluir-se que a variável dor intolerável medeia totalmente a relação entre a variável grupo e a variável ideação suicida.

#### *Teste dos efeitos de moderação da dor psicológica na relação entre a variável grupo e a ideação suicida*

Os resultados da regressão múltipla hierárquica encontram-se resumidos na tabela 2. No passo 1, verificou-se que apenas a variável diagnóstico de perturbação psiquiátrica contribui significativamente para a previsão estatística da ideação suicida ( $B = 5.38$ ,  $SE = 1.64$ , 95% IC [2.273, 8.682],  $p < .01$ ). No passo 2, a variável grupo adicionada, dá um contributo adicional na previsão da ideação suicida ( $B = 2.46$ ,  $SE = 1.18$ ; 95% IC [.482, 4.72],  $p < .05$ ). No passo 3, as variáveis dor ( $B = .317$ ,  $SE = .09$ ; 95% IC [.158, .474],  $p < .01$ ) e fuga da dor ( $B = .257$ ,  $SE = .14$ ; 95% IC [.035, .503],  $p < .10$ ) dão um contributo significativo adicional na previsão da ideação suicida e, no passo 4, o termo de interação da variável grupo com a variável fuga de dor ( $B = 1.29$ ,  $SE = .48$ ; 95% IC [.467, 2.106],  $p < .01$ ) dá também um contributo significativo na previsão da ideação suicida.

No que se refere ao modelo com as variáveis dor tolerável e dor intolerável, verifica-se que no passo 3, a variável dor intolerável dá um contributo estatístico significativo para a previsão da ideação suicida, mas no passo 4, nenhum dos termos de interação grupo x dor é significativo.

Tabela 1. Estatística descritiva e inferencial para o grupo de controlo ( $n = 192$ ) e o grupo exposto ao suicídio ( $n = 42$ )

<i>Variáveis</i>		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>t/χ<sup>2</sup></i>
<i>Variáveis sociodemográficas</i>		Grupo de controlo			Grupo exposto			
Idade				35.26 (11.99)			36.31 (12.82)	.51
Anos de escolaridade				14.03 (2.53)			13.56 (2.85)	
Desempregado	<i>Empregado</i>	157	81.8		28	66.7		4.75 *
	<i>Desempregado</i>	35	18.2		14	33.3		
Sexo	<i>Homem</i>	35	18.2		9	21.4		.23
	<i>Mulher</i>	157	81.8		33	78.6		
Estado civil	<i>Não casado</i>	120	62.5		27	64.3		.047
	<i>Casado ou união de facto</i>	72	37.5		15	35.7		
Diagnóstico de perturbação mental	<i>Não</i>	171	89.1		37	88.1		.033
	<i>Sim</i>	21	10.9		5	11.9		
<i>Variáveis em estudo</i>								
Ideação Suicida				11.46 (3.75)			13.95 (8.17)	3.02** $d = .39^a$
Dor tolerável				18.44 (8.26)			21.57 (10.22)	2.13* $d = .34^a$
Dor intolerável				4.72 (2.28)			5.86 (3.38)	2.07* $d = .40^a$
Dor				8.91 (4.69)			9.29 (4.94)	0.46 $d = .08^a$
Fuga da dor				6.12 (4.05)			6.57 (3.71)	0.66 $d = .12^a$

<sup>a</sup>  $d$  de Cohen. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Tabela 2. Análise de regressão múltipla hierárquica para a ideação suicida

