

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

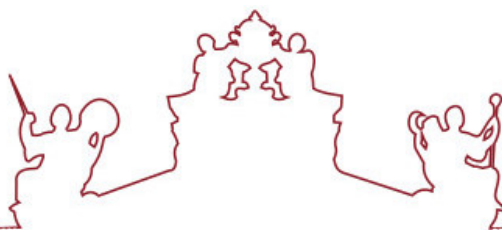
Dissertação

Dor psicológica e ideação suicida: Um estudo longitudinal a cinco meses em jovens adultos.

Diandra Garramones Marques

Orientador(es) | Rui C Campos

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

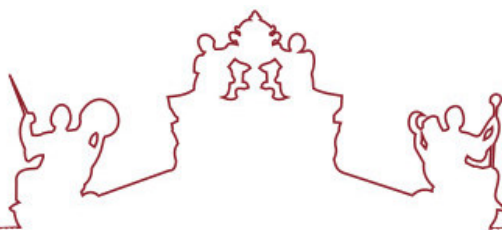
Dor psicológica e ideação suicida: Um estudo longitudinal a cinco meses em jovens adultos.

Diandra Garramones Marques

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 | Nuno Rebelo dos Santos (Universidade de Évora)

Vogais | Rui C Campos (Universidade de Évora) (Orientador)
Sofia Alexandra Tavares (Universidade de Évora) (Arguente)

Agradecimentos

A concretização deste trabalho foi realizada ao longo de um percurso peculiar, sobre o qual surgiram imensos desafios, mudanças, adaptações e imprevistos. Muito aprendizado envolvido por trás das palavras aqui escritas.

Não foi um caminho solitário, uma vez que no andar deste percurso muitas surpresas e pessoas especiais surgiram, contribuindo de forma direta ou indiretamente para o desenvolvimento deste trabalho. Sem poder deixar de agradecê-las, faço desse modo singelo ao mencioná-las aqui:

Em especial ao professor Rui Campos, pela partilha de conhecimento, disponibilidade e pela sua minúcia peculiar a fim de proporcionar a realização de um trabalho bem feito.

Àqueles que participaram desde o início comigo, contribuindo para o meu bem-estar, com muito apoio e suporte, e que serão sempre a minha família portuguesa, em especial à Ju Vida e ao Miguel Laranjeira que me acolheram como filha.

Aos amigos que fiz em Évora: Francisco Festas, Miguel Ângelo e Ânia Laranjeira, Jorge Santiago, e principalmente à Luana Siqueira Prado, que participou de todas as etapas deste processo.

À minha família e amigos que, mesmo longe, sempre torceu pela minha felicidade e apoiou a minha escolha de sair do Brasil e ir em busca dos meus sonhos.

Ao meu amor, Jean-Baptiste, que com todo o seu carinho, alegria, motivação, compreensão e paciência proporcionou-me incentivo, ânimo, energia, apoio e alento nos momentos mais turbulentos.

A todos os professores que tive a oportunidade de conhecer, em especial à professora Fátima Bernardo, que me ajudou em diversas questões como estudante estrangeira, pela disponibilidade, compreensão e escuta; ao professor Vítor Franco pelas conversas e partilhas nos intervalos; e ao professor Nuno Santos, o professor mais acolhedor da Universidade.

Aos Serviços Informáticos da Universidade, que me ajudaram nos apertos relacionados aos programas e softwares, em especial a Marinela Festas e ao Luís.

À Catarina Santos, pela sua disponibilidade e paciência.

Aos professores da Universidade de Évora que disponibilizaram seu precioso tempo de aula para nossa recolha de dados, aos alunos que se propuseram a participar do estudo e à colega Joana Spínola por partilhamos este momento de recolha de dados e supervisões.

Muito obrigada a todos!

“Os suicidas, mesmo os que planejam a morte, não querem se matar, mas matar a sua dor.” Augusto Cury

“A persistência é o caminho do êxito.” Charles Chaplin

Dor psicológica e ideação suicida: Um estudo longitudinal a cinco meses com jovens adultos

Resumo

A presente investigação teve como objetivo estudar o impacto de diferentes dimensões da dor psicológica (*psychache* e componentes afetiva, cognitiva, de evitamento, tolerância, *coping* e contenção da dor psicológica) na ideação suicida positiva e negativa em jovens adultos. Aplicaram-se os instrumentos: *Psychache Scale*, TDPPS, TMPS, PNSII e CES-D. Participou uma amostra final de 288 estudantes universitários, com idades entre os 17 e 29 anos. Utilizou-se a metodologia de análise de regressão múltipla hierárquica. Verificou-se que, globalmente, variações na componente de evitamento, mas não nas dimensões cognitiva e afetiva, preveem variações na ideação suicida negativa. Variações nas componentes de tolerância, *coping* e contenção da dor psicológica não preveem variações na ideação suicida negativa. Variações em tolerância à dor psicológica (tendencialmente) e em *coping* preveem variações na ideação suicida positiva. Variações nas componentes afetiva, cognitiva e de evitamento não preveem variações na ideação suicida positiva.

Palavras-chave: Dor psicológica; Ideação suicida positiva; Ideação suicida negativa; Estudo longitudinal; Jovens adultos.

Contagem de palavras: 14877

Psychological pain and suicide ideation: A five-month longitudinal study with young adults

Abstract

The aim of this research was to study the impact of different dimensions of psychological pain (psychache and affective, cognitive, avoidance, tolerance, coping, and contain of psychological pain) on positive and negative suicidal ideation in young adults. The instruments were applied: Psychache Scale, TDPPS, TMPS, PNSII and CES-D. A final sample of 288 university students, aged between 17 and 29 years, participated. The methodology of multiple hierarchical regression analysis was used. It was verified that, globally, variations in the avoidance component, but not in the cognitive and affective dimensions, foresee variations in negative suicide ideation. Variations in the tolerance, coping and contain components of psychological pain do not predict variations in negative suicide ideation. Variations in tolerance to psychological pain (tendentially) and in coping predict variations in positive suicidal ideation. Variations in affective, cognitive and avoidance components do not predict variations in positive suicide ideation.

Keywords: Psychological Pain; Positive suicide ideation; Negative suicide ideation; Longitudinal study; Young adults.

Word-count: 14877

Índice

Introdução e enquadramento teórico	1
Dor psicológica e risco suicidário	2
O Modelo tridimensional da dor psicológica e a suicidalidade	6
O Modelo de tolerância à dor mental e a suicidalidade	8
Objetivos do estudo	9
Método	10
Participantes e procedimentos	10
Instrumentos de medida	13
Procedimentos de análise de dados	17
Resultados	18
Análise preliminar	18
Previsão de variações na ideação suicida negativa	18
Previsão de variações na ideação suicida positiva	19
Discussão	24
Limitações, estudos futuros e conclusões	28
Referências	31

Introdução e enquadramento teórico

O fenómeno do suicídio é considerado um problema de saúde pública pela *World Health Organization* (WHO, 2019a), representando uma taxa anual mundial de 11,4 por 100.000 habitantes, sendo 15,0 entre homens e 8,0 entre mulheres (ajustada segundo a idade), tornando-se a segunda causa de morte de jovens entre 15 e 29 anos em 2016 e a segunda principal causa de morte de raparigas entre 15 e 19 anos (WHO, 2018). Entretanto, esses números ainda estão subestimados, devido ao fato de o suicídio ser um tema delicado e ainda ser considerado tabu, tanto pelo estigma, quanto por crenças religiosas, além de ser considerado ilegal em alguns países (WHO, 2018). Além disso, há questões problemáticas de subnotificações, provenientes das dificuldades impostas no registo, cujo processo envolve muitos agentes e autoridades, o que resulta em equivocadas classificações do suicídio, camufladas em registos de acidentes, por exemplo (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010; Botega, 2014). Estima-se que para cada morte por suicídio existam 20 tentativas de suicídio (Morales et al., 2017), sendo este dado um importante fator de risco para o suicídio consumado (WHO, 2014).

Em 1996, um documento publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU) voltou a atenção ao tema do suicídio (ONU, 1996). A IASP (*International Association for Suicide Prevention*) criou o dia mundial de prevenção do suicídio no dia 10 de setembro e, desde 2003, trouxe maior visibilidade do tema a nível mundial (WHO, 2018). Em 2013, a WHO desenvolveu o plano de ação mundial (*Mental Health Action Plan 2013 – 2020*), primeiro plano de prevenção em saúde mental, estando o suicídio incluído neste programa, cuja meta a todos os países membros focou-se na diminuição de 10% da taxa de suicídios no mundo até o presente ano (WHO, 2013). Em 2014, a Organização publicou o primeiro informe mundial de prevenção do suicídio (*Preventing suicide: a global imperative*) para dar destaque e aumentar a mobilização ao desenvolvimento estratégico de ações preventivas (WHO, 2014). Mais recentemente, foi publicado um relatório [*National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators* (WHO, 2018)] onde descreve as medidas e os planos adotados pelos países, identificando aqueles que desenvolveram mais fortemente resoluções preventivas e os que estão em fase de desenvolvimento. Na população jovem em Portugal, entre os 15 e os 34 anos, foram contabilizadas 115 mortes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016) e, no ano de 2017, a taxa de suicídio em Portugal para todos os grupos foi de 10,3 por 100.000 habitantes (INE, 2019).

Atualmente, a redução da mortalidade por suicídio vem sendo priorizada pela Organização Mundial de Saúde, inclusive sendo incluído como um indicador dos objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas (WHO, 2019a). Além disso, a Organização Mundial de Saúde lançou o 13º programa geral de ação [*Thirteenth general programme of work, 2019–2023: promote health, keep the world safe, serve the vulnerable* (WHO, 2019b)] e o Plano de ação para a saúde mental 2013-2030 (WHO, 2019a).

Desde a década de cinquenta, o suicídio tem sido considerado como estritamente ligado a perturbações mentais (Chávez-Hernandez & Leenaars, 2010). Embora a depressão seja considerada um importante fator do risco suicidário (Arria et al., 2009), não é possível inferir que ela está invariavelmente por trás de tais comportamentos (Campos et al., 2016), muito menos ser considerada como um fator determinante na predição do suicídio (Pompili, 2010). Por exemplo, a depressão não prevê diretamente o risco suicidário quando avaliada em amostras não clínicas (Campos et al., 2016). Indivíduos sem depressão podem manifestar comportamentos suicidários, assim como pessoas com diagnóstico depressivo não necessariamente apresentam ideação suicida ou tentativas de suicídio (Harkavy-Friedman et al., 2004; Overholser et al., 2012). Em duas revisões sistemáticas recentes, a dor psicológica é mencionada como uma entidade distinta da depressão (Ducasse et al., 2018; Verrocchio et al., 2016). Dentro dessa mudança de perspectiva, é fundamental a atenção minuciosa deste constructo.

O fenômeno do suicídio é complexo e multifatorial, isto é, pode ser explicado por diferentes modelos teóricos (Franklin et al., 2017), como o biológico, o sociológico, o psicológico, entre outros (Cassarola, 2017). Nas últimas décadas, diversos estudos têm ressaltado a relevância de diversos fatores na predição do suicídio (Nahaliel et al., 2014), não podendo ser explicado por uma única variável, nem mesmo a um número limitado de variáveis (Hawton & van Heeringen, 2009), o que prejudica a estruturação de medidas práticas eficazes de prevenção (Olié & Courtet, 2017). As variáveis psicológicas vêm ganhando destaque pela sua capacidade de atuação clínica terapêutica (Brown et al., 2000; Montemarano et al., 2018).

