Evitamento da dor psicológica e ideação suicida em duas amostras comunitárias

Rui C. Campos
Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais e
Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP-UE), Universidade de Évora

Ronald R. Holden and Christine E. Lambert
Queen's University, Canada

XVIII Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia,
Beja, 12 e 13 de Abril de 2019

UID/CED /04312/2019

OBJECTIVOS

A ideação suicida é um importante factor de risco para subsequente morte por suicídio (e.g., Baca-Garcia et al., 2011; Brezo et al., 2007). Diversas variáveis psicológicas (por exemplo, depressão, desesperança, necessidades interpessoais frustradas), no âmbito de vários modelos teóricos de suicídio (por exemplo, a Teoria Interpessoal do Suicídio de Joiner, 2005), foram propostas, como predispondo à ideação suicida. Um dos modelos psicológicos do suicídio mais robusto é o de Shneidman (1993, 1996), que afirmou que a dor psicológica é uma condição necessária para a ocorrência de comportamentos suicidários. A dor psicológica, denominada *psychahce* por Shneidman (1993), é uma dor extrema e intolerável, que é vista por Shneidman como a causa do suicídio, sendo que todos os outros factores se associariam ao suicídio apenas *via* psychahce (Troister, Davis, Lowndes & Holden, 2013). Duas meta-análises recentes (Ducasse, Holden, Boyer et al., 2017; Verrocchio, Carrozzino, Marchetti, Andreasson, Fulcheri, & Bech, 2016) confirmaram o papel da dor mental como um factor central no risco de suicídio. Além disso, verificou-se que psychache supera a depressão e a desesperança na identificação do risco suicídário (Troister, D'Agata, & Holden, 2015).

Mais recentemente, Li et al. (2014) propuseram um modelo tridimensional de dor psicológica no suicídio, composto por três componentes: afectiva, cognitiva e e de evitamento. A dimensão afectiva engloba uma experiência subjectiva relacionada à dor psicológica, percebida pelo indivíduo como dolorosa. A dimensão cognitiva relaciona-se com memórias de experiências traumáticas passadas, como perda, frustração e exclusão social. A componente de evitamento é definida como a tendência a considerar o suicídio como a forma de escapar à dor psicológica, colocando os autores a hipótese de que seria o preditor mais importante da motivação suicida. Três estudos com amostras não ocidentais (Li et al., 2014; Xie et al., 2014; Li, Fu, Zou, & Cui, 2017) demonstraram o papel do evitamento da dor no risco suicidário. O único estudo que testou o modelo tridimensional da dor psicológica numa amostra ocidental foi o de Campos, Simões, Costa, Pio e Holden (no prelo) com estudantes universitários. Controlando os sintomas depressivos, Campos et al. demonstraram que o evitamento da dor, mas não a dimensão cognitiva ou afectiva da dor, se relacionou com a ideação suicida recente, a ideação suicida no ano anterior e a presença de um plano de suicídio *lifetime.*

Tanto quanto sabemos, a contribuição do modelo chinês tridimensional de dor psicológica (Li, Xie, Lou, et al., 2014) foi quase exclusivamente investigado com amostras não ocidentais, com excepção de uma amostra ocidental de estudantes universitários portugueses. No presente estudo, para avaliar a possibilidade de generalização dos resultados anteriores, avalou-se a relação das três dimensões da dor psicológica com a ideação suicida em duas amostras comunitárias ocidentais de adultos, de dois países diferentes: Portugal e ÉUA. Os sintomas depressivos foram estatisticamente controlados, bem como a variável psychahce, duas variáveis bem estabelecidas relacionadas com o risco suicídário. Com base em estudos anteriores, colocou-se a hipótese de que a dimensão de evitamento da dor psicológica contribuiria significativamente para a previsão da ideação suicida, controlando os sintomas depressivos e psychahche. No contexto de uma investigação mais vasta sobre variáveis psicológicas e suicidalidade em populações portuguesas, canadenses e americanas, foram considerados quatro indicadores de ideação suicida: ideação suicida global actual, ideação suicida passiva actual (motivação), ideação suicida activa actual (planos / preparação) e ideação suicida no último ano, utilizando duas medidas diferentes, a Escala de Ideação Suicida (SIS; Luxton, Rudd, Reger, & Gahm, 2011) e 1 dos 4 itens do Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQR; Osman, Bagge, Guitierrez, Konick, & Barrios, 2001).

