

ROSA MARIA FONSECA DOS SANTOS FERREIRA

INTENÇÃO SUICIDA E SUA RELAÇÃO COM A PSICOPATOLOGIA, VERGONHA, AUTOCRITICISMO E AUTOCOMPAIXÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia
Clínica**

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-
Comportamentais

COIMBRA, 2018



Intenção Suicida e sua Relação com a Psicopatologia, Vergonha, Autocriticismo e Autocompaixão

Rosa Maria Fonseca dos Santos Ferreira

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais
Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, outubro de 2018

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso tão importante na minha vida, quero expressar o meu agradecimento a todos aqueles que tiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente tornaram possível a realização deste trabalho de investigação.

O meu sincero agradecimento à Professora Doutora Sónia Simões, por ter acreditado na minha escolha, por me ter aturado os vazios e as esperas, pelo apoio, compreensão, orientação e motivação. Sem a sua ajuda nada teria sido possível!

À minha mãe que partiu e não conseguiu esperar para me ver terminar o meu curso. Foi uma mãe guerreira e batalhadora, e ao seu lado aprendi que não há desafio grande demais que um coração determinado e justo não consiga superar.

Ao meu pai que infelizmente já não se encontra presencialmente junto de mim, mas sei que onde estiver estará neste momento muito orgulhoso.

Ao meu marido, Pedro Santos, que foi o meu grande incentivador e esteve sempre presente com o seu amor e compreensão incondicionais.

Aos meus filhos, Jéssica Santos e Diogo Santos, por me terem apoiado durante todo o meu percurso académico.

A todos o meu profundo e eterno agradecimento!

Resumo

A intenção suicida é considerada um indicador importante de suicídio posterior. Todos os anos praticamente um milhão de pessoas em todo o mundo morrem de suicídio, números alarmantes que deram o mote a este estudo cujo objetivo visa explorar a intenção suicida e sua relação com os sintomas psicopatológicos, vergonha, autocrítica e autocompaixão em jovens adultos, adultos e idosos.

A amostra da presente investigação foi constituída por 461 sujeitos jovens adultos, adultos e idosos da comunidade, 195 do sexo masculino e 266 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 87 anos ($M = 43,13$; $DP = 14,88$). O protocolo de investigação incluiu os seguintes instrumentos de recolha de dados: Questionário Sociodemográfico, Escala da Suicidabilidade, Inventário de Sintomas Psicopatológicos, Escala da Vergonha Externa e Vergonha Interna, Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização e Escala de Auto-Compaixão.

Os principais resultados do estudo indicaram que existe uma associação entre a intenção suicida, os sintomas psicopatológicos (sobretudo a depressão), as experiências de vergonha, o autocrítica e a autocompaixão. Enquanto os sintomas psicopatológicos, a vergonha e o autocrítica aumentam na presença de intenção suicida, a capacidade dos sujeitos se autotranquilizarem diminui. No entanto, devido à correlação positiva entre a intenção suicida e a autocompaixão, parece que a intenção suicida não afeta de forma muito intensa a autocompaixão dos participantes. Por fim, destaca-se uma maior intenção suicida em indivíduos viúvos, com mais problemas de saúde e que sentem níveis mais elevados de solidão. Em conclusão, este estudo sugere que a psicopatologia, a vergonha e o autocrítica, assim como o estado civil (viuvez), a solidão e os problemas de saúde parecem ser fatores de risco para o suicídio, enquanto a autocompaixão poderá funcionar como fator protetor contra o suicídio e as perturbações mentais, o que revela a importância do planeamento de programas de prevenção do suicídio.

Palavras-chave: suicídio, intenção suicida, psicopatologia, vergonha, autocrítica, autocompaixão.

Abstract

Suicidal intention is considered an important indicator of subsequent suicide. Every year, nearly one million people around the world die of suicide, alarming numbers that gave the motto to this study whose objective is to explore suicidal intent and its relation to psychopathological symptoms, shame, self-criticism and self-compassion in young adults, adults, and the elderly.

The sample of the present study was constituted of 461 young adults, adults and elderly subjects of the community, 195 males and 266 females, with aged between 18 and 87 years old ($M = 43,13$; $SD = 14,88$). The investigation protocol included the following data collection instruments: Sociodemographic Questionnaire, Suicidability Scale, Brief Symptom Inventory, External Shame and Internal Shame Scale, Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale and Self-Compassion Scale.

The results of the study indicated that there is an association between suicidal intention, psychopathological symptoms, above all depression, as experiences of shame, self-criticism and self-compassion. While psychopathological symptoms, shame and self-criticism increase in the presence of suicidal ideation, the ability of subjects to self-reassurance decreases. However, due to the positive correlation between suicidal intention and self-compassion, it seems that suicidal intent does not greatly affect participants' self-compassion.

In conclusion, this study suggests that a psychopathology, shame and self-criticism, as well as marital status (widowhood), loneliness and health problems are risk factors for suicide, while self-compassion works as a protective factor against suicide and disturbances mental. These data reveal implications for clinical practice, which reveals the importance of planning suicide prevention programs.

Keywords: suicide, suicidal intent, psychopathology, shame, self-criticism, self-compassion.

“Viva... Não espere a vida passar, não espere por alguém que não dá menor importância para você.