Dor psicológica e risco suicidário

O surgimento de um novo campo de estudo, nomeadamente a Suicidologia, foi em grande parte contribuído pelo vasto aporte teórico do psicólogo e suicidólogo Edwin

Shneidman e seu persistente investimento na área. Sua curiosidade sobre a mente suicida impulsionou-o a analisar inúmeras cartas de suicídios efetivos e identificou a existência de um aspecto em comum (“Eu não aguento mais a dor mental”), percebendo uma dor introspectiva intensa, diferente da dor física, que nomeou de *psychache* – dor psicológica (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010; Shneidman, 1993). Além disso, chamou-lhe atenção a ambivalência recorrente nas cartas, trazendo a ideia de um desejo de preservar a vida *versus* acabar com ela, estando este desejo mais associado a cessação de uma dor sentida como intolerável. Vislumbrou um potencial campo de investigação da Psicologia e de prevenção do suicídio.

Ao introduzir o termo *psychache*, conceptualizou-o como a dor da mente, sentida internamente, mais particularmente ligado a um estado agudo de sentimentos excessivos de angústia, vergonha, medo, culpa, desamparo, solidão e humilhação (Shneidman, 1993, 1999). Esta dor é proveniente da frustração de necessidades psicológicas básicas, baseadas no modelo de personalidade de Henry Murray (1938, pp. 142-242), tais como: 1. necessidade de afiliação - aceitação e amor ou carinho recíproco; 2. Neutralização - capacidade para lidar com frustrações e humilhações passadas, ou de antecipar a rejeição através de uma atitude proativa e não reativa; 3. Proteção - capacidade para se proteger contra o criticismo e a vergonha, preservando a autoimagem e a integridade do self; 4. Autonomia – capacidade de manter o seu espaço psicológico privado; 5. Necessidade de evitar a vergonha e embaraço ou situações que levem ao desprezo e a indiferença de outros; 6. Necessidade de ser amado e emocionalmente alimentado, com sentimento de estar protegido e especial, sem negligência ou abuso; 7. Necessidade de ordem e compreensão, que é a capacidade de organizar acontecimentos e ideias de forma que fazem sentido para si e aos demais (Shneidman, 1980). Shneidman (1998) justifica que a privação de uma ou mais dessas necessidades, conforme a importância individual dada a cada uma delas, conduz à dor psicológica. Exemplificando, se uma dessas necessidades fosse evitar a vergonha e a pessoa depara-se com uma situação embaraçosa, isso geraria a insatisfação dessa necessidade, considerada vital para o indivíduo, e a dor psicológica surgiria. Se essa dor chegar a um limiar individual insuportável, o risco de suicídio é manifestado (Shneidman, 1993, 1996).

O modelo cúbico de Shneidman (1987) conceptualiza o comportamento suicida como o resultado da confluência simultânea de três componentes essenciais: uma dor psicológica que atinge um limiar intolerável; um nível alto de perturbação psíquica; uma intensa pressão externa de acontecimentos de vida do indivíduo. Em outras palavras, uma

tentativa de suicídio ocorrerá quando houver um intenso sofrimento devido ao estado doloroso do qual há o desejo de escapar, houver uma grande pressão negativa e houver um alto grau de perturbação mental (Leenaars, 2010). O nível elevado destas três componentes elevará o desejo suicida e sua letalidade (Karthick & Barwa, 2017), ainda que Shneidman constata que nem todos que as apresentem tentarão o suicídio. No entanto, as três são identificadas naqueles indivíduos que cometem atos suicidas. Embora refira estas três componentes, destaca a dor psicológica e refere que os demais fatores serão relevantes apenas se associados à dor psicológica (Shneidman, 1987).

Shneidman (1993) contextualizou a dor psicológica como fator indispensável para a existência da intenção suicida e, conseqüentemente, dos comportamentos suicidários, afirmando inclusive que “sem dor psicológica não há suicídio” (Shneidman, 1993, p. 145). Quando a dor atinge um limiar insuportável a ponto de a pessoa ver o suicídio como única forma de escapar do estado aversivo da dor, o risco de se envolver em um ato suicida aumenta (Shneidman, 1998, 2001, 2005). Portanto, de acordo com essa perspectiva, envolver-se num ato suicida corresponde a uma busca do cessar uma dor extrema que coloca o indivíduo em um estado de constrição cognitiva, ou visão em túnel, que vê a morte como única forma de escapar da dor, desconsiderando inclusive a autopreservação (Baumester, 1990; Leenaars, 2010; Orbach et al., 2001; Shneidman, 1993).

Shneidman foi pioneiro em destacar a associação entre dor psicológica e o suicídio, salientando a importância da mensuração da dor psicológica e estimulando a realização de mais estudos sobre o tema. Desenvolveu a *Psychological Pain Assessment Scale* (PPAS), fazendo uso de técnicas projetivas para a avaliação da dor (Shneidman, 1999). Surgiram, então, outras escalas baseadas neste conceito, nomeadamente a *Psychache Scale* (PAS) de Holden e colegas (2001). Ao longo dos anos, as medidas de dor psicológica revelaram-se valiosas no âmbito clínico (Mee et al., 2019), sendo incluídas em avaliações abrangentes do risco suicidário (Meerwijk, & Weiss, 2017). No princípio, foram utilizadas largamente para medir e verificar a predição de comportamentos suicidas (Mee et al., 2011; Reist et al., 2017) e, posteriormente, para uso em populações com diagnóstico depressivo (Patterson & Holden, 2012).

Um estudo comparou a eficácia de três instrumentos de medida do risco suicidário (Troister, D’Agata e Holden, 2015) e demonstrou que a PAS apresentou desempenho superior na identificação precisa do risco, comparado ao Inventário de Depressão de Beck II [BDI-II (Beck et al., 1996)] e à Escala de Desesperança de Beck [BHS (Beck et al., 1988)], em uma amostra de 7.522 estudantes de graduação. Além disso, a escala é capaz

de distinguir pessoas com e sem histórico de tentativas de suicídio (Pereira et al., 2010). Portanto, verifica-se que a escala permite obter informações mais precisas para além das medidas de depressão e desesperança (Hooley, Franklin, & Nock, 2014), sendo a dor psicológica inclusive um preditor mais poderoso de ideação e tentativas suicídio, relativamente às outras duas variáveis psicológicas, também consideradas importantes para o risco suicidário (Troister & Holden, 2012; Sun et al., 2020).

Nos últimos anos, a dor psicológica ganhou papel de destaque na associação com o risco suicidário. Atualmente, há um número significativo de estudos que examinaram empiricamente a relação entre a dor psicológica e a suicidalidade (e.g. Ducasse et al., 2018; Verrocchio et al., 2016), sendo considerada por diversos autores como um importante preditor do risco suicidário (Demirkol, Namli, & Tamam, 2019; Levi-Belz et al., 2018; Olié & Courtet, 2017). Verificou-se que níveis mais elevados de dor psicológica estão associados à ideação suicida e aos atos suicidas (DeLesli & Holden, 2009; Ducasse et al., 2018; Levi et al., 2008; Oliè et al., 2010; Stanley et al., 2016).

A dor psicológica previu significativamente a ideação suicida e tentativas de suicídio no âmbito de populações clínicas (Cáceda et al., 2014; Li et al., 2014; Olié et al., 2010), e de populações não clínicas, como soldados (Shelef, et al., 2015), moradores de rua (Coohey et al., 2015; Patterson & Holden, 2012), prisioneiros (Mills et al., 2005; Pereira et al., 2010) e estudantes universitários (Campos & Holden, 2015; Flynn & Holden, 2007; Holden et al., 2001; Troister & Holden, 2010, 2012; Troister et al., 2013).

Além de ser considerada central no risco suicidário, a dor psicológica apresenta-se como uma variável mediadora entre outras variáveis e o risco suicidário, isto é, outros fatores tornam-se relevantes apenas se associadas à dor psicológica (Shneidman, 1993). Pesquisas empíricas vieram a comprovar essa afirmação (Levi-Belz et al., 2014; Troister & Holden, 2013; Verrocchio et al., 2016). Exemplificando, a dor psicológica mediou a relação entre a depressão e o risco de suicídio (Holden et al., 2001; Campos & Holden, 2015), entre perfeccionismo e a suicidalidade (Flamenbaum & Holden, 2007), entre alexitimia e a suicidalidade (Keefer, Holden & Gillis, 2009), e mediou os efeitos da depressão e da desesperança e o suicídio (DeLisle & Holden, 2009).

Também, alguns estudos longitudinais vieram a ressaltar que variações neste preditor preveem variações na ideação suicida, importante indicador e antecessor do comportamento suicida. Em um estudo prospetivo de dois anos, Troister e Holden (2012) verificaram que variações na dor psicológica mostraram ser um melhor preditor de variações na ideação suicida do que variações na depressão e na desesperança em uma

população de estudantes de alto risco. Um outro estudo longitudinal a cinco meses (com uma amostra maior que o estudo anterior), também em estudantes de risco elevado, revelou que, novamente, mudanças em níveis de dor psicológica previram variações na ideação suicida, mesmo quando controlados os sintomas depressivos e a desesperança (Troister et al., 2013). Em outro estudo a quatro anos, com estudantes de alto risco, verificou-se que apenas a dor psicológica apresentou contribuição estatisticamente relevante na predição da ideação suicida, diferentemente da depressão e da desesperança (Montemarano et al, 2018).

O modelo tridimensional da dor psicológica e a suicidalidade

Partindo dos pressupostos que o ato suicida tem como objetivo escapar à dor psicológica intensa (Shneidman, 1993, 1996), comprovado por diversos estudos (DeLisle & Holden, 2004, 2009; Reisch et al., 2010; Verrocchio et al., 2016; Xie et al., 2014), um grupo de investigadores presumiu que o comportamento suicida poderia envolver uma maior motivação para evitar a dor psicológica intolerável (Li et al., 2014; Li, Fu, Zou, & Cui, 2017; Xie et al., 2014). Propuseram a dor psicológica como um estado emocional introspectivo e complexo, representando um construto multidimensional (Sun et al., 2020), já propostos por outros autores (Orbach et al., 2003; Scherer, 2005). Além disso, consideram que a escala mais utilizada de medição da dor psicológica, a PAS, abrange sentimentos subjetivos da dor mental, com uma quantidade pequena de itens que estimam a intensidade da dor psicológica (Li et al 2014; Xie et al., 2014).

Neste contexto, foi proposta a Escala Tridimensional da Dor Psicológica (TDPPS) que avalia três dimensões que compõe a dor psicológica: a afetiva, que engloba os sintomas subjetivos e corporais relativos à dor psicológica, que são definidos como dolorosos (comumente avaliados nas escalas de avaliação da dor psicológica); a cognitiva, que consiste na dor proveniente de experiências e recordações traumáticas caracterizadas por perdas, frustrações e exclusão social; e a de evitamento, que representa uma forma de fuga à dor, sendo o suicídio a alternativa para evitar a dor psicológica (Li et al., 2014; Li, Fu, Zou & Cui, 2017; Xie et al., 2014).