METODOLOGIA

Participantes e procedimentos

A amostra 1 era composta por 232 participantes portugueses da comunidade (148 mulheres e 84 homens), recrutados online, que responderam a um protocolo numa plataforma do *Lime Survey*, apresentado com de um estudo relativo a variáveis psicológicas, ideação suicida e comportamentos de risco. Os participantes não foram compensados monetariamente pela sua participação. Os participantes tinham uma idade média de 34.98 anos (*DP* = 11.80, mediana = 32.00), variando entre os 18 e os 66 anos. Nenhum dos participantes era actualmente estudante universitário e a média de anos de escolaridade era de 14.19 anos (*DP* = 2.91, mediana = 15.00), variando entre 6 a 20 anos. Vinte e oito participantes (12.1%) estavam desempregados e 117 (50.1%) eram solteiros.

A amostra 2 era composta por 207 participantes americanos da comunidade (136 homens, 70 mulheres, 1 não identificado) recrutados através do *Mechanical Turk* da Amazon para participar num estudo sobre personalidade, motivações, história de vida e ideação suicida. Os participantes receberam 5 dólares. A amostra tinha uma idade média de 33.37 anos (*DP* = 8.76, mediana = 31.00), variando de 20 a 70 anos. Nenhum participante era estudante universitário, com 36 (17.4%) referindo ter um diploma do ensino médio e 170 (82,1%) referindo uma educação avançada. Cinquenta e quatro participantes (26.1%) estavam desempregados e 111 (53.6%) eram solteiros.

Este estudo foi aprovado pelas comissões de ética das universidades dos autores. Os indivíduos de cada amostra deram o seu consentimento informado na primeira página do protocolo on-line. Se concordassem com as condições do estudo, era-lhes solicitado que clicassem em "continuar" e era-lhes apresentado um breve questionário socio-demográfico e clínico, seguido por vários questionários, incluindo os cinco utilizados neste estudo. Todos os participantes de cada amostra receberam informações sobre recursos de aconselhamento disponíveis, incluindo números de telefone para os participantes que desejavam conversar com um profissional de saúde mental. A participação era anónima e voluntária e poderia ser descontinuada a qualquer momento.

Medidas

Psychache Scale (Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001).

Three-Dimensional Psychological Pain Scale (*TDPPS*; Li et al., 2014).

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (*CES-D*; Radloff, 1977).

Suicide Ideation Scale (*SIS;* Luxton et al., 2011).

Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised *(SBQ-R;* Osman et al., 2001).

Análise de dados

Como análise preliminar, as correlações entre as variáveis em estudo foram calculadas. Depois, como variáveis dependentes considerámos a ideação suicida global actual, motivação (ideação suicida passiva actual), planos / preparação (ideação suicida activa actual), e ideação suicida no último ano. As três dimensões da dor psicológica constituíram as variáveis independentes e os sintomas depressivos e psychahce foram introduzidas como co-variáveis. Quatro análises regressão múltipla hierárquica foram realizadas para cada amostra, inserindo os sintomas depressivos no primeiro passo, psychahce no segundo passo e as três dimensões da dor psicológica no terceiro passo. Dado que a normalidade das distribuições e a homocedasticidade não podiam ser assumidas, uma abordagem de *bootstrapping* (com 1000 replicações e intervalos de confiança corrigidos a 95%) permitiu testar a significância dos parâmetros estimados.

RESULTADOS

Todas as variáveis em estudo se correlacionaram a um nível de significância de $p < .001$.

Na amostra 1, a análise de regressão múltipla hierárquica para prever a ideação suicida global actual demonstrou que no primeiro passo, os sintomas depressivos (β = .479, *B* = .139, *SE* = 0.031, $p < .001$; 95% CI [0.089, 0.192]) deram um contributo significativo na explicação da variância da ideação suicida, no segundo passo, psychache (β = .278, *B* = .091, *SE* = 0.042, $p < .05$; 95% CI [0.014, 0.171]) também deu um contributo significativo único para a ideação suicida e, no terceiro passo, apenas o evitamento da dor (β = .378, *B* =.524, *SE* = 0.198, $p < .01$; 95% CI [0.219, 0.916]) deu um contributo significativo na explicação da variância da ideação suicida (R^2 = .38, *F* = 27.29, $p < .001$). O incremento em R^2 no segundo passo foi de 4% (*F* = 11.49, $p < .001$) e no terceiro passo foi de mais 11% (*F* = 13.37, $p < .001$). Na amostra 2, os sintomas depressivos (β = .699, *B* = .539, *SE* = 0.039, $p < .001$; 95% CI [0.462, 0.621) deram um contributo significativo na explicação da variância da ideação suicida, no segundo passo, psychache (β = .888, *B* = .667, *SE* = 0.072, $p < .001$; 95% CI [0.504, 0.834]) também deu um contributo significativo único para a ideação suicida e, no terceiro passo, apenas o evitamento da dor (β = .638, *B* = 1.878, *SE* = 0.202, $p < .001$; 95% CI [1.463, 2.298]) deu um contributo significativo na explicação da variância da ideação suicida (R^2 = .76, *F* = 123.11, $p < .001$). O incremento em R^2 no segundo passo foi de 15% (*F* = 86.70, $p < .001$) e no terceiro passo foi de mais 11% (*F* = 30.75, $p < .001$).