Perdoe... Não viva com mágoas e rancores no coração, não existe sensação melhor do que a de alma limpa e transparente.

Sonhe... Sempre leve sua imaginação mais além, não tenha medo de sonhar, não tenha medo de voar, pois se você tem fé suas asas nunca quebrarão no meio do caminho.

Descanse... Não tente fazer tudo de uma só vez, faça só o possível hoje! Deixe forças para amanhã.

Agradeça... Sempre agradeça e nunca se esqueça de quem lhe ajudou e lhe apoiou mostrando que tudo é possível e que o céu não tem limites.

Acredite... Mesmo sem ser perdoado, sem ter mais imaginação para sonhar, sem ter mais forças para lutar no dia seguinte... Acredite que amanhã é outro dia, novas possibilidades, novas pessoas, novos sonhos... E tire disso forças, para que cada dia que você durma e acorde com certeza que nesse dia tudo irá mudar...”

(Rafael Marcolino)

Introdução

Suicídio e Sintomatologia Psicopatológica

O **suicídio**, em qualquer idade, é um acontecimento trágico que afeta a família, os amigos, as comunidades às quais pertence e, de modo geral, a sociedade (Conwell, Van Orden, & Caine, 2011; Coster & Lester, 2013). Por si só, a palavra "suicídio" faz referência direta à violência e agressividade (World Health Organization, 2002), sendo um processo biopsicossocial complexo que envolve pensamentos suicidas e o desenvolvimento de um plano (intenção suicida), tentativas suicidas e o ato, que corresponde ao suicídio completo (Li, Xu, & Chi, 2016; World Health Organization, 2002). Embora os psicólogos geralmente classifiquem o comportamento suicida em suicídio completo, tentativa de suicídio e ideação suicida, as ações suicidas envolvem comportamentos complexos que podem ser descritos ao longo de uma variedade de dimensões (Beck & Lester, 1976).

Uma das questões que tem levantado mais preocupação ao longo dos anos a quantidade de tentativas de suicídio assemelharem-se aos suicídios completos, mostrando números idênticos (Beck & Lester, 1976). Por exemplo, na investigação realizada por Beck e Lester (1976) constatou-se que a tentativa e o suicídio completo têm semelhanças no planeamento da ação suicida, de forma a assegurar o isolamento necessário e a falta de intervenção, mas são diferentes nos aspetos comunicativos da ação suicida. Nos suicídios concluídos, a decisão oscila entre comunicar e não comunicar, já nas tentativas de suicídio, a decisão parece estar entre comunicar antes e após a ação suicida. Importa sublinhar que, apesar destes dados apoiarem a tradicional noção de tentativa de suicídio como um grito de ajuda, a comunicação não está ausente nas ações dos suicídios concluídos. Neste âmbito, segundo a opinião de Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001), a atitude ou gesto suicida revela um sofrimento interno e um desespero intolerável. As pessoas que estão em sofrimento comunicam-no através de comportamentos suicidas – depois de eventuais tentativas antes incompreendidas ou ignoradas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os anos praticamente um milhão de pessoas em todo o mundo morrem de suicídio (World Health Organization, 2002). A OMS ainda refere que a maioria dos países do mundo indicam que as taxas de suicídio tendem a aumentar em função da idade (cf., Conwell et al., 2011), tanto para homens como para mulheres, apesar de ser mais comum nos homens (World Health Organization, 2002). Em todos os países, 60% das passagens de ideação suicida para o plano e tentativa suicida ocorrem

no primeiro ano depois do início da ideação. Como variáveis ou fatores de risco são destacados o género, a idade, a educação, o estado civil e a existência de perturbações mentais (Nock et al., 2008). Apesar de existirem estudos empiricamente comprovados, também há uma grande variabilidade nestes dados epidemiológicos e respetivas prevalências (Conwell et al., 2011; Nock et al., 2008).

Em Portugal, e segundo a OMS (2002), as prevalências indicam que os homens tendem a cometer mais suicídio, comparando com as mulheres. No entanto, as mulheres fazem mais tentativas de suicídio. No que diz respeito à idade, verifica-se que existem dois grupos etários de risco: os jovens com idades entre os 15 e os 35 anos e os idosos com idades superiores a 75 anos. Sobre o estado civil, a OMS (2002) salienta que sujeitos viúvos, divorciados ou solteiros apresentam maior risco para o suicídio.

Neste contexto, Li e colaboradores (2016) analisaram os fatores de proteção e de risco dos pensamentos e tentativas suicidas numa amostra de idosos. Os resultados mostraram que os participantes têm mais pensamentos suicidas do que tentativas suicidas, existindo alguns fatores de risco que influenciam os pensamentos suicidas, designadamente a idade, depressão, limitações funcionais, tensão financeira, rede social, solidão e residência urbana. Assim, a afiliação religiosa, depressão, solidão e residência urbana dos idosos foram significativamente relacionados com as tentativas de suicídio. Já a depressão foi um dos maiores preditores de pensamentos e tentativas de suicídio nos idosos. Por isso, vendo a depressão como um fator patogénico do suicídio, numa fase tardia da vida, faz com que a sua deteção e tratamento eficaz tenham uma importância extrema (e.g., Conwell et al., 2011). O facto de haver um estigma relacionado com as doenças mentais na China e, por consequência, uma falta de conhecimento sobre a depressão e indisponibilidade dos serviços de saúde mental também são uma limitação (Li et al., 2016). Também se analisaram 86 notas de suicídio, de forma a identificar temas cognitivos e emocionais comuns, concluindo-se que as pessoas que deixam notas de suicídio parecem ter a depressão como o principal fator emocional do seu comportamento suicida. Outros fatores identificados foram a culpa, a vergonha, a dor e a raiva (Coster & Lester, 2013).