Através de três estudos, foi verificada a relevância do evitamento da dor psicológica como importante indicador do risco suicidário. No primeiro deles, com o intuito de verificar a relação entre anedonia, tendência ao evitamento da dor psicológica e a ideação suicida em pacientes com depressão major, Xie e colegas (2014) dividiram os

pacientes com perturbação depressiva em dois (com altos e baixos níveis de ideação suicida) e um grupo controlo, sem diagnóstico de depressão major. Verificou-se que os pacientes com altos níveis de ideação suicida obtiveram maior evitamento da dor psicológica, em comparação com os pacientes com baixos níveis de ideação suicida e com o grupo controlo. Por outro lado, com uma amostra de pacientes em ambulatório com episódio depressivo major (Li et al., 2014) verificou-se que a componente de evitamento contribuiu mais significativamente na predição da ideação e comportamentos suicidas, em comparação às demais componentes (afetiva e cognitiva), à depressão e à dor psicológica avaliada globalmente. No terceiro estudo (Li, Fu, Zou & Cui, 2017), com uma amostra de estudantes universitários, observou-se novamente que o evitamento da dor psicológica foi o melhor preditor da ideação suicida e de tentativas suicidas em comparação à dor psicológica avaliada de forma global e à depressão.

Em outros dois estudos recentes, com duas amostras da comunidade, uma portuguesa e outra americana (Campos, Holden & Lambert, 2019), e outro com uma amostra de estudantes universitários portugueses (Campos et al., 2020), foi testada a relação entre as três componentes da dor psicológica e a ideação suicida. Ao controlar o efeito dos sintomas depressivos (e adicionalmente controlando a dor globalmente, *psychache* no caso da segunda amostra), apenas a tendência ao evitamento dor contribuiu de forma significativa como preditor da ideação suicida e as duas outras componentes não (afetiva e cognitiva). Nota-se que no segundo estudo (Campos et al., 2020), testou-se o contributo das componentes da dor psicológica para a previsão estatística de três indicadores de ideação suicida, mais especificamente a ideação recente, a ideação do ano anterior e planos suicidas *lifetime*. Ambos os estudos sugerem que mesmo na presença de dor psicológica, o risco do suicídio pode não ser tão elevado, sendo-o apenas se a pessoa vir o suicídio como forma de escapar e evitar a dor psicológica.

Em outro estudo mais recente (Sun et al., 2020), os autores compararam a TDPPS com outras escalas que avaliam a desesperança, a depressão, a impulsividade, a capacidade adquirida para o suicídio, as necessidades interpessoais e a dor psicológica, em uma amostra de pacientes com depressão. A TDPPS, com maior destaque para a componente de evitamento da dor, identificou de forma mais precisa a tentativa de suicídio do que às demais variáveis, além de prever de forma significativa a ideação suicida. A utilização da escala parece ser fundamental na avaliação clínica, buscando identificar aqueles pacientes com perturbação depressiva que estão em maior risco de morrer por suicídio (Sun et al., 2020), como também em populações não clínicas para

investigações mais precisas do risco suicidário, podendo contribuir consideravelmente na prevenção do suicídio (Li et al., 2014).

O modelo de tolerância à dor mental e a suicidalidade

Conforme mencionado, Shneidman (1993) afirmou que a dor psicológica deve atingir um nível intolerável para a ocorrência dos comportamentos suicidários e que a ideia de acabar com a própria vida é vista como uma alternativa que possibilita escapar dessa dor insuportável (Shneidman, 2005). O suicídio ocorre quando a pessoa já não pode mais suportar a dor psicológica, isto é, ultrapassa o limite tolerável individual (Soumani et al., 2011). Este limiar é considerado importante na explicação dos comportamentos suicidários, na medida em que considera que a capacidade de tolerância à dor mental possa inclusive ser mais relevante do que a avaliação da intensidade da dor psicológica (Becker et al., 2019). A compreensão destes limiares e da capacidade de regulação da dor psicológica torna-se necessária na avaliação do risco suicidário e no subsequente direcionamento do tratamento psicológico (Levinger et al., 2015; Meerwijk et al., 2019).

Um grupo de pesquisadores (Orbach et al., 2004) propôs um Modelo de Tolerância à Dor Mental (MPTS), que determinou três facetas: a capacidade do indivíduo de tolerar a dor (*tolerate*); a capacidade de enfrentar a dor, isto é, uma forma de lidar com a dor mental (*coping*); a capacidade de conter a dor mental, que concerne à capacidade de autorregulação das emoções negativas (*contain*).

Embora o conceito da tolerância à dor mental seja recente, alguns estudos exploraram a relação entre as facetas da capacidade de tolerar a dor e o risco suicidário. Em uma amostra grega da comunidade (Soumani et al., 2011), os autores referem que a tolerância face a dor psicológica estava inversamente correlacionada com o risco suicidário, e que a tolerância contribuiu com variação única para o modelo de regressão do risco, mesmo quando controlada a dor psicológica. Também perceberam que a tolerância à dor psicológica, particularmente a dimensão de contenção da dor, contribuiu de forma significativa para o risco suicidário (Meerwijk & Weiss, 2018).

Em um estudo com uma população de jovens soldados (Shelef et al., 2015), foi verificada ideação suicida mais intensa no grupo que apresentou baixa tolerância à dor psicológica, em comparação a outro grupo que manifestou alta tolerância à dor mental, ainda que os níveis de dor psicológica fossem igualmente elevados em ambos os grupos. Um estudo com jovens internados com tentativas prévias de suicídio revelou que a

tolerância à dor psicológica era menor nesses jovens do que noutro grupo controle não clínico (Levinger, Somer & Holden, 2015). Num estudo com jovens adultos concluiu-se que o risco de suicídio estava fortemente relacionado com graus mais elevados de dor psicológica e a níveis baixos de tolerância à dor psicológica (Levinger, Holden, & Ben-Dor, 2016).

Um estudo mais recente com uma amostra de adultos americanos (Meerwijk & Weiss, 2018), verificou-se níveis mais baixos de tolerância à dor em indivíduos com histórico de tentativas de suicídio, em comparação a outro grupo que não tinha tentativas prévias, corroborando os resultados de um estudo prévio com jovens soldados (Shelef et al., 2015). Além disso, a variável *coping* teve contribuição única na predição da ideação suicida, mesmo controlando a idade dos participantes e a intensidade da dor psicológica (Meerwijk & Weiss, 2018). Noutros três estudos com amostras clínicas e não clínicas com adolescentes (Becker et al., 2019), constatou-se que a tolerância estava positivamente associada a um grande número de recursos psicológicos (e.g. autoconsciência, afetividade positiva, autoestima), e à capacidade de gerir as emoções (regulação emocional), e negativamente relacionada com intensidade da dor mental, com a depressão, o stress, o desespero, a ideação suicida e a tendência suicida. Além disso, foi possível diferenciar de forma significativa os indivíduos com perturbação psiquiátrica com e sem tentativas prévias de suicídio de um grupo controlo (Becker et al., 2019).

Objetivos do estudo

O fenómeno do suicídio é multifacetado, portanto torna-se complexo definir suas causas, surgindo diversas teorias explicativas com diferentes vieses (Overholser et al., 2012; Pompili, 2010). O presente estudo utilizará a vertente psicológica explicativa para o comportamento suicidário.

A ideação suicida é largamente considerada como um importante indicador do risco suicidário (Wetzel et al., 2011), no entanto alguns estudos já demonstraram que apenas a presença da ideação suicida não prediz comportamentos suicidários (Campos, & Holden, 2015; Flamenbaum, & Holden, 2007; Pompili et al., 2008). Mais recentemente, a dor psicológica vem sendo sistematicamente sustentada por um número considerável de estudos como fator indispensável no comportamento suicida (Verrocchio et al., 2016), conceito trazido inicialmente por Shneidman (1993 p.145) que refere que “sem dor psicológica não há suicídio”.

Até a data, poucos trabalhos estudaram mais em detalhe a relação entre diferentes dimensões da dor psicológica e a suicidalidade. Na presente investigação, de cariz longitudinal, pretende-se operacionalizar e analisar o impacto das diferentes facetas da dor psicológica [através do Modelo Tridimensional da Dor Psicológica (Li et al., 2014; Li et al., 2017) e do Modelo de Tolerância à dor Mental (Orbach et al., 2004)] na ideação suicida positiva e negativa [através do Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (Osman et al., 1998)], em jovens adultos universitários, controlando os sintomas depressivos, *psychache* e outras variáveis sociodemográficas e clínicas relevantes. Para alcançar o objetivo proposto, serão realizadas regressões múltiplas hierárquicas.

Espera-se que a tendência para o evitamento da dor (uma das componentes do modelo tridimensional da dor psicológica) preveja variações na ideação suicida negativa e positiva ao longo de cinco meses, mesmo quando se controlam os sintomas depressivos e outras variáveis relevantes. Mais especificamente, prevê-se uma relação negativa entre evitamento e ideação suicida positiva, e uma relação positiva entre evitamento e ideação suicida negativa. Espera-se igualmente que as componentes do modelo de tolerância à dor mental (*tolerate, coping e contain*) prevejam variações na ideação suicida positiva e negativa ao longo deste período, isto é, que haja uma relação positiva entre tolerância, *coping* e contenção e ideação positiva e uma relação negativa entre estes preditores de ideação suicida negativa.

Método

Participantes e procedimentos

Foram inicialmente contactados 398 alunos que frequentavam diferentes cursos da Universidade de Évora. Destes, quatro recusaram-se a participar e dos restantes, 394, oito foram eliminados, três por terem mais de 30 anos e cinco por terem protocolos inválidos que, por exemplo, não preencherem um dos questionários. Portanto, a amostra final no primeiro momento ficou composta por 386 participantes (53.8% mulheres e 46.2% homens) entre os 17 e 29 anos ($M=19.65$; $DP = 2.22$) (2.8% com idade superior a 25 anos).

No segundo momento de aplicação, foi possível que 293, dos 398 alunos que tinham respondido aos questionários no momento 1, participassem - amostra inicial no

momento 2. A percentagem de participantes que não responderam na segunda aplicação foi de 24.4%. No segundo momento de recolha de dados, houve cinco protocolos inválidos, pelo que a amostra final no momento 2 ficou constituída por 288 alunos, sendo 155 mulheres e 133 homens, com uma média de idade de 19.49 ($DP = 1.89$), descritas no Quadro 1, juntamente com as demais características sociodemográficas. Comparando a amostra final de 288 participantes com os 98 que não participaram no momento 2, verifica-se que este último grupo é ligeiramente mais velho $t_{(384)} = 2.02, p < .05$, com uma percentagem de homens um pouco mais elevada $\chi_{(1)}^2 = 5.75, p < .05$ e com uma percentagem mais elevada de trabalhadores-estudantes $\chi_{(1)}^2 = 7.78, p < .01$.

Devido ao estudo ter cariz longitudinal, a recolha de dados foi feita em dois momentos, com um intervalo aproximado de cinco meses entre eles (obtendo uma média de 21.56 semanas entre as recolhas de dados e desvio padrão de 0.77), sendo o primeiro momento no início do ano letivo e o último no início do segundo semestre. A escolha desses dois momentos foi feita por motivos de conveniência.