Preditores	$R^2$	$\Delta R^2$	B	EP	Mudança em $F$	IC 95% of B LL UL	$F$ global	gl
<b>Passo 1</b>	.15	.15			12.19 ***		12.19 ***	3,213
<i>Anos de escolaridade</i>			-.26	.15 +		-.614 .026		
<i>Desempregado</i>			.70	1.08		-1.155 2.981		
<i>Diagnóstico de perturbação mental</i>			5.38	1.64 **		2.273 8.682		
<b>Passo 2</b>	.18	.035			9.06 **		11.75 ***	1,212
<i>Grupo</i>			2.46	1.18 *		.482 4.729		
<b>Passo 3</b>	.38	.20			32.80 ***		21.12 ***	2,210
<i>Dor</i>			.317	.09 **		.158 .474		
<i>Fuga da dor</i>			.257	.14 +		.035 .503		
<b>Passo 4</b>	.53	.15			34.20 ***		29.39 ***	2,208
<i>Grupo x Dor</i>			0.09	.27		-.433 .555		
<i>Grupo x Fuga da dor</i>			1.29	.48 **		.467 2.106		
<b>Passo 3 alternativo</b>	.44	.26			49.11 ***		27.76 ***	2,210
<i>Dor tolerável</i>			.115	.094		-.088 .310		
<i>Dor intolerável</i>			.845	.367 *		.241 1.501		
<b>Passo 4 alternativo</b>	.47	.023			4.39 *		22.59 ***	2,208
<i>Grupo x Dor tolerável</i>			.077	.303		-.539 .667		
<i>Grupo x Dor intolerável</i>			.435	1.049		-1.386 2.065		



Nota: +  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ . *Bootstrapping* com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95% e para estimar a significância dos parâmetros estimados.