Segundo Conwell e colaboradores (2011), existe igualmente um número cada vez mais elevado de suicídios em adultos jovens e de idade média. Se analisarmos a trajetória de vida dos jovens, desde a entrada no ensino superior à conclusão do curso, surgem diversas alterações nas suas vidas, caracterizando-se como um período conturbado, que pode estar na origem de vários problemas de saúde mental, entre os quais os comportamentos suicidas (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011). Embora não se conheçam todos os fatores que podem levar um jovem a cometer o suicídio, a OMS (2002) enumera alguns fatores de risco para o suicídio

juvenil: perturbações psiquiátricas e história de suicídio na família, expectativas demasiado elevadas ou muito baixas dos pais em relação aos filhos, negligência e maus tratos na infância, rigidez na família, excesso de autoridade, divórcios/separações, dificuldades escolares, problemas e conflitos interpessoais, separação dos pares e/ou do companheiro e a morte de pessoas significativas. Entre os fatores protetores destacam-se: as boas relações familiares, competências sociais, suporte social, estilos de vida saudáveis, valores culturais, religião e boas relações interpessoais.

A autolesão não suicida entre jovens e jovens adultos continua a ser um problema atual e um verdadeiro desafio ao nível do tratamento (Muehlenkamp, 2012), sendo um dos preditores mais significativos de ideação suicida e de tentativas de suicídio (Burke, Hamilton, Cohen, Stange, & Alloy, 2016). Sobre esta temática, Muehlenkamp (2012) verificou que este tipo de comportamento reflete uma estratégia de *coping* focada no corpo, onde o sofrimento interno é externalizado e executado no corpo.

Uma vez que a ideação suicida ou os pensamentos suicidas representam um dos preditores mais significativos das futuras tentativas de suicídio e suicídio completo (Nock et al., 2008), é fundamental compreender melhor os processos cognitivos relacionados com o comportamento suicida (Chu, Buchman-Schmitt, & Joiner, 2015). Neste sentido, também a investigação de Taylor, Wood, Gooding e Tarrier (2014) veio comprovar que elevadas perceções de derrota podem gerar avaliações negativas que se associam à ideação e ao comportamento suicida. Nahaliel e colaboradores (2014) ainda confirmaram no estudo que o número de perdas afeta a tendência suicida, de uma forma indireta, sendo mediada pela presença de dor mental.

A presença de **sintomatologia psicopatológica** ou perturbação psíquica em sujeitos que se suicidam também é um fenómeno muito frequente. Ao nível estatístico é comum encontrarmos fortes associações entre as perturbações mentais e o suicídio (e.g., Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Neste âmbito, por exemplo Campos e colaboradores (2016) debruçaram-se em analisar a ligação entre a depressão e o suicídio em populações não clínicas. Concluíram que diversos fatores psicossociais contribuíram, de forma independente, para a predição do comportamento suicida. Consideraram ainda que a tendência suicida é mais do que a depressão e que é importante explorar as diferenças individuais e os antecedentes contextuais. Por outro lado, DeVlyder e equipa (2015) mostraram na sua investigação que as experiências psicóticas estão correlacionadas a um maior risco de ideação e de comportamentos suicidas em jovens adultos. Contudo, parece que este resultado se deve essencialmente a fatores de risco psicossocial, sobretudo os que contribuem para o stresse cumulativo.

O facto da intenção suicida ser considerada um indicador importante de suicídio posterior, foi o mote para Menon, Kattimani, Shrivastava e Thazath (2013) efetuarem uma investigação, na qual analisaram o nível de intenção suicida numa amostra de jovens, atendidos em serviços de emergência por tentativa de suicídio, de forma a identificar os fatores associados. Os autores concluíram que a elevada intenção de suicídio nos jovens foi relacionada com a morbididade psiquiátrica e com a presença de desesperança. Ainda verificaram que a desesperança foi um preditor significativo da intenção suicida e que a gravidade da intenção suicida não foi influenciada pelo género, idade, estado civil e nível educacional.

Na mesma linha de pensamento, Meszaros e Fischer-Danzinger (2000) vieram esclarecer as causas e os fatores de risco do suicídio. Neste estudo, os autores descobriram que as doenças psicopatológicas e alguns eventos psicossociais stressantes representaram um risco elevado de suicídio prolongado, destacando as seguintes patologias: depressão grave com sintomas psicóticos e/ou delírio, esquizofrenia paranóide, perturbação de personalidade grave, traços de personalidade do tipo melancólico, intoxicação por abuso de substâncias e ocorrência adicional de eventos stressantes agudos (e.g., problemas conjugais).