Os professores disponibilizaram um tempo das suas aulas para a recolha de dados. Aqueles que aceitaram participar, foi pedido que assinassem um termo de consentimento informado em duplicado e, depois, que respondessem a um conjunto de questionários. Além disso, solicitou-se que colocassem as iniciais de todo o nome, para que pudéssemos emparelhar os protocolos das duas aplicações e mantermos o anonimato dos participantes. Todos participaram no estudo de forma voluntária, anónima, confidencial e não obtiveram recompensa financeira para tal. A investigação respeitou todas as exigências da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Duas mestrandas recolheram os dados, estando o estudo enquadrado num projeto mais vasto coordenado pelo orientador desta dissertação, que foi aprovado previamente pela Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Quadro 1. *Variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra final em estudo (N=288)*

<i>Variáveis</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Media (DP)</i>
Idade				19.49 (1.89)
Sexo	<i>Mulheres</i>	155	53.8	
	<i>Homens</i>	133	46.2	
Trabalhador-estudante	<i>Não</i>	275	95.5	
	<i>Sim</i>	9	3.1	
	<i>Missing</i>	4	1.38	
Grau de satisfação com o curso				4.22 (.61)
Se teve de sair de casa para estudar	<i>Não</i>	57	19.79	
	<i>Sim</i>	225	78.13	
	<i>Missing</i>	6	2.08	
Anos de frequência da universidade	<i>1</i>	156	54.17	
	<i>2</i>	24	8.33	
	<i>3</i>	97	33.68	
	<i>4</i>	8	2.78	
	<i>5</i>	2	0.69	
	<i>6</i>	1	0.35	
Curso	<i>Agronomia</i>	4	1.4	
	<i>Biologia</i>	17	5.9	
	<i>Ciências do Desporto</i>	40	13.5	
	<i>Economia</i>	21	7.3	
	<i>Eng. Informática</i>	18	6.3	
	<i>Eng. Mecatrónica</i>	19	6.6	
	<i>Gestão</i>	47	16.3	
	<i>Psicologia</i>	73	25.3	
	<i>Med. Veterinária</i>	44	15.3	
	<i>Matemática aplicada à Economia e Gestão</i>	5	1.7	
	<i>Reabilitação Psicomotora</i>	1	0.3	
Diagnóstico de perturbação psiquiátrica	<i>Não</i>	280	97.22	
	<i>Sim</i>	8	2.78	
Doença crónica	<i>Não</i>	260	90.28	
	<i>Sim</i>	28	9.72	
Uso de drogas	<i>Não</i>	204	70.83	
	<i>Sim</i>	84	29.17	

Instrumentos de medida

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos. Esta ficha permitiu recolher informações relativas a diversas variáveis sociodemográficas e clínicas como a idade, o ano de frequência do curso, o género, se é ou não trabalhador-estudante, se teve ou não de sair da casa dos pais para estudar na universidade, o grau de satisfação com o curso (numa escala de 1 a 5), se é ou não portador de doença crónica, se tem um diagnóstico de perturbação psiquiátrica e se consome ou já consumiu algum tipo de droga ilícita.

Psychache Scale (Holden, Mehta, Cunningham, & Mcleod, 2001). É um instrumento de autorrelato composto por 13 itens que permite avaliar o grau em que o indivíduo experiencia dor mental, *psychache*, de acordo com a perspectiva de Shneidman (1993). Foi utilizada a versão portuguesa de Campos, Holden e Gomes (2018). Este instrumento solicita que o indivíduo indique a frequência com que ocorrem as afirmações relativas à experiência da dor psicológica, através de uma escala do tipo *likert* de 1 a 5. Nos primeiros nove itens, a escala é definida como “1 = Nunca” e “5 = Sempre”, como por exemplo: "Sinto dor psicológica", "Parece-me que dói por dentro" e "A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física", esta última alertando para a diferenciação da dor mental da dor física. Já os últimos quatro itens referem-se à intensidade da dor psicológica, trazendo outra escala *likert* com “1 = Discordo fortemente” e “5 = Concordo fortemente”, como por exemplo: “Não consigo mais aguentar a minha dor” e “A minha dor psicológica afeta tudo o que faço”. A soma dos valores de todos os itens corresponde ao valor total da escala, podendo variar entre 13 e 65 pontos. Quanto mais elevado o valor, maior o grau de dor psicológica (Holden et al., 2001).

A versão original da escala possui excelentes propriedades psicométricas, apresentando valores de alfa superiores a 0.90, além de distinguir os tentadores de suicídio e os não tentadores (Holden et al., 2001), prevendo o suicídio mesmo quando controladas outras variáveis relevantes como a desesperança e a depressão (DeLisle & Holden, 2004; Holden et al., 2001). A versão portuguesa apresentou boas propriedades psicométricas, apresentando um valor de alfa de .95 e distinguindo aquelas pessoas que tentaram e não tentaram o suicídio (Campos et al., 2018). No presente estudo, obteve-se boa consistência interna, com valores de alfa de *Cronbach* de .93 em ambos os momentos da coleta de dados.

Escala Tridimensional da Dor Psicológica (TDPPS; Li et al., 2014). É uma escala de autorresposta constituída por 17 itens que possibilita avaliar a gravidade da dor psicológica em três dimensões distintas (afetiva, cognitiva e de evitamento), de acordo com o modelo tridimensional de Li et al (2014). Foi utilizada a versão em língua portuguesa de Campos, Simões, Costa, Pio e Holden (2020). Este instrumento orienta ao participante a responder os itens conforme o grau que se aplicam a si a experiência da dor mental, através de uma escala do tipo *likert* de 1 a 5, onde “1 = De forma alguma” a “5 = Extremamente bem” referentes às frases como por exemplo: "A minha dor psicológica faz-me sentir como se o meu coração tivesse sido esmagado" (afetiva), "Experienciei fracassos (por exemplo, no trabalho ou em relacionamentos), cujas memórias tristes me fazem sentir frequentemente dor psicológica" (cognitiva) e "A minha dor psicológica magoa tanto que a morte pode ser a única fuga dessa dor" (de evitamento).

Em uma amostra oriental com estudantes universitários, apresentou-se boa consistência interna com alfas de .85, .86 e .77 nas componentes cognitiva, afetiva e de evitamento, respetivamente (Li, Fu, Zou, & Cui, 2017). Em outro estudo, com uma amostra de estudantes universitários portugueses e canadenses, os alfas na população portuguesa foram de .89, .92 e .84 nas componentes cognitiva, afetiva e de evitamento, respetivamente, e de .90, .89 e .88 na amostra canadense (Campos, Holden, Spínola, Marques & Lambert, 2019). No presente estudo, obtivemos boa consistência interna, na medida em que o valor do alfa de *Cronbach* da componente afetiva foi de .90 no momento 1 e .89 no momento 2, o da componente cognitiva foi de .86 no momento 1 e de .87 no momento 2, e o da componente de evitamento foi de .85 no momento 1 e de .81 no momento 2.

Escala de Tolerância à Dor Mental (TMPS; Orbach, Gilboa-Schechtman, Johan, & Mikulincer, 2004). É um instrumento de autorresposta que permite avaliar o grau de tolerância à dor mental, considerando três dimensões propostas pelo modelo, que correspondem: a capacidade de tolerar o excesso de dor mental (*tolerate*), a capacidade de enfrentar/lidar a dor mental (*coping*) e a capacidade de conter a dor mental (*contain*). Esta escala está composta por 20 itens que se relacionam com o grau em que o indivíduo é capaz de tolerar a dor mental quando a experiencia. Os participantes respondem utilizando uma escala do tipo *likert* de 1 a 5, sendo “1 = nada verdadeira” e “5 = muito verdadeira”. Inicia com a frase: "Quando sinto dor mental:" e, a seguir, afirmações como: “Não consigo tirar a dor da minha mente” (*tolerate*), "Acredito que o tempo fará com que

a dor desapareça" (*coping*), e "Sinto que tenho de me livrar da dor imediatamente" (*contain*). Quanto maior a pontuação, significa menos tolerância à dor psicológica. Alguns itens são cotados de forma invertida, (e.g., "Acredito que a minha dor vai desaparecer" e "Acredito que encontrarei a forma de reduzir a dor"), isto é, contrariamente aos demais itens, quanto mais altos os valores, significa maior tolerância à dor. A pontuação total de cada dimensão resulta da soma dos itens. A escala teve boa consistência interna com alfas variando de .83 a .93 em estudantes de pós-graduação (Levinger et al., 2015) e de .72 a .87 em uma amostra de adultos da comunidade (Soumani et al., 2011). Os valores para a subescala de tolerância à dor tiveram alfas que variaram entre .84 a .91, referindo boa a excelente consistência interna (Becker et al., 2019; Meerwijk & Weiss, 2018). Nosso estudo anterior, em uma amostra universitária portuguesa, obtivemos alfas de .92, .75 e .54, e em uma amostra universitária canadense alfas de .93, .69 e .69 para tolerância, *coping* e contenção da dor mental, respetivamente (Campos, Holden, Spínola, Marques, & Lambert 2019).

Neste estudo utilizou-se uma forma experimental, isto é, a versão original foi traduzida por quatro psicólogos clínicos, incluindo o orientador desta dissertação e foi realizada uma retroversão por parte de um tradutor bilingue. Obteve-se boa consistência interna para a dimensão tolerar a dor psicológica, com valores alfa de *Cronbach* de .91 no momento 1 e de .91 no momento 2; já a capacidade de lidar com a dor os valores de alfa foram de .74 no momento 1 e de .72 no momento 2; por fim, a capacidade de conter a dor obteve um alfa de .52 no momento 1 e de .62 no momento 2.

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977). É um instrumento que permite avaliar a frequência e a gravidade dos sintomas depressivos atuais (da semana anterior). A pontuação total resulta da soma dos itens, podendo variar entre 0 e 60 pontos; resultados mais altos caracterizam sintomas depressivos mais frequentes. Foi utilizada a versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2004). Esta escala apresenta uma lista de 20 itens que descreve como a pessoa pode ter se sentido ou reagido na última semana como, por exemplo: "Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem", "Senti que tudo o que fazia era um esforço" e "Pensei que minha vida tinha sido um fracasso", orientando seu preenchimento através de uma escala do tipo *likert* com quatro opções, sendo "Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)", "Ocasionalmente (1 ou 2 dias)", "Com alguma frequência (3 ou 4 dias)" e "Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)". Alguns itens são cotados de forma invertida (e.g., 4. "Senti que valia tanto como os outros", "8. Senti-me confiante no

futuro”, “12.Senti-me feliz”, “16.Senti prazer e gosto na vida”), uma vez que pontuações mais elevadas indicam maior frequência de sintomas depressivos e estes itens vão no sentido contrário aos demais itens (por exemplo, se a pessoa responder 5 no item “Senti-me feliz”, indica menos sintomas depressivos). Esta forma tem a intenção de abranger itens de estados afetivos positivos e de reduzir o efeito das tendências de resposta (Radloff, 1977). A escala apresenta boa consistência interna, com um alfa de .90 em uma amostra clínica e .85 em uma amostra da comunidade (Radloff, 1977). Na versão portuguesa de validação da escala (Gonçalves & Fagulha, 2004), obteve-se um alfa de .85 em uma amostra da comunidade com indivíduos entre 35 e 65 anos, um alfa de .89 em uma amostra clínica com indivíduos entre 35 e 65 anos, e um alfa de .92 em uma amostra de estudantes universitários, demonstrando boas qualidades psicométricas. No presente estudo obteve-se boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach obtidos de .91 em ambos os momentos da coleta de dados.

Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PNSII; Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998). É uma medida de autorrelato que permite avaliar concomitantemente a "ideação suicida positiva", uma dimensão protetora frente a comportamentos suicidários, que corresponde à utilização de estratégias de *coping* adequadas, confiança em si e otimismo, e a "ideação suicida negativa", uma dimensão de risco, que é habitualmente utilizada por escalas de ideação suicida, que corresponde a basicamente a ideias sobre matar-se. Este inventário é composto por 14 perguntas e orienta que o participante considere o período das duas últimas semanas (incluindo o dia da avaliação) e a sua frequência. As respostas devem ser preenchidas através de uma escala do tipo *likert* de 1 a 5, onde “1= Nunca” e “5= A maior parte do tempo”, como por exemplo: "Considerou seriamente matar-se porque não conseguia viver de acordo com as expectativas que as outras pessoas tinham para si?"(ideação negativa), "Sentiu que tinha controlo sob a maioria das situações na sua vida?"(ideação positiva), e "Sentiu-se desesperançado(a) no futuro e perguntou se deveria matar-se?"(ideação negativa). As pontuações totais são calculadas através da soma dos itens de cada subescala, variado de 6 a 30 para a subescala de ideação suicida positiva, e de 8 a 40 para a subescala de ideação suicida negativa (Aloba, Adefemi, & Aloba, 2018). O maior risco de suicídio dá-se com a concomitância de elevada pontuação na subescala de ideação suicida negativa e de baixas taxas na subescala de ideação suicida positiva.

Na versão original da escala (Osman et al., 1998) obteve-se boas qualidades psicométricas, apresentando alfas de .80 para ideação positiva e .91 para ideação negativa,

demonstrando boa consistência interna. Numa amostra clínica com adolescentes internados, obteve-se alfas de .96 na subescala de ideação suicida negativa e de .89 na subescala de ideação suicida positiva (Osman et al., 2002). Em uma amostra não clínica de adolescentes, verificou-se alfas de .81 e .94 nas subescalas positiva e negativa respetivamente (Osman et al., 2003). Em uma versão chinesa do inventário, obteve-se alfas de .94 e .86 respetivamente a subescala de ideação suicida negativa e positiva (Chang et al., 2009). Neste estudo utilizou-se uma forma experimental, isto é, a versão original foi traduzida por quatro psicólogos clínicos, incluindo o orientador desta dissertação, e foi realizada uma retroversão por parte de um tradutor bilingue. Obteve-se boa consistência interna, na medida em que os valores de alfa de *Cronbach* para a subescala de ideação suicida positiva foram de .89 no momento 1 e de .90 no momento 2; já os valores de alfa da subescala de ideação suicida negativa foram de .95 no momento 1 e de .91 no momento 2.

Procedimentos de análise de dados

Em primeiro lugar, correlacionaram-se as variáveis sociodemográficas e clínicas com a ideação suicida positiva e a ideação suicida negativa no momento 2. As variáveis que apresentassem uma correlação significativa foram introduzidas nas análises de regressão múltipla como covariáveis. Em seguida, correlacionaram-se as variáveis em estudo.

No sentido de testar se variações nas diferentes facetas da dor psicológica previam variações na ideação suicida negativa e variações na ideação suicida positiva, realizaram-se duas análises de regressão múltipla hierárquica para prever variações em cada uma das formas de ideação. No primeiro passo, foi introduzida a variável ideação suicida negativa ou ideação suicida positiva, consoante o modelo, avaliadas no momento 1. No segundo passo, foram introduzidas variáveis sociodemográficas e/ou clínicas que apresentassem uma correlação significativa com a ideação suicida negativa ou com a ideação suicida positiva. No terceiro passo, e no sentido de controlar o efeito de variações nos sintomas depressivos e em *psychache*, foram introduzidas as variáveis sintomas depressivos e *psychache* avaliadas em cada um dos momentos de recolha de dados. Finalmente, no passo quatro, foram introduzidas as variáveis: dimensão *afetiva*, dimensão *cognitiva* e dimensão *evitamento da dor*, avaliadas em ambos os momentos ou, alternativamente, as

variáveis de tolerância, de *coping* e de contenção da dor psicológica, avaliadas em ambos os momentos.

Para evitar problemas decorrentes da não normalidade e não homocedasticidade dos resíduos, a metodologia de *bootstrapping* (com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) foi usada para testar os níveis de significância dos parâmetros estimados (veja-se Yung, & Bentler, 1996). Testou-se a multicolineariedade através do *Variance Inflation Factor* (VIF). Verificou-se que apenas em dois parâmetros, *psychache* no momento 1 e *dimensão afetiva* no momento 1, o valor de VIF foi ligeiramente superior a 5. Alguns autores consideram o *cut-off* cinco como uma referência, mas outros consideram o *cu-off* 10 (veja-se Gareth, Witten, Hastie, & Tibshirani, 2014; veja-se igualmente Field, 2005). Note-se que uma das variáveis foi introduzida apenas como co-variável (veja-se Alison, 2012), *psychache* e, a outra, é um preditor avaliado no momento 1, introduzido de forma a avaliar variações nesse preditor, sendo que o valor de relevância a interpretar, é o da *dimensão afetiva* no momento 2.

Resultados

Análise preliminar

Verificou-se que apenas a presença de um diagnóstico de perturbação psiquiátrica se correlacionou com a ideação suicida negativa no momento 2 ($r_{(286)} = .34, p < .001$). A presença de um diagnóstico psiquiátrico também se correlacionou com a ideação suicida positiva no momento 2 ($r_{(286)} = -.24, p < .001$), bem como o sexo ($r_{(286)} = .12, p = .05$) - com as raparigas a apresentarem valores mais altos de ideação suicida positiva, e anos de frequência da universidade ($r_{(286)} = .14, p < .05$). Os valores das correlações bivariadas entre as variáveis em estudo encontram-se no Quadro 2. Todas as correlações são significativas para $p < .001$.

Previsão de variações na ideação suicida negativa

Verifica-se que, no primeiro passo, a ideação suicida negativa no momento 1 relaciona-se de forma significativa com a variável dependente, ideação suicida no momento 2. No segundo passo, a variável presença de um diagnóstico de perturbação psiquiátrica não se relaciona com a ideação suicida no momento 2. No terceiro passo, que

globalmente explica uma percentagem adicional significativa de variância na variável dependente, os sintomas depressivos no momento 2 relacionam-se de forma significativa com a ideação suicida no momento 2, e *psychache* no momento 2 também se relaciona de forma significativa com a ideação suicida negativa no momento 2, se considerarmos o intervalo de confiança para B, e tende a relacionar-se com a ideação suicida, se considerarmos o erro padrão obtido pela metodologia *bootstrapping*. Finalmente, no passo quatro, que globalmente também dá um contributo adicional na explicação da variável dependente, apenas o evitamento da dor no momento 2 dá um contributo significativo para a ideação suicida negativa no momento 2. No passo quatro, alternativo, nenhum dos preditores dá um contributo significativo para a ideação suicida negativa no momento 2. Globalmente, estes resultados indicam que variações no evitamento da dor psicológica preveem variações na ideação suicida, mesmo quando se controla a presença de um diagnóstico de perturbação psiquiátrica e variações nos sintomas depressivos, em *psychache*, e nas outras dimensões da dor psicológica (afetiva e cognitiva).

Previsão de variações na ideação suicida positiva

Verifica-se que no primeiro passo, a ideação suicida positiva no momento 1, relaciona-se de forma significativa com a variável dependente ideação suicida positiva avaliada no momento 2. No segundo passo, a variável presença de um diagnóstico de perturbação psiquiátrica relaciona-se negativamente com a ideação suicida no momento 2, bem como a variável sexo, com as mulheres apresentando mais ideação suicida positiva. Este segundo passo explica globalmente uma percentagem adicional significativa de variância na variável dependente. No terceiro passo, que globalmente explica igualmente uma percentagem adicional significativa de variância na variável dependente, os sintomas depressivos no momento 2 relacionam-se negativamente e significativamente com a ideação suicida no momento 2. Finalmente, no passo quatro, que globalmente não dá um contributo adicional na explicação da variável dependente, nenhum dos preditores avaliado no momento 2 dá um contributo significativo para a ideação suicida positiva no momento 2. No passo quatro, alternativo, a variável *coping* no momento 2 relaciona-se significativamente com a ideação suicida positiva no momento 2 e a variável tolerância no momento 2 dá um contributo tendencialmente significativo. Globalmente, estes resultados indicam que variações no *coping* face à dor psicológica preveem variações na ideação suicida positiva, e variações na tolerância à dor

tendem a dar um contributo significativo na previsão da ideação suicida positiva, mesmo quando se controla a variável sexo, a presença de um diagnóstico de perturbação psiquiátrica, variações nos sintomas depressivos, em *psychache* e numa terceira dimensão da dor psicológica (contenção).

Quadro 2. Correlações bivariadas entre as variáveis em estudo

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	M	DP
1. Sintomas Depressivos T1	—																			15.06	10.21
2. Sintomas Depressivos T2	.48**	—																		12.02	8.90
3. <i>Psychache</i> T1	.66**	.50**	—																	24.28	9.96
4. <i>Psychache</i> T2	.46**	.66**	.70**	—																22.85	8.70
5. Dimensão Afetiva T1	.62**	.44**	.85**	.63**	—															12.74	6.09
6. Dimensão Cognitiva T1	.66**	.43**	.77**	.56**	.81**	—														16.60	6.50
7. Evitamento T1	.44**	.24**	.59**	.39**	.55**	.59**	—													3.75	1.94
8. Dimensão Afetiva T2	.42**	.54**	.64**	.79**	.67**	.58**	.39**	—												12.05	5.38
9. Dimensão Cognitiva T2	.50**	.62**	.62**	.77**	.61**	.67**	.44**	.81**	—											16.28	6.08
10. Evitamento T2	.29**	.35**	.39**	.42**	.38**	.39**	.53**	.52**	.56**	—										3.59	1.56
11. Tolerância T1	-.54**	-.36**	-.74**	-.54**	-.69**	-.63**	-.45**	-.52**	-.49**	-.29**	—									36.44	8.74
12. <i>Coping</i> T1	-.33**	-.19**	-.28**	-.19**	-.23**	-.26**	-.27**	-.20**	-.23**	-.12*	.15*	—								26.53	4.99
13. Contenção T1	-.41**	-.25**	-.56**	-.37**	-.56**	-.50**	-.40**	-.40**	-.38**	-.27**	.73**	.06	—							11.11	2.37
14. Tolerância T2	-.39**	-.45**	-.58**	-.76**	-.56**	-.49**	-.34**	-.69**	-.66**	-.33**	.62**	.20**	.44**	—						37.41	8.06
15. <i>Coping</i> T2	-.27**	-.21**	-.15*	-.12	-.14*	-.19**	-.16**	-.04	-.11	-.08	.13*	.44*	.06	.01	—					25.42	5.11
16. Contenção T2	-.28**	-.36**	-.41**	-.62**	-.40**	-.36**	-.29**	-.56**	-.53**	-.26**	.44**	.10	.46**	.79**	.11	—				11.65	2.35
17. Ideação Negativa T1	.46**	.24**	.52**	.34**	.47**	.48**	.73**	.36**	.42**	.42**	-.39**	-.26**	-.37**	-.30**	-.15*	.25**	—			9.39	4.14
18. Ideação Negativa T2	.43**	.57**	.39**	.50**	.38**	.39**	.41**	.44**	.51**	.55**	-.32**	-.11	-.29**	-.39**	-.14*	.37**	.51**	—		8.92	2.71
19. Ideação Positiva T1	-.65**	-.35**	-.54**	-.35**	-.49**	-.51**	-.46**	-.32**	-.38**	-.25**	.47**	.48**	.34**	.33**	.31**	.20**	.38**	.26**	—	22.58	4.86
20. Ideação Positiva T2	-.45**	-.47**	-.37**	-.39**	-.34**	-.42**	-.37**	-.35**	-.42**	-.29**	.32**	.38**	.23**	.35**	.40**	.25**	.32**	.38**	.55**	21.81	5.05