Na amostra 1, a análise de regressão múltipla hierárquica para prever a ideação suicida passiva actual demonstrou resultados similares aos obtidos para a ideação suicida global actual (R^2 = .37, *F* = 27.05, $p < .001$). O incremento em R^2 no segundo passo foi de 6% (*F* = 17.91, $p < .001$) e no terceiro passo foi de mais 7% (*F* = 8.72, $p < .001$). Na amostra 2 os resultados foram também similares (R^2 = .76, *F* = 127.13 , $p < .001$). O incremento em R^2 no segundo passo foi de 11% (*F* = 66.80, $p < .001$)) e no terceiro passo foi de mais 10% (*F* = 28.11, $p < .001$).

Na amostra 1, a análise de regressão múltipla hierárquica para prever a ideação suicida activa actual demonstrou resultados similares aos obtidos anteriormente ($R2$ = .27, *F* = 16.40, $p < .001$). O incremento em R^2 no segundo passo foi de 1% (*F* = 3.07, $p < .10$), e no terceiro passo foi de mais 13% (*F* = 13.09, $p < .001$); Na amostra 2: (R^2 = .71, *F* = 95.82, $p < .001$). O incremento em R^2 no segundo passo foi de 18% (*F* = 86.73, $p < .001$) e no terceiro passo foi de mais 12% (*F* = 26.02, $p < .001$).

Finalmente, resultados similares foram obtidos para a amostra 1,na análise de regressão múltipla hierárquica para prever a ideação suicida no ano anterior (R^2 = .25, *F* = 14.91, $p < .001$). O incremento em R^2 no segundo passo foi de 4% (*F* = 10.40, $p < .001$)) e no terceiro passo foi de mais 9% (*F* = 8.56, $p < .001$); Na amostra 2, (R^2 = .39, *F* = 25.47, $p < .001$ O incremento em R^2 no segundo passo foi de 1% (*F* = 2.57, $p > .05$) e no terceiro passo foi de mais 6% (*F* = 6.49, $p < .001$).

CONCLUSÃO

No presente estudo, que pretendia avaliar a generalização de resultados anteriores, testamos a relação entre as três dimensões da dor psicológica, de acordo com o modelo de Li et al. (2014), e a ideação suicida, controlando o efeito dos sintomas depressivos e de psychache, em duas amostras da comunidade, uma mostra portuguesa de 232 participantes e uma amostra americana de 207 participantes. Análises de regressão múltipla hierárquica demonstraram em cada amostra que, ao controlar os efeitos dos sintomas depressivos e de psichahce, a dimensão de evitamento, mas não as dimensões cognitiva e afectiva da dor psicológica, contribuiu significativamente para prever os quatro indicadores de ideação suicida testados.

Com base nos nossos resultados, pode dizer-se não é a experiência global da dor psicológica que contribui para a ideação suicida, mas a incapacidade de tolerar essa dor ou a tendência a evitá-la. Dessa forma, os resultados do presente estudo alinham-se com os obtidos com amostras não ocidentais e com os obtidos num estudo exploratório com uma amostra portuguesa de universitários, indicando que é a dimensão de evitamento da dor psicológica que se relacionada com a suicidalidade, quer em amostras não clínicas (Camps et al.., no prelo; Li et al., 2017), quer em amostras clínicas (de pacientes com perturbações depressivas; Li et al., 2017; Xie et al., 2014). Os resultados actuais também estão também de acordo com os de Levinger, Somer e Holden (2015), que relataram que os pacientes internados com tentativas de suicídio apresentavam uma dor mental mais intensa e menor tolerância à dor, particularmente em relação à capacidade de enfrentamento, quando comparados com um grupo de controlo de pacientes internados sem tentativas e com um grupo não clínico.