Assim, verificou-se que é comum existir uma estreita relação entre o comportamento suicida e a depressão, bem como entre outras patologias psíquicas. Compreendeu-se também que os fatores de risco psicossocial são menos estudados, sendo importante investir mais neste âmbito para que o conhecimento sobre este fenómeno seja mais abrangente e as intervenções mais específicas (e.g., Nrugham, Herrestad, & Mehlum, 2010). Contudo, considera-se que continua a ser imprescindível haver uma compreensão mais aprofundada sobre a relação entre as perturbações psiquiátricas e alguns correlatos psicológicos (e.g., temperamentos afetivos, desesperança e vergonha). Assim, poder-se-á ter uma visão e um entendimento mais abrangente sobre a evolução do comportamento suicida (Iliceto et al., 2011). Por este motivo, iremos de seguida explorar de forma aprofundada o papel das experiências de vergonha, do autocriticismo e da autocompaixão e a influência que têm na intenção suicida.

Experiências de Vergonha, Autocriticismo e Autocompaixão

A **vergonha** é uma resposta involuntária que diz respeito à desvalorização pessoal e à tomada de consciência da perda de estatuto, ou seja, está associada à posição social e à reputação pessoal (Gilbert, 1998, 2003). Assim, a vergonha é uma emoção que envolve uma dupla experiência: a experiência interna do eu (vergonha interna) e a experiência social (vergonha externa). A vergonha em contexto social ocorre quando a pessoa se percebe como

não atrativa e existe igualmente a percepção de que o seu Eu é indesejado pelos outros (Gilbert, 1998).

Esta emoção também está relacionada com determinadas crenças, tais como a possibilidade de ser desprezado e/ou rejeitado pelos outros porque não tem capacidades suficientes para tal; a possibilidade de ser ridicularizado pelos outros; e a ausência de capacidade para criar uma imagem positiva na mente dos outros. O medo da vergonha e do ridículo pode ser de tal forma intenso que os indivíduos arriscam-se ao ponto de ter ferimentos físicos graves ou até mesmo sujeitar-se à morte para evitá-lo. Assim, compreende-se que a vergonha pode gerar consequências graves ao nível da aceitação social, bem como a decadência das relações sociais (Gilbert, 2003). Por outro lado, Gilbert (2002) salienta que a vergonha pode funcionar como uma emoção funcional, na medida em que perante uma situação de ameaça social, pode defender o Eu de determinadas ameaças sociais.

Lourenço, Palmeira, Dinis e Pinto Gouveia (2010) também dão um contributo importante ao referirem que a vergonha é uma emoção que está presente na vida das pessoas desde muito cedo (infância), salientando igualmente que pode estar associada a sintomas depressivos e ansiosos. Esta relação entre vergonha e psicopatologia em adultos encontra-se na literatura (e.g., Tangney, 1995). Neste sentido, o estudo de Lourenço e colaboradores (2010) vem mostrar que esta associação surge precocemente na vida das pessoas.

Gilbert, Bhundia, Mitra, Mcewan, Irons e Sanghera (2007) realizaram uma pesquisa onde se exploraram as atitudes focadas na vergonha em diferentes comunidades (estudantes asiáticos e estudantes não asiáticos) e os problemas de saúde mental, comparando as diferenças culturais. Os resultados revelaram que os estudantes asiáticos mostraram níveis mais elevados de vergonha externa, mas não apresentaram crenças internas sobre a vergonha. Estes estudantes mostraram ainda mais preocupação relativamente à confidencialidade quando a questão envolveu falar sobre sentimentos e/ou ansiedades pessoais, bem como o medo de envergonhar a família por terem problemas de saúde mental, comparando com os estudantes não asiáticos. Contudo, foi curioso perceber que não houve diferenças na vergonha internalizada entre os grupos de estudantes. A vergonha internalizada está, então, associada a um sentimento de autculpabilização, inferioridade pessoal e falha por ter um problema de saúde mental.

Gilbert (2000) também sugere que a vergonha, a depressão e a ansiedade social estão todas associadas a estratégias defensivas submissas que se elevam quando as pessoas se encontram em posições indesejadas de baixo estatuto social. A sua investigação confirmou a sua ideia ao mostrar que a vergonha, a depressão (não inclui a culpa) e a ansiedade social estão fortemente relacionadas com o comportamento submisso e com a sensação de inferioridade.

Também tem em sido evidenciada a ligação entre o autocriticismo e a vergonha. Neste âmbito, Whelton (2000) mostrou que é comum indivíduos com elevado autocriticismo submeterem-se aos seus pensamentos autocríticos, expressando um fâcies triste e envergonhado. Esta incapacidade por vezes resulta na depressão, como também se pode comprovar na pesquisa de Gilbert e equipa (2010) que revela que a função autoperseguidora da autocrítica está intimamente ligada à autoflagelação, depressão e ansiedade. Ainda importa referir que os sintomas depressivos podem estar fortemente associados à vergonha interna e ao autocriticismo em jovens. A vergonha interna e o autocriticismo são igualmente preditores significativos da submissão e da depressão (Coelho, Castilho, & Pinto-Gouveia, 2010).