Nota: n=288. **p ≤ 0.01, *p ≤ 0.05 distinguir também o nível 0.001 quando se justificar

Quadro 3. Análise da Regressão Múltipla Hierárquica para prever variações na ideação suicida negativa

Preditor	R^2	ΔR^2	β	B	SE B	Mudança em F	95% LL	CI do B UL	F global
Passo 1	.26								98.76***
Ideação Negativa T1			.507	.322	.60 ***		0.210	0.491	
Passo 2	.30	4%				15.70***			59.77***
Diagnóstico Psiquiátrico			.207	3.406	2.526		-0.456	8.775	
Passo 3	.50	20%				29.34***			47.41***
CES_D			.108	.029	.018		-0.003	0.057	
<i>Psychache</i>			-.247	-.067	.023 *		-0.118	-0.012	
CESD_2			.384	.117	.032 ***		0.061	0.172	
<i>Psychache_2</i>			.200	.063	.033 +		0.002	0.115	
Passo 4	.57	7%				6.72***			29.95***
Afetiva			.027	.012	.012		-0.081	0.094	
Cognitiva			.032	.013	.013		-0.068	0.090	
Evitamento			-.137	-.192	-.192		-0.531	0.132	
Cognitiva_2			-.107	-.048	-.048		-0.173	0.083	
Afetiva_2			-.071	-.036	-.036		-0.138	0.076	
Evitamento_2			.347	.604	.604 *		0.212	1.143	
Passo 4 alternativo	.52	2%				1.17			24.37***
Tolerância			.039	.012	.031		-0.045	0.066	
<i>Coping</i>			.095	.052	.034		-0.007	0.110	
Contenção			-.041	-.047	.075		-0.189	0.090	
Tolerância_2			.020	.007	.038		-0.065	0.083	
<i>Coping_2</i>			-.037	-.020	.029		-0.072	0.038	
Contenção_2			-.091	-.105	.096		-0.316	0.096	

Nota: N = 288. + $p < .10$ * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Quadro 4. Análise da Regressão Múltipla Hierárquica para prever variações na ideação suicida positiva

Preditor	R^2	ΔR^2	β	B	SE B	Mudança em F	95% LL	CI do B UL	F global
Passo 1	.30					123.50***			123.50***
Ideação Positiva T1			.549	.571	.057 ***		0.452	0.678	
Passo 2	.34	4%				6.11***			37.12***
Sexo			.132	1.331	.480 **		0.341	2.312	
Ano			.048	.229	.231		-0.0198	0.721	
Psiquiátrico			-.155	-4.772	1.637 **		-7.817	-1.334	
Passo 3	.43	9%				10.34***			26.12***
CES_D			-.076	-.038	.037		-.114	.036	
Psychache			.162	.082	.048		-.022	.180	
CESD_2			-.265	-.151	.039 ***		-.224	-.080	
Psychache_2			-.111	-.065	.053		-.171	.045	
Passo 4	.45	2%				1.78			15.97***
Afetiva			.168	.139	.087		-0.038	0.313	
Cognitiva			-.203	-.158	.080 *		-0.333	0.032	
Evitamento			-.107	-.280	.261		-0.750	0.184	
Cognitiva_2			.033	.028	.082		-0.122	0.152	
Afetiva_2			-.060	-.056	.076		-0.220	0.091	
Evitamento_2			-.016	-.053	.265		-0.702	0.372	
Passo 4 alternativo	.49	6%				5.48***			18.72***
Tolerância			-.023	-.014	.058		-0.122	0.105	
Coping			.034	.034	.060		-0.085	0.156	
Contenção			.009	.019	.160		-0.276	0.299	
Tolerância_2			.186	.117	.068 +		-0.009	0.238	
Coping_2			.242	.239	.063 ***		0.118	0.357	
Contenção_2			.007	.015	.171		-0.0323	0.363	

Nota: N = 288+ p < .10 * p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

Discussão

Até a data, poucos trabalhos estudaram detalhadamente a relação entre diferentes dimensões da dor psicológica e a suicidalidade, principalmente utilizando o *design* longitudinal. A ideação suicida é considerada um importante fator na avaliação do risco e tem aumentado o número de estudos que atribuem valor preditivo considerável à dor psicológica nos comportamentos suicidários (ver Ducasse et al., 2018; Verrocchio et al., 2016). O presente estudo procurou analisar o impacto de variações nas diferentes facetas da dor psicológica em variações na ideação suicida positiva (indicador de proteção) e na ideação suicida negativa (indicador de risco), controlando outras variáveis como os sintomas depressivos, *psychache*, além de variáveis clínicas e sociodemográficas relevantes.

É válido lembrar que os indicadores protetivos face ao ato suicida podem contribuir para a redução do risco, que podem englobar a experiência de uma vida social satisfatória, suporte de amigos e familiares, percepção atrativa e positiva da vida, ter planos para o futuro, sentimentos de otimismo, dedicação a atividades de lazer, práticas religiosas (Rasic et al., 2011), maior efetividade na resolução de problemas, maior resiliência, busca de apoio (Osman et al., 2002), habilidades para se comunicar, sentimento de valor pessoal, e confiança em si mesmo (Bertolote, 2012).

Os resultados das correlações sugerem que as mulheres apresentam mais ideação suicida positiva, isto é, possuem mais pensamentos protetores (mais positivos), o que pode protegê-las dos comportamentos suicidários mais graves. Esse dado corrobora com um estudo prévio que identifica uma maior presença de fatores protetores entre a população feminina (Meneguel et al., 2004). Tais fatores contribuem para reduzir a ocorrência de comportamentos suicidários mais graves, incluindo o suicídio efetivo entre as mulheres, pois estão mais propensas que os homens a manter maiores vínculos de apoio e a procurar ajuda de outros (Carlotto et al., 2011; Graner & Cerqueira, 2019), o que favorece a identificação precoce do risco (Meneghel et al., 2004).

Os resultados também indicam que quanto mais avançado no curso universitário, melhor a resposta diante do sofrimento psíquico, dado que se verifica uma correlação positiva da variável anos de frequência da universidade e ideação suicida positiva. Este resultado vem ao encontro de estudos que referem que os alunos do primeiro ano podem estar mais suscetíveis ao sofrimento psíquico (Abdulghani, 2008; Abdulghani et al., 2011; Abouserie, 1994; Budescu & Silverman, 2016; Neto & Barros, 2000). O funcionamento

psicológico e social destes estudantes pode resultar numa experiência de extremo estresse (Gunnell et al., 2017), devido às alterações ligadas ao início da vida universitária, que podem envolver mudança de casa ou de cidade, modificações na dinâmica familiar, ruturas interpessoais e aquisições de novas relações (Lambert et al., 2020), além de diversas exigências acadêmicas que intrinsecamente promovem o desequilíbrio emocional (Pérez-Rojas et al., 2017; Sharp & Theiler, 2018).

Conforme as análises das regressões múltiplas hierárquicas obtidas, os resultados demonstraram que variações no evitamento da dor psicológica preveem variações na ideação suicida negativa, mesmo quando se controla a presença de um diagnóstico de perturbação psiquiátrica e variações nos sintomas depressivos, em *psychache*, e nas outras dimensões da dor psicológica (afetiva e cognitiva).

Mais especificamente, os resultados referem que quanto maior a tendência a evitar o sentimento de dor intolerável, maior é o risco de experimentar ideação suicida negativa, importante fator do risco suicidário. Este resultado corrobora com estudos anteriores que realçam o maior contributo desta componente em relação às restantes, afetiva e cognitiva, em amostras de estudantes universitários (Campos, Simões et al., 2019; Li, Fu, Zou, 2017), em populações clínicas (Li et al., 2014; Li et al., 2017; Xie et al., 2014) e em duas amostras da comunidade, uma portuguesa e outra americana (Campos, Holden & Lambert, 2019). Portanto, a tendência para evitar a dor psicológica pode ser uma variável importante na avaliação do risco suicidário.

Os resultados também demonstraram que o evitamento não prevê variações na ideação suicida positiva. Talvez este resultado se deva ao fato da dimensão do modelo tridimensional, nomeadamente o evitamento, conseguir explicar menos bem essa forma de ideação protetora (ideação suicida positiva), quando comparado com a capacidade desta dimensão (evitar a dor) explicar melhor a ideação suicida negativa, uma dimensão ideativa de risco para comportamentos suicidários mais graves.

As análises também demonstram que nenhuma das dimensões do modelo de tolerância à dor mental (*tolerate*, *coping* e *contain*) dá um contributo significativo para previsão de variações na ideação suicida negativa. Estes resultados vão contra a resultados prévios em um estudo com jovens gregos, que constatou que a tolerância à dor psicológica, mais particularmente a dimensão de contenção da dor, contribuiu de forma significativa para a predição do risco suicidário (Soumani et al., 2011). Também vão em direção contrária a outros estudos, um com jovens soldados israelenses (Shelef et al., 2015), com jovens com tentativas prévias de suicídio (Levinger et al., 2016) e outro com

adultos americanos (Meerwijk & Weiss, 2018), que verificaram menos tolerância à dor psicológica em pessoas com níveis mais elevados de ideação suicida e com tentativas prévias de comportamentos suicidas; e também com outro estudo que observou menor tolerância a dor psicológica em jovens internados (com tentativas prévias de suicídio) em relação a um grupo controle não clínico (Levinger et al., 2015).

Estes resultados também estão em desacordo com uma série de três estudos (Becker et al., 2019), onde no primeiro estudo com uma amostra não-clínica com adolescentes israelenses, a tolerância à dor mental foi significativamente associada à depressão, ao suicídio, e às capacidades de regulação emocional. No segundo estudo com uma amostra não-clínica de adolescentes israelenses (que completaram medidas adicionais de autoestima, otimismo, atenção, significado na vida, afetividade positiva e satisfação na vida), a tolerância à dor mental foi significativamente associada a medidas de recursos psicológicos. No terceiro estudo com pacientes psiquiátricos suicidas internados (N = 24), pacientes psiquiátricos não suicidas internados (N = 24), e adolescentes não-clínicos (N = 24), descobriram que os pacientes psiquiátricos suicidas referiram níveis significativamente mais baixos de tolerância à dor mental do que os pacientes psiquiátricos não-suicidas e os adolescentes não clínicos.

Por outro lado, as análises indicam que variações no *coping* face à dor psicológica e variações na tolerância à dor (tendencialmente) preveem variações na ideação suicida positiva, mesmo quando se controla a variável sexo, a presença de um diagnóstico de perturbação psiquiátrica, variações nos sintomas depressivos, em *psychache*, e a terceira dimensão da dor psicológica, a contenção da dor.

Devemos considerar também que a escala é muito recente e que há poucos estudos sobre o modelo. Por mais que o presente estudo não tenha obtido contribuição de nenhuma das variáveis do modelo de tolerância na ideação suicida negativa, é importante novos estudos para verificar, na medida em que os poucos estudos existentes confirmarem a importância da tolerância face a dor psicológica na predição dos comportamentos suicidários.

Portanto, o maior risco de cometer atos suicidas pode não estar apenas relacionado a simples presença da dor psicológica e sua intensidade, mas mais particularmente com a forma como é vivenciada e gerida subjetivamente. Becker e colegas (2019) acreditam que é pertinente diferenciar a intensidade da dor psicológica da tolerância à dor mental, o que pode trazer a luz do porquê pessoas com níveis semelhantes de sofrimento diferem no risco face ao suicídio, isto é, estão mais propensas que outras a cometer atos suicidas.