Figura 1. Modelo direto e modelo de mediação testados

Figura 1A. Modelo direto

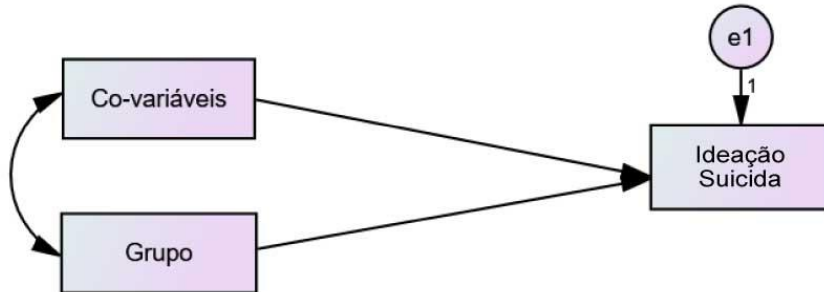


Figura 1B. Modelo de mediação

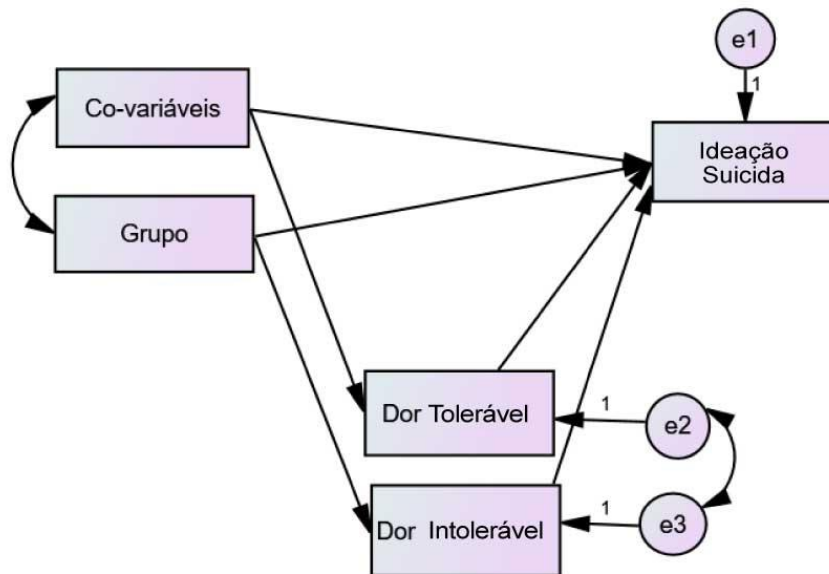
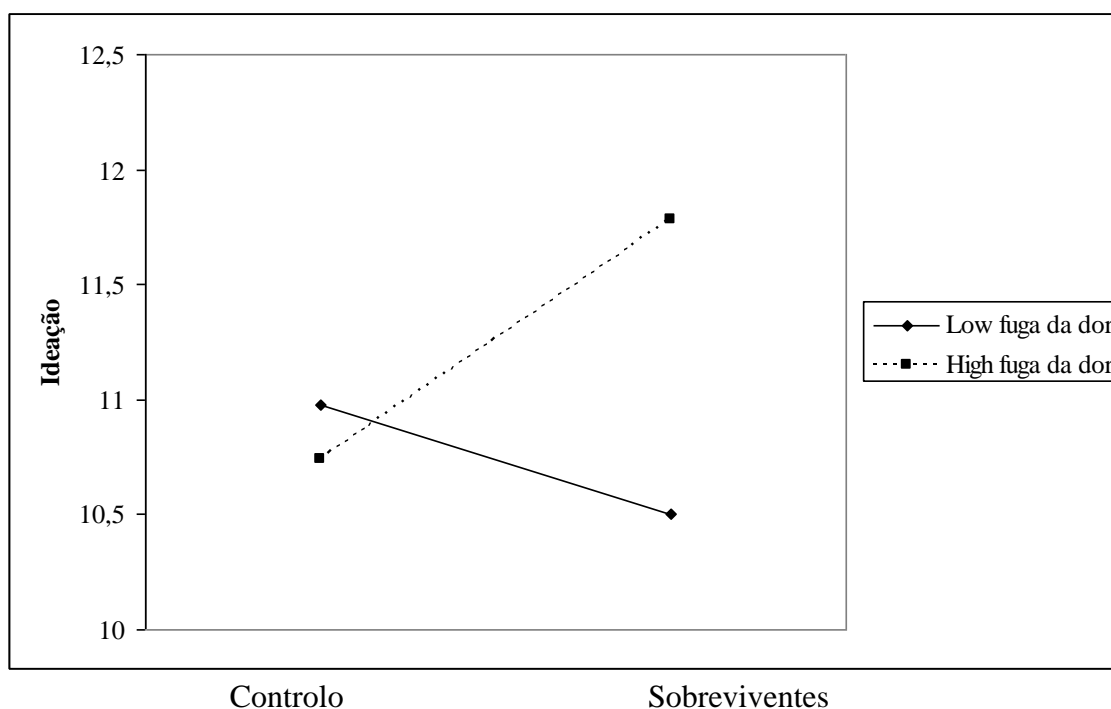


Figura 2. Efeito de interação entre a variável grupo e a variável fuga da dor



### Discussão

O presente estudo teve como objetivo estudar os efeitos de mediação e moderação de diferentes facetas da dor psicológica (dor psicológica tolerável, dor psicológica intolerável, dor e fuga da dor) na relação entre exposição ao suicídio na família e ideação suicida, numa amostra não clínica de adultos da comunidade.

De acordo com os resultados da presente investigação, apenas a variável demográfica estar desempregado diferenciou os grupos, com uma percentagem de desempregados superior no grupo exposto.

No que diz respeito às variáveis de natureza psicológica, os resultados do estudo indicam que os sobreviventes evidenciam níveis mais elevados de ideação suicida relativamente aos indivíduos da comunidade sem histórico de suicídio na família. Estes resultados corroboram a literatura (e.g., Almeida et al., 2012; Campos et al., 2020; Crosby & Sacks, 2002; Kuramoto, et al., 2010; Qin, Agerbo, & Mortensen, 2002, 2003; Song, et al., 2015) que sugerem que os indivíduos expostos apresentam um risco de morte por suicídio mais elevado em relação aos indivíduos da comunidade, se considerarmos como indicador a ideação suicida. Os grupos diferem também no nível da variável dor tolerável e de dor intolerável, corroborando estudos prévios que indicam que a exposição ao suicídio na família (e.g., Campos et al., 2020; Maple et al., 2016) e a

dor psicológica, especialmente a dor psicológica intolerável são variáveis que contribuem para a ideação suicida.