Assim, torna-se pertinente estudar o **autocriticismo**. O autocriticismo e o autoataque são ativados quando os indivíduos sentem que algo correu mal ou que falharam em tarefas importantes. Em concreto, o autocriticismo funciona como um sistema interno, uma forma de relação eu-eu, que está sistematicamente a procurar defeitos, falhas e imperfeições, condena ou detesta a outra parte que se submete, sugerindo a existência de uma interação entre os diferentes aspetos do eu (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). Essa luta constitui uma experiência constante e repetida de autoataque e condenação, que gera um sentimento de vergonha. As pessoas que apresentam pensamentos de autoataque negativos procuram de todas as formas escapar desta experiência interna. Os esforços associados à tentativa de fugir dos pensamentos autocríticos aumenta a vulnerabilidade para a resposta depressiva (Gilbert, 2001).

A autocrítica, de modo geral, está associada à atividade nas regiões do córtex pré-frontal lateral e no cíngulo dorsal anterior, juntando o pensamento autocrítico ao processamento/resolução de erros, o que culmina na inibição comportamental (Longe et al., 2010 citados por Baião, Gilbert, McEwan, & Carvalho, 2015).

Ao longo de tempo o autocriticismo tem sido associado a uma variedade de problemas de natureza psicológico, sendo frequente que seja o foco da intervenção em psicoterapia.

Existem inúmeras investigações que relacionaram o autocriticismo e outras variáveis (e.g., vergonha, depressão, ansiedade, stress, sexo, entre outras), usando a Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (e.g., Baião et al., 2015; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2017; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons 2004). Por exemplo, Baião e colaboradores (2015) realizaram um estudo para explorar as características psicométricas da Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização. Além de terem comprovado que o instrumento tem uma boa confiabilidade, no seu estudo comparativo verificaram que ao nível das diferenças de género, na população não clínica, os homens apresentaram pontuações mais elevadas no eu tranquilizador e menores no eu inadequado e eu

detestado, comparando com as mulheres. Assim, os autores sugerem que, de forma geral, as mulheres são mais autocríticas e menos autoconfiantes.

As pessoas autocríticas e com elevados níveis de vergonha podem ter uma enorme dificuldade em serem gentis com elas mesmas, afetuosas e autocompassivas. Neste sentido, Gilbert (2009) refere que as pessoas sujeitas a experiências precoces negativas, nomeadamente a intimidação, abuso, negligência e/ou falta de afeto podem tornar-se muito sensíveis e vulneráveis a ameaças de rejeição ou críticas externas, podendo rapidamente adotar uma postura de autoataque, na qual o seu mundo interno e externo se tornam hostis.

A **autocompaixão** implica ser compreensivo, bondoso e gentil em relação a si mesmo em situações de fracasso, dor ou inadequação pessoal (e.g., Homan, 2016; Neff, 2003), em vez de ser duramente autocrítico. Requer igualmente compreensão sobre as experiências de uma pessoa como parte mais ampla da experiência humana (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). A autocompaixão é simplesmente compaixão orientada para dentro (Germer & Neff, 2013) e uma das suas características mais relevantes é que provê resiliência emocional ao considerar determinados problemas com a própria vida ou consigo mesmo (Neff, 2009). Neff (2003) propôs que a autocompaixão envolve três constituintes: 1) autoestima versus autojulgamento, 2) senso de humanidade comum versus isolamento, e 3) *mindfulness* versus sobreidentificação excessiva. Salienta que estes constituintes interagem entre si para criar um estado de espírito autocompetente. Assim, a compaixão pode ser dirigida para o ego quando o sofrimento de alguém não é culpa sua, bem como quando as circunstâncias da vida são difíceis de suportar.

Com o intuito de explorar a associação entre a autocompaixão e a saúde psicológica, Neff e colaboradores (2007) efetuaram uma pesquisa que envolveu dois estudos empíricos. Ambos os estudos mostraram que a autocompaixão está relacionada com o funcionamento psicológico adaptativo, ajudando a proteger contra a ansiedade e a autoavaliação das fraquezas pessoais. Também verificaram que o aumento da autocompaixão foi associado ao aumento de outros indicadores de saúde mental. Na mesma linha de pensamento, Homan (2016) refere na sua pesquisa que a autocompaixão está positivamente correlacionada com o bem-estar psicológico, moderando a associação entre a autoavaliação da saúde e a depressão. Também sugere que a autopercepção pode ser modificada, o que pode desencadear respostas cognitivas, emocionais e comportamentais mais positivas. Pesquisas recentes de uma perspetiva psicológica ocidental indicam que o comportamento das pessoas varia de acordo com o traço de personalidade da autocompaixão, neste âmbito, existem inúmeros estudos sugerem que a autocompaixão está positivamente relacionada com o bem-estar emocional (Neff, 2009), com a saúde mental e com a satisfação com a vida e, negativamente associada à depressão e à ansiedade (Neff, 2003).