A avaliação da dor psicológica vem sendo apreciada e recomendada como parte integrante de uma avaliação abrangente do risco de suicidário (Meerwijk & Weiss, 2017; Verrocchio et al., 2016). A necessidade da avaliação precisa deste estado psicológico é de extrema importância (Li et al., 2014; Shneidman, 1993), podendo ir além da medição dos níveis de dor psicológica e abranger a verificação da presença da forte intenção de evitar a dor e das estratégias de enfrentamento face à dor, incluindo os respectivos mecanismos de regulação presentes ou ausentes, considerando a idiosincrasia de cada caso. Medidas de prevenção eficazes poderão requerer a compreensão aprofundada dos mecanismos e das motivações que estão por detrás dos comportamentos suicidários (Niveau et al., 2019), visando uma avaliação mais completa.

Os resultados do presente estudo ratificam a pertinência de avaliar com maior profundidade o que está por trás da motivação suicida, verificando movimentos em prol de evitar a dor psicológica intolerável, além de apurar estratégias individuais de regulação das emoções negativas e a potencialização dos fatores protetores.

O processo terapêutico não deverá também concentrar-se apenas na exploração das fontes de dor mental e na interpretação de como esta dor se relaciona com os desejos suicidas, mas sim concentrar-se em melhorar a capacidade para tolerar e regular a dor (Becker et al., 2019). Do ponto de vista da prática clínica, considerar a dor psicológica como central para os comportamentos suicidários pode ser importante, pois as escalas de dor psicológica incrementam a avaliação do risco (Hooley et al., 2014), podendo proporcionar o direcionamento na prática terapêutica que, ao focar na redução ou regulação da dor psicológica, o risco de cometer atos suicidas tende a diminuir (Becker et al., 2019; Berardelli et al., 2020; Olié et al., 2010). Através disso, permitirá eventualmente promover estratégias terapêuticas inovadoras para a prevenção do suicídio (Ducasse et al., 2018).

Shneidman (2005) argumentou que um fenómeno multideterminado como o suicídio requer métodos de compreensão igualmente diversificados. Além disso, a sua prevenção exige esforços multidisciplinares e multissetoriais, isto é, o engajamento e a integração de diversos agentes e setores, como o de saúde, educação, justiça, trabalho, política, comunicação, entre outros, que colaborem mutuamente em detrimento de mudanças efetivas, pois nenhuma abordagem isolada pode explicar um evento tão complexo como o suicídio (Leenaars, 1999).

A pesquisa também precisa ter a capacidade de integrar diferentes esferas dos fatores de risco (Hawton & van Heeringen, 2009) e possibilitar a construção de um

modelo claro e conciso de orientação para fins de avaliação e prevenção do suicídio (Overholser et al., 2012), ou seja, a interlocução entre a pesquisa e a prática. No setor da saúde, por exemplo, mesmo que grande parte dos pacientes não relate sua intenção suicida aos profissionais (Berman, 2018; Turecki & Brent, 2016), eles devem estar atentos ao risco acrescido de tentativas de suicídio em pacientes que referem dor psicológica (Verrocchio et al., 2016).

Limitações, estudos futuros e conclusões

É preciso referir algumas limitações do presente estudo. Primeiramente, a escolha exclusiva de instrumentos de autorrelato, que embora apresentem boas características psicométricas e facilitem a obtenção de dados, pode ser insuficiente na avaliação de variáveis psicológicas, pois este tipo de instrumento envolve a capacidade de recordar pensamentos e comportamentos, o que pode não ser totalmente confiável e influenciar os resultados. Além disso, alguns participantes podem ocultar ideais suicidas por questões religiosas ou culturais.

Em segundo lugar, a avaliação em uma amostra não clínica de jovens adultos estudantes universitários, isto é, de baixo risco, pode não ser representativa e não permitir a generalização dos resultados em outras populações.

Por ser uma investigação de caráter de mestrado, condicionada pela limitação do tempo, a escolha de um estudo longitudinal forneceu curto espaço de tempo entre as aplicações, o que pode não ser suficiente para manifestação da ideação suicida. Além disso, apesar do estudo ter um número amostral significativo para um estudo longitudinal, ela pode não ser representativa na população. Também ocorreu uma perda substancial de participantes do primeiro momento de aplicação para o segundo, proveniente da mudança de alunos e de turmas de um semestre para o outro, que poderá ser melhorado nas aplicações de potenciais estudos longitudinais em jovens adultos universitários.

Outra limitação pode estar relacionada com o contexto da aplicação, em salas de aula, onde pode ter gerado constrangimentos de alguns participantes em relação aos colegas, manifestando o fenómeno da desejabilidade social ao responder aos itens, isto é, preocupar-se com uma imagem social positiva frente ao grupo e evitar a desaprovação, o que é comum nesta idade que se encontram os participantes.

O constrangimento também pode ter ocorrido devido ao tema do suicídio ser extremamente delicado e ainda ser considerado tabu. A desconfiança com relação à

confidencialidade dos dados pode ter estado presente para alguns participantes, mesmo sendo garantida no termo de consentimento informado. Todos estes fatores podem ter afetado o preenchimento dos itens e ocorrido o enviesamento nas respostas, obtendo diferentes dados.

Sugere-se que futuros estudos sejam realizados com amostras clínicas de maior risco, possibilitando a generalização dos resultados a outras populações, no âmbito de medidas de dor psicológica na predição do suicídio. Além disso, optar por métodos de avaliação para além das medidas de autorrelato, como incluir entrevistas, que pode inclusive proporcionar um ambiente mais acolhedor para a manifestação de sentimentos, evitando constrangimentos e enviesamentos das respostas, o que também possibilita a aquisição de dados complementares aos questionários. Seria interessante replicar este estudo em amostras de maior dimensão, contemplar maior tempo entre as coletas de dados, mantendo o desenho de pesquisa longitudinal, que permite avaliações ao longo do tempo e ajuda na identificação de causalidade.

Visto a demanda emergente global de prevenção do suicídio, obter maior compreensão dos comportamentos suicidários e melhorar o desenvolvimento de práticas de prevenção torna-se prioritário. Apesar do investimento cada vez maior em estudos relacionados ao fenómeno, prever os atos suicidas ainda é considerada uma tarefa complexa (Franklin et al., 2017; Lambert et al., 2020). Isto porque o suicídio é um fenómeno complexo e multifatorial (Hawton & Van Heeringen, 2009), o que limita a sua previsibilidade (Overholser, Braden, & Dieter, 2012). Isto impõe dificuldades ao avanço estratégicos na prevenção do suicídio (Olié & Courtet, 2017), além de gerar um enorme desafio para os profissionais envolvidos e trazer uma constante preocupação de saúde pública (Li et al., 2014; Li, Fu, Zou & Cui, 2017).

A entrada na universidade é um momento importante, de profundas mudanças, caracterizada por exigências académicas (Wilcox et al., 2010), novos desafios, incertezas, e maior responsabilidade, que podem afetar a saúde mental dos estudantes (Gonçalves et al., 2011). Portanto, é de extrema importância o conhecimento do risco suicidário no meio académico (Dutra, 2012), visto que o sofrimento psíquico e a ideação suicida são comuns em estudantes universitários (Eskin et al., 2016). A instituição de ensino tem um papel crucial em favorecer a formatação de um modelo estratégico de atuação na prevenção de comportamentos suicidários (Dutra, 2012), através da construção de um serviço de apoio psicológico que possibilite o cuidado em saúde mental dos seus alunos (Garlow et al.,

2008), proporcionando a prevenção do suicídio a nível de ensino superior (Pereira & Cardoso, 2015).

Em síntese, a perspetiva psicológica associada ao suicídio tem trazido contribuições significativas, na medida em que leva em consideração as demandas individuais do sujeito, e se configura num campo vasto de atuação do psicólogo clínico e demais profissionais. Identificar os aspetos psicológicos que influenciam os pensamentos e os atos suicidas viabiliza a deteção, a intervenção, o tratamento e, desta forma, atua na prevenção dos comportamentos suicidários.

Referências

- Abdulghani, H. M. (2008). Stress and depression among medical students: A cross sectional study at a medical college in Saudi Arabia. *Pakistan journal of medical sciences*, 24(1), 12.
- Abdulghani, H. M., AlKanhal, A. A., Mahmoud, E. S., Ponnampereuma, G. G., & Alfaris, E. A. (2011). Stress and its effects on medical students: a cross-sectional study at a college of medicine in Saudi Arabia. *Journal of health, population, and nutrition*, 29(5), 516.
- Abouserie, R. (1994). Sources and levels of stress in relation to locus of control and self-esteem in university students. *Educational psychology*, 14(3), 323-330.
- Alison, P. (2012). *When Can You Safely Ignore Multicollinearity?* Retrieved from <https://statisticalhorizons.com/multicollinearity>
- Aloba, O., Adefemi, S., & Aloba, T. (2018). Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: initial psychometric properties as a suicide risk screening tool among Nigerian university students. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, 9, 1-9. doi:10.1177/1179557317751910
- Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230-246. doi:10.1080/13811110903044351
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, 78(2), 490-498
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Pompili, M. (1988). *Beck Hopelessness Scale: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Becker, G., Orbach, I., Mikulincer, M., Iohan, M., Gilboa-Schechtman, E., & Grossman-Giron, A. (2019). Reexamining the mental pain–suicidality link in adolescence: The role of Tolerance for Mental Pain. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), 1072-1084.
- Berman, A.L. (2018). Risk factor proximate to suicide and suicide risk assessment in the context of denied suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 340-352.

- Botega, N. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236.
- Berardelli, I., Sarubbi, S., Spagnoli, A., Fina, C., Rogante, E., Erbuto, D., Innamorati, M., Lester, D., & Pompili, M. (2020). Projective Technique Testing Approach to the Understanding of Psychological Pain in Suicidal and Non-Suicidal Psychiatric Inpatients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 284.
- Bertolote, J. M. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo. Editora UNESP, 2012.
- 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. doi:10.1037/0022-006x.68.3.371
- Budescu, M., & Silverman, L. R. (2016). Kinship support and academic efficacy among college students: A cross-sectional examination. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 1789-1801.
- Cáceda, R., Durand, D., Cortes, E., Prendes-Alvarez, S., Moskovciak, T., Harvey, P. D., & Nemeroff, C. B. (2014). Impulsive choice and psychological pain in acutely suicidal depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 76(6), 445-451.
- 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*, 71(10), 994-1003. doi:10.1002/jclp.22196
- Campos, R. C., Holden, R. R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A. R., 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(6), 335-349. doi:10.1080/07481187.2016.1150920
- 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*. 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*, 75(12), 2160-2168.
- Campos, R. C., Holden, R. R., Spínola, J., Marques, D., & Lambert, C. E. (2019). Dimensionality of suicide behaviors: results within two samples from two different countries. *OMEGA-Journal of death and dying*, 0030222819882849.