Verificou-se ainda, que a ideação suicida se correlacionou com um conjunto de variáveis, entre as quais, os anos de escolaridade, o diagnóstico de perturbação mental, o grupo e as quatro facetas da dor psicológica. Estes resultados alinham-se com os de alguns estudos que sugerem que a presença de doença psiquiátrica é um forte preditor de comportamentos suicidários (e.g., Arria, O'Grady, Caldeira, Vincent, Wilcox, & Wish, 2009; Borges, Angst, Nock, Ruscio, & Kessler, 2008), tendo já sido demonstrado que uma percentagem significativa dos indivíduos com ideação suicida apresenta simultaneamente sintomatologia psicopatológica, em particular, depressiva (Khan, Mahmud, Mehtab, Zaman, & Prince, 2008; McMenemy, et al., 2008; Overholser et al., 2012) e que cerca de 90% dos indivíduos que morreram por suicídio apresentavam uma perturbação mental diagnosticada (e.g., Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz, & Caine, 2001). No que respeita à influência do nível educacional, os resultados mostram que a baixa escolaridade pode ser encarada como um fator de risco para a experiência de ideação suicida, tal como evidenciado noutros trabalhos (e.g., Saraiva, 2010). Estes níveis baixos de educação podem estar associados a níveis inadequados ou insuficientes de literacia em saúde psicológica que podem, por sua vez, levar o indivíduo a adotar comportamentos de risco e contribuir, eventualmente, para o seu adoecimento psíquico (Zhang, Tao, Wu, Tao, & Fang, 2016).

O modelo de mediação testado nesta investigação sugere que a variável dor intolerável como variável mediadora de cariz psicológico oferece um contributo na explicação da relação entre exposição ao suicídio e ideação suicida. Testou-se se a dor tolerável e a dor intolerável mediavam a relação entre exposição ao suicídio (grupo) e ideação suicida, controlando o efeito de três covariáveis: diagnóstico de perturbação mental, anos de escolaridade e estar desempregado. Os resultados obtidos, além de evidenciarem uma associação significativa entre a dor intolerável e a ideação suicida, evidenciam também que a relação entre exposição ao suicídio na família e ideação suicida é totalmente mediada por esta variável. Este efeito de mediação pode ser explicado atendendo à vulnerabilidade psicológica e risco acrescido dos enlutados em experienciar sofrimento interno, decorrente do processo de luto, sofrimento esse que se pode tornar tão penoso e profundo (Shneidman, 1993) que conduz à perceção de uma dor intolerável, contribuindo, conseqüentemente, para a experiência de ideação suicida.

Por outro lado, os resultados demonstram que a dor tolerável não medeia essa mesma relação, sugerindo que ser exposto ao suicídio não contribui necessariamente para a uma dor psicológica tolerável.

No que se refere aos modelos de moderação testados, verificou-se que os níveis de fuga da dor interagem com a variável grupo (expostos *versus* controlo) para prever a ideação suicida, o que significa que a fuga da dor potencia a relação entre exposição ao suicídio na família e ideação suicida. Sob níveis altos de fuga da dor, estar exposto ao suicídio aumenta a ideação suicida. Curiosamente, e de acordo com os resultados obtidos, nos casos em que existem níveis mais baixos de fuga de dor, estar exposto ao suicídio relaciona-se com níveis mais baixos de ideação suicida. Assim, os resultados sugerem que a dor psicológica, em particular, a fuga da dor se associa à ideação suicida e dá um contributo adicional da ideação suicida para além do poder explicativo da exposição ao suicídio. Alguns estudos têm demonstrado que o evitamento/fuga da dor se associa à motivação suicida (Campos et al., 2019; Holden et al., 2001; Li, et al., 2014, 2017; Troister & Holden, 2010; Xie et al., 2014), pela tendência do indivíduo para considerar o suicídio como último recurso para escapar e aliviar a dor psicológica. Pode dizer-se que não é a experiência global de dor psicológica que contribui para a ideação suicida, mas a tendência ao seu evitamento, tal como verificado nos resultados obtidos noutros estudos realizados com amostras ocidentais não clínicas (e.g., Campos et al., 2019). Do ponto de vista da intervenção psicoterapêutica seria pertinente elaborar a experiência de dor com o cliente, para que o indivíduo desenvolva estratégias alternativas ao suicídio que permitam o enfrentamento da dor e o não-evitamento do sofrimento psicológico.