Orientando-se por outra perspectiva, Zeng, Ma e Li (2017) realizaram um estudo onde analisaram se o stresse medeia ou não a relação entre o *mindfulness* e a ideação suicida em idosos, concluindo que o stresse percebido mediu completamente a relação entre *mindfulness* e a ideação suicida. Por isso, é de extrema importância que as estratégias de intervenção se foquem em trabalhar a atenção plena em adultos mais velhos, dado que os seus níveis de stresse podem ser diminuídos, assim como a probabilidade de desenvolverem uma ideação suicida grave. Zhang e colaboradores (2017) também realizaram recentemente uma pesquisa onde investigaram o papel da autocompaixão no alívio do efeito da autocrítica sobre a sintomatologia depressiva em 147 afroamericanos urbanos com uma recente tentativa de suicídio. Todos os sujeitos incluídos nesta amostra tinham um histórico de recente tentativa de suicídio. Através dos resultados, os autores verificaram que a autocrítica apresentou uma correlação positiva com os sintomas depressivos e negativa com a autocompaixão. Já a autocompaixão esteve negativamente relacionada com os sintomas depressivos. Também constataram que a autocompaixão mediu a relação entre os sintomas autocríticos e depressivos, sugerindo desta forma que a autocompaixão tem um efeito benéfico ao melhorar o impacto negativo da autocrítica sobre os sintomas depressivos.

Assim, compreendemos que a autocompaixão pode ter um papel protetor nas dificuldades de saúde mental em populações adultas, porque o seu potencial em idades mais jovens parece ainda pouco pesquisado (Xavier, Pinto-Gouveia, & Cunha, 2016), apesar de termos conhecimento que a autocompaixão pode ter uma função protetora contra o impacto dos sintomas depressivos na lesão não suicida em adolescentes (Xavier et al., 2016).

Ao concluir-se o enquadramento teórico, compreende-se que há uma clara associação entre os sintomas psicopatológicos, a vergonha, o autocriticismo e a intenção suicida; bem como uma relação entre a autocompaixão e a intenção suicida.

Objetivos

O presente estudo tem como principal objetivo estudar a intenção suicida e sua relação com os sintomas psicopatológicos, vergonha, autocriticismo e autocompaixão em jovens adultos, adultos e idosos. Assim, são objetivos específicos: 1) Realizar uma análise descritiva da intenção suicida, sintomas psicopatológicos, vergonha, autocriticismo e autocompaixão; 2) Analisar as correlações entre a intenção suicida, sintomas psicopatológicos, vergonha, autocriticismo e autocompaixão; e 3) Verificar se há diferenças na intenção suicida em função de algumas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, solidão e problemas de saúde).

Método

Participantes

A seleção dos participantes foi feita segundo a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, por ser uma amostra composta por sujeitos da comunidade que são facilmente atingíveis e que estão presentes num preciso momento e num determinado local (Fortin, 1999).

O critério de inclusão para a participação no presente estudo requereu que os sujeitos tivessem idades superiores a 18 anos.

Após a recolha de dados, obtivemos uma amostra total de 461 sujeitos (Tabela 1), maioritariamente do sexo feminino ($n = 266, 57,7\%$), com idades compreendidas entre os 18 e os 87 anos, sendo mais frequente os participantes terem idades entre os 30 e os 49 anos ($M = 43,13; DP = 14,88$). Verificamos também que grande parte da nossa amostra possui o ensino básico ($n = 174, 37,7\%$) e o ensino secundário ($n = 160, 34,7\%$). Mais de metade dos participantes estão casados ou em união de facto ($n = 253, 54,9\%$), sendo mais comum o seu agregado familiar ser constituído por 3 ou 4 pessoas ($n = 263, 57,0\%$), incluindo os filhos ($n = 294, 63,8\%$).

Tabela 1*Caracterização sociodemográfica da amostra*

	<i>n</i> = 461	%	Medidas descritivas
Sexo			
Masculino	195	42,3	<i>Mo</i> : Feminino
Feminino	266	57,7	
Idade			
18 aos 29 anos	107	23,2	<i>M</i> = 43,13
30 aos 49 anos	190	41,2	<i>DP</i> = 14,88
50 aos 87 anos	164	35,6	<i>Mo</i> : 30 aos 49 anos
Habilitações literárias			
Sabe ler e escrever	5	1,1	
Ensino básico	174	37,7	<i>Mo</i> : Ensino básico
Ensino secundário	160	34,7	
Ensino superior	122	26,5	
Estado civil			
Solteiro	146	31,7	
Casado/União de facto	253	54,9	<i>Mo</i> : Casado/União de facto
Divorciado/Separado	42	9,1	
Viúvo	20	4,3	
Agregado familiar			
1 Pessoa	31	6,7	
2 Pessoas	96	20,8	<i>Mo</i> : 3 a 4 Pessoas
3 ou 4 Pessoas	263	57,0	
5 a 8 Pessoas	33	7,2	
Filhos			
Não	167	36,2	<i>Mo</i> : Sim
Sim	294	63,8	

Nota. *n* = número total de sujeitos da amostra; *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *Mo*: moda

Procedimentos

Numa fase inicial, e de forma a assegurar a exequibilidade da investigação, efetuaram-se pedidos de autorização ao Centro Paroquial Bem Estar Social de Almalaguês e para a Casa de Repouso Solar das Chãs, tendo ambos sido aceites.

O protocolo de investigação foi constituído pelos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Escala da Suicidabilidade (ES; Castilho, Pinto, & Carreiras, 2014); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory; BSI; tradução e adaptação portuguesa de Canavarro, 1995); Escala da Vergonha Externa e Vergonha Interna (EVEI; Moura-Ramos, Ferreira, Matos, & Galhardo, 2018); Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale; FSCRS; tradução e adaptação portuguesa de Castilho & Pinto Gouveia, 2005) e Escala de Autocompaixão (SELFCS; Self-Compassion Scale; Neff, 2003; tradução e adaptação portuguesa de Pinto Gouveia & Castilho, 2006).