- Campos, R. C., Simões, A., Costa, S., Pio, A. S., & Holden, R. R. (2020). Psychological pain and suicidal ideation in undergraduates: The role of pain avoidance. *Death studies, 44*(6), 375-378.
- Carlotto, M. S., Amazarray, M. R., Chinazzo, I., & Taborda, L. (2011). Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cadernos Saúde Coletiva, 19*(2), 172-178.
- Cassorla, R. M. S. (2017). Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. *Editora Blucher*.
- Chang, H. J., Lin, C. C., Chou, K. R., Ma, W. F., & Yang, C. Y. (2009). Chinese version of the positive and negative suicide ideation: instrument development. *Journal of advanced nursing, 65*(7), 1485-1496.
- Chávez-Hernández, A. M., & Leenaars, A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental, 33*(4), 355-360.
- Coohy, C., Easton, S. D., Kong, J., & Bockenstedt, J. K. (2015). Sources of psychological pain and suicidal thoughts among homeless adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(3), 271-280.
- DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2004). Depression, hopelessness, and *psychache* as increasingly specific predictors of suicidal manifestations. *Canadian Clinical Psychologist, 15*, 7-10.
- 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.
- Demirkol, M. E., Namlı, Z., & Tamam, L. (2019). Psychological Pain. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, 11*(2).
- Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2018). Psychological pain in suicidality: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 78*(8). doi:10.4088/JCP.16r10732.
- Dutra, E. (2012). Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 12*(3), 924-937.
- Eskin, M., Sun, J. M., Abuidhail, J., Yoshimasu, K., Kujan, O., Janghorbani, M., Flood, C., Carta, M., Tran, U., Mechri, A., Hamdan, M., Poyrazli, S., Aidoudi, K., Bakhshi, S., Harlak, H., Moro, M., Nawafleh, H., Phillips, L., Shaheen, A., ... &

- Vpracek, M. (2016). Suicidal behavior and psychological distress in university students: a 12-nation study. *Archives of Suicide Research, 20*(3), 369-388.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics with the SPSS*. London, UK: Sage.
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). *Psychache* as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 51-61. doi:10.1037/0022-0167.54.1.51
- Flynn, J. J., & Holden, R. R. (2007). Predictors of suicidality in a sample of suicide attempters. *Canadian Psychology, 48*(2a), 317.
- 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, 143*(2), 187. doi:10.1037/bul10000084
- Gareth, J., Witten, D., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2014). *An Introduction to Statistical Learning: With Applications in R*. Springer Publishing Company
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and anxiety, 25*(6), 482-488. doi:10.1002/da.20321
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment, 20*(4), 339-348. doi:10.1027/1015-5759.20.4.339
- Gonçalves, A. M., de Freitas, P. P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e de protecção. *Millenium, (40)*, 149-159.
- Graner, K. M., & Cerqueira, A. T. D. A. R. (2019). Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva, 24*, 1327-1346.
- Gunnell, K. E., Mosewich, A. D., McEwen, C. E., Eklund, R. C., & Crocker, P. R. (2017). Don't be so hard on yourself! Changes in self-compassion during the first year of university are associated with changes in well-being. *Personality and Individual Differences, 107*, 43-48.

- Harkavy-Friedman, J. M., Nelson, E. A., Venarde, D. F., & Mann, J. J. (2004). Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: Examining the role of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *34*(1), 66-76.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, *373*, 1372–1381.
- 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.
- Hooley, J. M., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2014). Chronic pain and suicide: understanding the association. *Current Pain and Headache Reports*, *18*(8), 435.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas da população portuguesa*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2019) *Causas de morte 2017*. Lisboa: INE.
- Karthick, S., & Barwa, S. (2017). A review on theoretical models of suicide. *International Journal of Advances in Scientific Research*, *3*(09), 101-109.
- Keefer, K. V., Holden, R. R., & Gillis, K. (2009, June). The mediational role of *psychache* in the relationship between alexithymia and suicidal ideation. *Paper presented at the Canadian Psychological Association Annual Convention, Montreal, Quebec, Canada*.
- Lambert, C. E., Troister, T., Ramadan, Z., Montemarano, V., Fekken, G. C., & Holden, R. R. (2020). *Psychache predicts suicide attempter status change in students starting university*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Advance online publication. doi:10.1111/sltb.12624
- Leenaars, A. A. (1999) *Lives and deaths: Selections from the works of Edwin S. Shneidman*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel, 149-303.
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*, *1*(1), 5-18.
- Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: an “impossible situation”. *Journal of Affective Disorders*, *111*(2-3), 244-250.
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Grisaru, S., & Apter, A. (2018). When the pain becomes unbearable: case-control study of mental pain characteristics among medically serious suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, *22*(3), 380-393.
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., Stein-Reisner, O., Weiser, M., David, H., & Apter, A. (2014). Mental pain communication

- difficulties, and medically serious suicide attempts: A case-control study. *Archives of Suicide Research*, 18(1), 74-87.
- 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.
- 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.
- 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, 1550.doi:10.3389/fpsyg.2017.01550
- Li, H., Xie, W., Luo, X., Fu, R., Shi, C., Ying, X., et al., (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 44(1), 78-88. doi:10.1111/sltb.12056.
- 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 Psychiatric Research*, 45(11), 1504-1510. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.06.011
- Mee, S., Bunney, B. G., Fujimoto, K., Penner, J., Seward, G., Crowfoot, K., Bunney, W., & Reist, C. (2019). A study of psychological pain in substance use disorder and its relationship to treatment outcome. *PloS one*, 14(11).
- Meerwijk, E. L., Mikulincer, M., & Weiss, S. J. (2019). Psychometric evaluation of the tolerance for mental pain scale in United States adults. *Psychiatry research*, 273, 746-752.
- Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2017). Utility of a time frame in assessing psychological pain and suicide ideation. *PeerJ*, 5, e3491.
- 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.
- Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A. D., & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38, 804-810.
- Mills, J. F., Green, K., & Reddon, J. R. (2005). An evaluation of the Psychache Scale on an offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 570-580.

- Montemarano, V., Troister, T., Lambert, C. E., & Holden, R. R. (2018). A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology, 74*(10), 1820-1832. doi :10.1002/jclp.22639
- Morales, S., Barros, J., Echávarri, O., García, F., Osses, A., Moya, C., Maino, M., Fischman, R., Núñez, C., Szmulewicz, T., & Tomicic, A. (2017). Acute mental discomfort associated with suicide behavior in a clinical sample of patients with affective disorders: Ascertaining critical variables using artificial intelligence tools. *Frontiers in psychiatry, 8*, 7.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- 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. doi:10.1016/j.comppsy.2013.12.014
- Neto, F., & Barros, J. (2000). Psychosocial concomitants of loneliness among students of Cape Verde and Portugal. *The Journal of psychology, 134*(5), 503-514.
- Niveau, G., Frioud, E., Aguiar, D., Ruch, P., Auckenthaler, O., Baudraz, J., & Fracasso, T. (2019). Suicide notes: Their utility in understanding the motivations behind suicide and preventing future ones. *Archives of suicide research, 23*(4), 576-589.
- Olié, E., & Courtet, P. (2017). La douleur au cœur du suicide. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement, 18*(1), 9-14
- Olié, E., Guillaume, S., Jausent, 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., Giboa-Schechtman, E., Johan, M., & Mikulincer, M. (2004). *Tolerance for Mental Pain Scale*. Department of Psychology, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota (2003) Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(3), 219-230.
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Wrangham, J. J., Kopper, B. A., Truelove, R. S., & Linden, S. C. (2002). The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of personality assessment, 79*(3), 512-530.

- Osman, A., Gutierrez, P. M., Jiandani, J., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Linden, S. C., & Truelove, R. S. (2003). A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with normal adolescent samples. *Journal of clinical psychology, 59*(4), 493-512.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998). The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and validation. *Psychological Reports, 82*, 783–793. doi:10.2466/pr0.1998.82.3.783
- 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), 349-361. doi:10.1002/jclp.20859
- Patterson, A. A., & Holden, R. R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(2), 147-156. doi:10.1111/j.1943-278x.2011.00078.x
- 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. doi:10.1016/j.paid.2010.07.029
- Pereira, A., & Cardoso, F. (2015). Suicidal ideation in university students: prevalence and association with school and gender. *Paidéia (Ribeirão Preto), 25*(62), 299-306.
- Pérez-Rojas, A. E., Lockard, A. J., Bartholomew, T. T., Janis, R. A., Carney, D. M., Xiao, H., Youn, S. J., Scofield, B. E., Locke, B. D., Castonguay, L. G., & Hayes, J. A. (2017). Presenting concerns in counseling centers: The view from clinicians on the ground. *Psychological Services, 14*(4), 416-427. doi:10.1037/ser0000122
- Pompili, M. (2010). Exploring the phenomenology of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*(3), 234-244. doi:10.1521/suli.2010.40.3.234
- Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A. A., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2008). *Psychache and suicide: a preliminary investigation. Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(1), 116-121. doi:10.1521/suli.2008.38.1.116
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401. doi:10.1177/014662167700100306.
- Rasic, D., Robinson, J. A., Bolton, J., Bienvenu, O. J., & Sareen, J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from

- the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 848-854. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.11.014
- 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.
- Reist, C., Mee, S., Fujimoto, K., Rajani, V., Bunney, W. E., & Bunney, B. G. (2017). Assessment of psychological pain in suicidal veterans. *PloS one*, 12(5).
- .
- Sharp, J., & Theiler, S. (2018). A review of psychological distress among university students: Pervasiveness, implications and potential points of intervention. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 40(3), 193-212.
- 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.
- Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured?. *Social science information*, 44(4), 695-729.
- Shneidman, E. (1980) A possible classification of suicidal acts based on Murray's need system. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10(3), 175-181.
- Shneidman, E. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. VandenBos & B. K. Bryants (Ed.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in Action* (pp. 147-83). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 145-147.
- Shneidman, E. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. (1998). Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245-250.
- Shneidman, E. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29(4), 287-294.
- Shneidman, E. S (2001). *Comprehending suicide. Landmarks in 20th-century suicidology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shneidman, E. S. (2005). Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide. *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 7-12.
- 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. *Psychiatrike*, 22(4), 330-340.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Hagan, C. R., & Joiner Jr, T. E. (2016). Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging & mental health*, 20(2), 113-122.
- Sun, X., Li, H., Song, W., Jiang, S., Shen, C., & Wang, X. (2020). ROC analysis of three-dimensional psychological pain in suicide ideation and suicide attempt among patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 210-227.
- 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, 1500-1506.
- 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(9), 1019-1027. doi:10.1002/jclp.21869
- Troister, T., & Holden, R. R. (2013). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and *psychache* in statistically predicting suicidality. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 50-63. doi:10.1177/0748175612451744
- Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of *psychache* and suicide ideation: Replication in general and high-risk university students. *Suicide and life-threatening behavior*, 43(6), 611-620. doi:10.1111/sltb.12043
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behavior. *The Lancet*, 387 (10024), 1227-1239.
- United Nations. (1996). *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York: United Nations.
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 108. doi:10.3389/fpsy.2016.00108

- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of affective disorders, 127*(1-3), 287-294.
- World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative. Cataloguing in Publication Data*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples, and indicators*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2019a). *Suicide in the world: Global health estimates*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2019b). *Thirteenth general programme of work, 2019–2023: promote health, keep the world safe, serve the vulnerable*. Geneva, Switzerland: Author.
- Wetzel, H. H., Gehl, C. R., Dellefave–Castillo, L., Schiffman, J. F., Shannon, K. M., Paulsen, J. S., & Huntington Study Group. (2011). Suicidal ideation in Huntington disease: the role of comorbidity. *Psychiatry research, 188*(3), 372-376
- 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. doi:10.1002/jclp.22055
- Yung, Y. F., & Bentler, P. M. (1996). Bootstrapping techniques in analysis of mean and covariance structures. In G. A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling techniques* (pp.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.