#### *Limitações, estudos futuros e conclusão*

Este estudo apresenta, naturalmente, algumas limitações. Uma primeira limitação prende-se com a natureza transversal do estudo que impede a realização de inferências causais, bem como a utilização de medidas de autorrelato que estão sujeitas a enviesamentos de resposta (Dowling, Bolt, Deng, & Li, 2016). Estudos futuros deverão utilizar outras metodologias de recolha de dados, como a entrevista e sugere-se que optem por um *design* longitudinal que permita o acompanhamento dos indivíduos.

Uma terceira limitação diz respeito ao facto de a amostra recolhida ser de conveniência e de baixo risco. Sugere-se, em estudos futuros que esta dificuldade possa

ser colmatada através de amostras clínicas de maior dimensão. Para além do tamanho reduzido da amostra que pode não ser representativo da população, regista-se também uma disparidade entre o número de participantes do sexo feminino e masculino. Refira-se ainda o facto de os dados serem recolhidos *online*. As avaliações *online* levantam algumas questões como a autosseleção e dificuldades na generalização dos resultados obtidos (Hauser, Paolacci, & Chandler, 2018). Acresce que plataforma utilizada para a recolha de dados não permite aceder ao número de eventuais desistências. Como linha orientadora para investigações futuras, seria interessante que estas possam ser realizadas com diferentes subgrupos de sobreviventes (e.g., amigos, colegas de trabalho), com intuito de estudar os efeitos da exposição ao suicídio globalmente.

Deve ainda salientar-se que os dados foram recolhidos em pleno estado de emergência nacional, durante o período de confinamento obrigatório geral, por força da pandemia da covid-19. O impacto de uma pandemia na saúde mental pode ser muito forte; o isolamento social e distanciamento físico, o medo, a crise económica e o desemprego, e a incerteza são fatores que podem dar início a um sofrimento psicológico acentuado. A recolha de dados num período de especial fragilidade psicológica dos indivíduos poderá ter influenciado os resultados desta investigação de uma forma que é difícil de precisar.

Independentemente das limitações, pode dizer-se que esta investigação poderá ter dado um contributo para ajudar no combate ao estigma associado à saúde mental e ao suicídio e poderá também fornecer pistas fundamentais para a intervenção junto da população exposta ao fenómeno suicidário.

A dor psicológica, em particular, a dor psicológica intolerável e a fuga da dor, podem ajudar a explicar porque é que a exposição ao suicídio aumenta o risco de experiência de ideação suicida. De acordo com os resultados obtidos, surge a necessidade de implementar estratégias adequadas de pósvenção na população. Tal como preconizado por Shneidman (1969), a pósvenção procura “amenizar as sequelas psicológicas da morte por suicídio da vítima sobrevivente” (Andriessen, 2009). O termo pósvenção, na verdade, também significa prevenção (Andriessen, 2009). A prevenção do fenómeno suicidário deve concretizar-se junto dos indivíduos expostos ao suicídio, prioritariamente, em relação à população geral, tendo em conta o risco de suicídio acrescido (e.g., Campos et al., 2017b; Santos et al., 2015a, 2015b, 2015c). Neste caso, devem ser desenvolvidas medidas preventivas alinhadas com os objetivos e experiências individuais e considerar a psicoterapia individual um veículo para a

resolução do processo de luto, quando a este processo está associado sofrimento clinicamente significativo (Carqueja, 2017; Jordan & McMenemy, 2004). Por outro lado, junto da população em geral, as ações de sensibilização devem apelar ao combate ao estigma associado ao suicídio, desmistificando mitos sobre o mesmo.