Também se elaborou um consentimento informado para que sujeitos tivessem conhecimento do estudo e dos seus objetivos, referindo-se a confidencialidade e anonimato dos dados, garantindo ainda que iriam ser usados apenas no presente estudo.

A recolha de dados decorreu entre os meses de fevereiro e junho de 2018 e os participantes demoraram cerca de 45 minutos a 1 hora a completar o protocolo de investigação.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Este questionário foi elaborado especificamente para a presente investigação, incluindo questões de resposta fechada e resposta aberta, tendo um total de 14 questões. A principal finalidade foi recolher informação relativa aos *dados pessoais* (e.g., idade; sexo; habilitações literárias; estado civil; profissão), *dados familiares* (agregado familiar, número de filhos e respetivas idades) e também averiguar o *nível de solidão* (frequência com que se sente só e se tem amigos) e a *presença ou não de problemas de saúde* (problemas mentais, cardíacos, visuais, alérgicos, obesidade, entre outros) nos sujeitos da nossa amostra.

Escala da Suicidabilidade (ES; Carreiras, 2014)

A ES é um instrumento de autorresposta que foi desenvolvido para avaliar com que frequência um indivíduo tem pensamentos de morte e suicidas. É composto por 11 itens, que são classificados numa escala tipo Likert de 4 pontos, que varia entre 0 (nunca me acontece) e 3 (acontece-me sempre). No que diz respeito à cotação os valores mais elevados indicam mais comportamentos suicidas (Carreiras, 2014).

Ao nível da consistência interna, a ES revela um valor de alfa de Cronbach de 0,94 para a escala total, sendo considerado muito bom (Carreiras, 2014). Na nossa amostra os valores de alfa de Cronbach para a escala ES foram de 0,95, apresentando assim uma boa consistência interna (DeVellis, 1991).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory; BSI; Derogatis, 1993; adaptação portuguesa de Canavarro, 1999)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos ou, em inglês, *Brief Symptom Inventory (BSI)* foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999). É um instrumento constituído por 53 itens, que avalia nove dimensões de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a *somatização* (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), *obsessões-compulsões* (itens 5,

15, 26, 27, 32 e 36), *sensibilidade interpessoal* (itens 20, 21, 22 e 42), *depressão* (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), *ansiedade* (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), *hostilidade* (itens 6, 13, 40, 41 e 46), *ansiedade fóbica* (itens 8, 28, 31, 43 e 47), *ideação paranoide* (itens 4, 10, 24, 48 e 51) e *psicoticismo* (itens 3, 14, 34, 44 e 53). Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a uma nenhuma dimensão específica, mas são relevantes do ponto de vista clínico e, por esse motivo, são tidos em conta nas cotações dos três índices globais. O inventário facilita a obtenção de resultados através de três índices globais que possibilitam a avaliação da perturbação emocional: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP) (Canavarro, 1999).

As respostas são dadas através de uma escala tipo likert de cinco pontos, variando entre 0 (Nunca) e 4 (Muitíssimas vezes). Para obter as pontuações das nove dimensões deve somar-se os valores obtidos em cada item pertencentes a cada dimensão. De seguida, a soma obtida deverá ser dividida pelo número de itens pertencentes à respetiva dimensão. Importa ainda referir que o ISP é considerado o melhor indicador para sintomas psicopatológicos, tendo o limiar de 1.7 sido tomado como indicador de risco (Canavarro, 1999).

A versão portuguesa do BSI (Canavarro, 1999) indicou valores adequados ao nível da consistência interna para as nove subescalas, com valores de alfa entre 0,62 (psicoticismo) e 0,80 (somatização). Estudos mais recentes revelam que as características psicométricas do instrumento BSI são razoáveis, situando-se no intervalo 0,70 e 0,80, exceto para as escalas de ansiedade fóbica e psicoticismo, que apresentam valores ligeiramente inferiores (Canavarro, 2007). Na presente investigação os alfas de Cronbach obtidos foram de: 0,84 (somatização) 0,82 (obsessões compulsivas) 0,82 (sensibilidade interpessoal) 0,88 (depressão) 0,85 (ansiedade) 0,84 (hostilidade) 0,79 (ansiedade fóbica) 0,79 (ideação paranoide) e 0,78 (psicoticismo), valores que sublinham a presença de uma boa consistência interna (DeVellis, 1991).

Escala da Vergonha Externa e Vergonha Interna (EVEI; Moura-Ramos, et al., 2018)

A EVEI é uma escala de autorrelato cujo objetivo visa avaliar as experiências de vergonha. É constituída por 16 itens, distribuídos por duas dimensões: *vergonha externa* (itens 1, 4, 5, 7, 8, 13, 15 e 16) e *vergonha interna* (itens 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12 e 14). Concretamente a vergonha externa avalia a perceção de que os outros possam julgar ou criticar negativamente, enquanto a vergonha interna avalia o autojulgamento global negativo em que o Eu se sente inferior, diferente e desinteressante. Neste instrumento, as respostas são dadas através de uma escala tipo Likert de quatro pontos (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente

e 4 = sempre). Ao nível da cotação, importa referir que uma cotação elevada revela níveis superiores de vergonha (Moura-Ramos et al., 2018).