Os presentes resultados sugerem que, mesmo quando os indivíduos sentem dor psicológica, pode não haver um risco suicidário elevado, desde que os indivíduos não considerem o suicídio como uma forma de *coping* para diminuir a dor. Os resultados podem ter implicações clínicas importantes. Por exemplo, a acção psicoterapêutica poderia focar-se: (a) em capacitar o cliente a tolerar a dor mental, (b) ajudar o cliente a evitar a tendência a agir a dor, (c) fornecer ao cliente estratégias mais eficazes e adaptativas para lidar com a dor ou (d) tornar a dimensão dolorosa menos saliente para o cliente. As causas para a dor mental devem também ser identificadas e elaboradas. Além disso, a avaliação clínica e em investigação da dor psicológica deve procurar delinear as dimensões específicas da dor, em vez de se concentrar apenas na experiência global da dor psicológica, porque diferentes aspectos dessa experiência global podem relacionar-se diferentemente com diferentes aspectos do risco suicídário.

O presente estudo tem várias limitações. Primeiro, usamos duas amostras não clínicas e avaliações on-line. As avaliações on-line levantam uma variedade de questões, incluindo a auto-seleção e dificuldades na generalização dos resultados obtidos (Hauser, Paolacci, & Chandler, no prelo). É importante ressaltar que, embora a amostra americana que respondeu no Mechanical Turk tenha manifestado pontuações elevadas em ideação suicida relativamente aos dados normativos (Luxton et al., 2011) sugerindo isso algum viés de auto-seleção, o padrão de resultados nas duas amostras foi notavelmente semelhante. Uma outra limitação é a natureza *cross-sectional* do estudo, que impede realizar inferências causais. Terceiro, a *Suicide Ideation Scale* foi traduzida especificamente para o Português para o presente estudo e uma avaliação prévia da equivalência das formas original e traduzida para Português não foi realziada. Recomenda-se que estudos futuros utilizem amostras de risco elevado e *designs* longitudinais, bem como uma avaliação mais específica de outras variáveis relacionadas com a dor mental, como a tolerância à dor mental e estratégias de enfrentamento para lidar com essa dor.

REFERÊNCIAS * Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders, 134*, 327-332. * Brezo, J. Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Hébert, M., & Turecki, G. (2007). Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study. *Psychological Medicine, 37*, 1551-1562. * 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., Simões, A., Costa, S., Pio, A. S., & Holden, R. R. (in press). Psychological pain and suicidal ideation in undergraduates: The role of pain avoidance. *Death Studies.* * D'Agata, M. T., & Holden, R. R. (2018). Self-concealment and perfectionistic self-presentation in the concealment of psychache and suicide ideation. *Personality and Individual Differences, 125*, 56-61. * Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artero, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olie, E. (2017). Psychological pain in suicidality: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry.* https://doi.org/10.4088/JCP.16r10732 * Erford, B. T., Johnson, E., & Bardoshi, G. (2016). Meta-analysis of the English version of the Beck Depression Inventory–Second Edition. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 49*, 3-33. * Hauser, D., Paolacci, G., Chandler, J. (in press). Common concerns with MTurk as a participant pool: Evidence and solutions. In F. Kardes, P. Herr, & N. Schwarz (Eds), *Handbook in research methods in consumer psychology.* * Holden, R. R., Campos, R. C., Simões, A., Costa, S., Pio, A., & Lambert, C. E. (submitted). The multidimensionality of suicide predictors and criteria in a nonclinical population: Replication across two countries and two languages. * 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. * Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide.* Cambridge, MA: Harvard University Press. * Levinger, S., Somer, E., & Holden, R. R. (2015). The importance of mental pain and physical dissociation in youth suicidality. *Journal of Trauma & Dissociation, 16*, 322-329. * Li, H., Fu, R., Zou, Y., & Cui, Y. (2017). Predictive roles of three-dimensional psychological pain, psychache, and depression in suicidal ideation among Chinese college students. *Frontiers in Psychology, 8*, 1-8. * Li, H., Xie, W., Lou, X., Fu, R., Shi, C., Ying, X., ... Wang, X. (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Journal of American Association of Suicidology, 44*, 78-88. * Luxton, D. D., Rudd, D. Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2011). A psychometric study of the Suicide Ideation Scale. *Archives of Suicide Research, 15*, 250–258. * 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*, 570-580. * Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment, 5*, 443-454. * Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401. * Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior.* Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc. * Shneidman E. (1996). *The suicidal mind: Final thoughts and reflections.* Oxford, UK: Oxford University Press. * 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., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: Replication in general and high-risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*, 611-620. * Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences, 49*, 689-693. * 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*, 1–14. * Xie, W., Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., Wang, N., ... Shi, C. (2014). Anhedonia and pain avoidance in the suicidal mind: Behavioral evidence for motivational manifestations of suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 681-692..