## Referências Bibliográficas

- 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(7355), 74–74. doi:10.1136/bmj.325.7355.74
- Almeida, O. P., Draper, B., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Pirkis, J., Byrne, G., ... Pfaff, J. J. (2012). Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *British Journal of Psychiatry*, 201(06), 466–472. doi:10.1192/bjp.bp.112.110130
- Andriessen, K. (2009). Can Postvention Be Prevention? *Crisis*, 30(1), 43–47. doi:10.1027/0227-5910.30.1.43
- Andriessen, K., & Kryszynska, K. (2012). Essential Questions on Suicide Bereavement and Postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 24–32. doi:10.3390/ijerph9010024
- Arria, A. M., O’Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. W. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13, 230-246. doi:10.1080/13811110903044351.
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 134, 327-332. doi:10.1016/j.jad.2011.06.026
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 295-312. doi:10.1080/13811118.2013.824825
- Batista, P., & Santos, J. C. (2014). Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (12), 17-24.
- Bellini, S., Erbutto, D., Andriessen, K., Milelli, M., Innamorati, M., Lester, D., ... Pompili, M. (2018). Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of Suicide. *Frontiers in Psychology*, 9. doi:10.3389/fpsyg.2018.00198
- Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1), 110–116. doi:10.1111/j.1943-278x.2010.00009.x



- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., & Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of Affective Disorders, 105*(1-3), 25–33. doi:10.1016/j.jad.2007.01.036
- Brás, M., Jesus, S., & Carmo, C. (2016). Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação suicida em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças, 17*(2), 132-149. doi:10.15309/16psd170203
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... 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. doi:10.1001/archpsyc.59.9.801
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry, 166*(7), 786–794. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08081244
- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Hébert, M., & Turecki, G. (2007). Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study. *Psychological Medicine, 37*, 1551–1562. doi:10.1017/S0033291707000803
- 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*, 371-377. doi:10.1037/0022-006x.68.3.371
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*. doi: 10.1002/jclp.22196.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2014). Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *European Journal of Psychiatry, 28*, 230-241. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632014000400004>
- Campos, R. C., Gomes, M., Holden, R. R., Piteira, M., & Rainha, A. (2017a). Does *psychache* mediate the relationship between general distress and suicide ideation?. *Death Studies, 41*(4), 241-245. doi:10.1080/07481187.2016.1251510

- Campos, R. C., Holden, R. R., & Gomes, M. (2018). Assessing *psychache* as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the *psychache* scale. *Death Studies*. Advance online doi:10.1080/07481187.2018.1493002
- Campos, R. C., Holden, R. R., & Lambert, C. E. (2019). Avoidance of psychological pain and suicidal ideation in community samples: Replication across two countries and two languages. *Journal of Clinical Psychology*. doi:10.1002/jclp.22837
- Campos, R. C., Holden, R. R., & Santos, S. (2017b). 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, 407–417. doi: 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. doi:10.1097/nmd.0000000000001106
- Campos, R. C., Simões, A., Costa, S., Pio, A. S., & Holden, R. R. (2019). Psychological pain and suicidal ideation in undergraduates: The role of pain avoidance. *Death Studies*. doi: 10.1080/07481187.2018.1554610
- Campos, R., Holden, R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A., Costa, F., Abreu M., & Fresca, N. (2016). Self-report depressive symptoms do not directly predict suicidality in nonclinical individuals: Contributions toward a more psychosocial approach to suicide risk. *Death Studies*, 40, 335-349. doi: 10.1080/07481187.2016.1150920
- Carqueja, E. (2017). Luto: Um Processo Dinâmico. In H. Salazar (Coord.), *Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos* (pp. 57-87). Lisboa: Pactor.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405. doi:10.1017/s0033291702006943
- 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. doi:10.1111/sltb.12093
- Chow, A. Y. M. (2006). The day after: Experiences of bereaved suicide survivors. In C. L. W. C. Chan & A. Y. M. Chow (Eds.), *Death, dying and bereavement: A Hong Kong Chinese experience* (Vol. 1, pp. 293–308). Aberdeen, HK: Hong Kong University Press

- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E. D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(4), 367–385. doi:10.1521/suli.31.4.367.22048
- 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. doi:10.1521/suli.32.3.321.22170
- De Leo, D., & Heller, T. (2008). Social modeling in the transmission of suicidality. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 29*(1), 11-19. doi: 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. doi: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.
- Dowling, N. M., Bolt, D. M., Deng, S., & Li, C. (2016). Measurement and control of bias in patient reported outcomes using multidimensional item response theory. *BMC Medical Research Methodology, 16*, 1-18. doi:10.1186/s12874-016-0161-z
- Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2017). Psychological pain in suicidality: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 78*(8). doi:10.4088/JCP.16r10732.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychological Medicine, 35*(7), 983–993. doi:10.1017/s0033291704004167
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin, 145*(2), 187-232. doi:10.1037/bul0000084.

- Frazão, P., Santos, J., & Sampaio, D. (2014). Família e Suicídio. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica*, (pp. 135-143). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, R., Dubrava, S., Suryawanshi, S., Webb, D. M., & Nilsson, M. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, *90*, 554-560.
- Goodfellow, B., Kølves, K., & De Leo, D. (2017). Contemporary nomenclatures of suicidal behaviors: A systematic literature review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48*(3), 353–366. doi:10.1111/sltb.12354
- 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. doi:10.1016/j.psychres.2004.02.010
- Guerreiro, D. (2013). Glossário. In J. C. Santos (Relator), A. Carvalho, B. Peixoto, C.B. Saraiva, D. Sampaio, F. Amaro, J. C. Santos, J. H. Santos & N. Santos. *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017*. Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional para a Saúde Mental (pp. 103-104). Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>. Acedido em: 26-11-2019.
- 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 methods 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. doi:10.1353/sof.0.0130
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1133-1144. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.008
- Holden, R. R., Campos, R. C., Lambert, C. E., Simões, A., Costa, S., Pio, A. S., ... Marques, D. (submetido). Factor Structure and Proposed Scoring Revision of the Three-Dimensional Psychological Pain Scale. *Psicologia*.

- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*, 224–232. doi: 10.1037/h0087144
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Causas de morte 2017*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Jacobs, D., Baldessarini, R., Conwell, Y., Fawcett, J., Horton, L., Meltzer, H., ... Simon, R. I. (2010). Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA Practice Guidelines.
- Johns, D., & Holden, R. R. (1997). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population. *Canadian Journal of Behavioural Science, 29*(4), 266-274. doi:10.1037/0008-400X.29.4.266.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 31*(1), 91–102. doi: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. doi: 10.1080/07481187.2017.1335553
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). 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* (p. 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. doi:10.1521/suli.34.4.337.53742
- Khan, M. M., Mahmud, S., Karim, M. S., Zaman, M., & Prince, M. (2008). Case–control study of suicide in Karachi, Pakistan. *British Journal of Psychiatry, 193*(05), 402–405. doi:10.1192/bjp.bp.107.042069
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*(1), 307–330. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Kölves, 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*. doi: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*, 1026–1032. doi: 10.1542/peds.2010-0974
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., & Apter, A. (2019). Editorial: The psychology of suicide: from research understandings to intervention and treatment. *Frontiers in Psychiatry*, *10*. doi:10.3389/fpsy.2019.00214
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., ... Apter, A. (2014). Mental pain, communication difficulties, and medically serious suicide attempts: A Case-control study. *Archives of Suicide Research*, *18*, 74-87. doi: 10.1080/13811118.2013.809041
- Li, H, Fu, R., Zou, Y., & Cui, Y. (2017). Predictive roles of three-dimensional psychological pain, psychache, and depression in suicidal ideation among chinese college students. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1-8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01550.
- Li, H., Xie, W., Lou, X., Fu, R., Shi, C., Ying, X., ... Wang, X. (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Journal of the American Association of Suicidology*, *44*, 78–88. doi: 10.1111/sltb.12056
- Luxton, D. D., Rudd, D., Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2011). A psychometric study of the suicide ideation scale. *Archives of Suicide Research*, *15*, 250–258. doi: 10.1080/13811118.2011.589720
- 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. doi:10.1111/sltb.12308
- May, C. N., Overholser, J. C., Ridley, J., Raymond, D. (2015). Passive suicidal ideation: A clinically relevant risk factor for suicide in treatment-seeking veterans. *Illness, Crisis & Loss*, *23*(3), 261-277. doi:10.1177/1054137315585422.
- McMmenamy, 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. doi:10.1521/suli.2008.38.4.375

- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis, 25*, 12–18. doi: 10.1027/0227-5910.25.1.12
- 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*. doi: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. doi:10.1097/00005053-198202000-00004
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews, 30*(1), 133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002
- O’Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behavior. *The Lancet Psychiatry, 1*, 73-85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
- 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. doi:10.1016/j.jad.2009.03.013
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(3), 219–230. doi:10.1521/suli.33.3.219.23219
- Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology, 68*(3), 334-348. doi:10.1002/jclp.20859.
- Pachkowski, M. C., May, A. M., Tsai, M., & Klonsky, E. D. (2019). A brief measure of unbearable psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi: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 and Life-Threatening Behavior, 42*, 147-156. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00078.x.
- Pereira, E., Kroner, D., Holden, R., & Flamenbaum, R. (2010). Testing Shneidman’s model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates. *Personality and Individual Differences, 49*, 912–917. doi: 10.1016/j.paid.2010.07.029

- Pitman, A., Osborn D., King M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry, 1*, 86-94. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70224-X
- Pompili, M., Lester D., Leenaars A., Tatarelli R., & Girardi P. (2008). Psychache and suicide: A preliminary investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38* (1), 116-121. doi: <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.116>
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet, 360*(9340), 1126–1130. doi:10.1016/s0140-6736(02)11197-4
- 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. doi:10.1176/appi.ajp.160.4.765
- 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. doi:10.1136/bmjopen-2013-002618
- 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. (2015a). O impacto do suicídio nos familiares: Evidências atuais. *Evidências, 1*, 16-23.
- Santos, S., Campos, R. C., & Tavares, S. (2015b). Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death Studies, 39*(6), 332–341. doi:10.1080/07481187.2014.946626
- Santos, S., Tavares, S., & Campos, R. C. (2015c). Distress in Portuguese family members bereaved by suicide: An exploratory study. *Journal of Loss and Trauma, 20*(3), 267–280. doi:10.1080/15325024.2014.934618
- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: De Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica, 31*, 185-205.
- Shneidman E. (1996). *The suicidal mind: Final thoughts and reflections*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Shneidman, E. (1972). Foreward. In A.C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide* (pp. ix–xi). Springfield, IL: Charles C. Thomas.



- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Shneidman, E. S. (1991). The commonalities of suicide across the life span. In A. A. Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide* (pp. 39–52). New York: Plenum Press.
- Shneidman, E. S. (1998). 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. doi:10.1111/sltb.12158
- 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. doi:10.1521/suli.2008.38.1.13
- Sveticic, J., & De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness*, 4, 73-78. doi:10.4081/mi.2012.e15.
- 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.
- 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. doi: 10.1016/j.paid.2010.06.006
- Troister, T., & Holden, R. R., (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 1019–1027. doi:10.1002/jclp.21869.
- Troister, T., 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. doi: 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 and Life-Threatening Behavior*, 43, 611-620. doi:10.1111/sltb.12043
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. doi:10.1016/s0140-6736(15)00234-2
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 108. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00108
- World Health Organization [WHO] (2014). Preventing suicide: A global imperative. Retirado de: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_english.pdf](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf)
- World Health Organization [WHO] (2019). *Suicide*. Geneva, Switzerland: WHO. Retirado de: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Wroblewski, A. (2002). *Suicide Survivors: A Guide for Those Left Behind*. SAVE: Minneapolis, MN, USA.
- Xie, W., Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., Wang, N., ... Shi, C. (2014). Anhedonia and pain avoidance in the suicidal mind: Behavioral evidence for motivational manifestations of suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 681-692. doi:10.1002/jclp.22055
- Zhang, S., Tao, F., Wu, X., Tao, S., & Fang, J. (2016). Low health literacy and psychological symptoms potentially increase the risks of non-suicidal self-injury in Chinese middle school students. *BMC Psychiatry*, 16(1). doi:10.1186/s12888-016-1035-y