Em relação às propriedades psicométricas, a versão portuguesa evidencia uma boa consistência interna, tanto para a escala total, como para as duas subescalas (Ramos, Matos, & Galhardo, 2016). No presente estudo os valores de alfa de Cronbach foram de: 0,94 (escala total); 0,90 (subescala da vergonha externa) e 0,87 (subescala da vergonha interna). Podemos então considerar que tanto a escala como as subescalas têm uma boa consistência interna (DeVellis, 1991).

Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale; FSCRS; Gilbert, et al., 2004; adaptação portuguesa de Castilho & Pinto Gouveia, 2005a)

O FSCRS é um instrumento de autorresposta que visa avaliar a forma como as pessoas se autocriticam e autotranquilizam perante episódios de derrota e frustração. É composto por 22 itens estando subdivididos em três subescalas: *Eu inadequado* (itens 1, 2, 4, 6, 7, 14, 17, 18, 20), que define sentimentos de desvalorização do Eu perante obstáculos, erros e fracassos; *Eu tranquilizador* (itens 3, 5, 8, 11, 13, 16, 19, 21), que observa as atitudes positivas, de conforto, tranquilização e compaixão para com o Eu); e *Eu detestado* (itens 9, 10, 12, 15, 22), que avalia sentimentos de resposta aversivos, de autorrepugnância, autopunição, ódio e raiva, perante situações de fracasso no desejo contínuo de magoar, perseguir, insultar e agredir o Eu. Nesta escala, os participantes devem escolher a resposta que melhor descreve os seus pensamentos e sentimentos. Os itens são classificados através de uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando entre 0 (Não sou assim) e 4 (Sou extremamente assim) (Castilho & Gouveia, 2011).

No que concerne às características psicométricas, verificamos que na versão original (Gilbert et al., 2004) os valores de alfa de Cronbach foram de 0,90 para a subescala Eu Inadequado; e 0,86 para as subescalas do Eu Tranquilizador e do Eu Detestado. Na versão portuguesa o valor da consistência interna da subescala Eu Inadequado foi de 0,89; na subescala do Eu Tranquilizador 0,87 e na subescala Eu Detestado 0,62. Apesar da subescala Eu Detestado apresentar um valor de alfa de Cronbach mais baixo, de modo geral o instrumento apresenta subescalas com uma boa consistência interna (Castilho & Gouveia, 2011). No nosso estudo, também se verificaram bons índices de consistência interna para as diferentes subescalas. Assim para a subescala Eu Inadequado obtivemos um valor de alfa de Cronbach de 0,88, para a subescala Eu Tranquilizador 0,87 e para a subescala Eu Detestado 0,81, podendo assim considerar que estamos perante uma boa consistência interna (DeVellis, 1991).

Escala de Auto-Compaixão (SELFCS; Self-Compassion Scale; Neff, 2003; adaptação portuguesa de Castilho & Pinto Gouveia, 2011b)

A SELFCS é um instrumento de autorresposta concebido para avaliar a autocompaixão, isto é, avalia a atitude compassiva em relação ao próprio. É composta por 26 itens, onde inclui 6 subescalas: *calor/compreensão* (itens 5, 12, 19, 23, 26); *autocrítica* (itens 1, 8, 11, 16, 21); *condição humana* (itens 3, 7, 10, 15); *isolamento* (itens 4, 13, 18, 25); *mindfulness* (itens 9, 14, 17, 22) e *sobreidentificação* (itens 2, 6, 20, 24). As respostas são dadas através de uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando entre 1 (quase nunca) e 5 (quase sempre).

A cotação deste questionário pode ser efetuada de duas formas: ao nível da escala global (autocompaixão), ou ao nível das subescalas. Em qualquer dos casos, calcula-se a média dos resultados dos itens que as constituem, tendo o cuidado de inverter previamente os itens (1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25) das subescalas negativas (isolamento, autocrítica e sobreidentificação) que estão formulados no sentido oposto ao da designação das mesmas (e.g., 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1). Para uma interpretação mais prática, deve-se utilizar a média da escala total, podendo assim classificar-se o sujeito segundo três parâmetros: baixa autocompaixão (intervalo de 1 a 2,5); moderada autocompaixão (intervalo de 2,5 a 3,5) e elevada autocompaixão (intervalo de 3,5 a 5,0) (Neff, 2003).

Relativamente às propriedades psicométricas da versão original do instrumento (Neff, 2003), as subescalas apresentaram os seguintes valores de consistência interna: 0,78 (calor/compreensão), 0,77 (autocrítica), 0,80 (condição humana), 0,79 (isolamento), 0,75 (mindfulness), 0,81 (sobreidentificação) e 0,92 (escala total de autocompaixão). Na versão portuguesa (Castilho e Gouveia, 2011) os valores de alfa de Cronbach são semelhantes aos da versão original: 0,84 (calor/compreensão); 0,82 (autocrítica); 0,77 (condição humana); 0,75 (isolamento); 0,73 (mindfulness) e 0,78 (sobreidentificação), o que significa que as subescalas têm uma boa consistência interna (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). No presente estudo, também realizamos uma análise psicométrica, na qual verificamos que os alfas das subescalas apresentaram os seguintes valores: 0,80 (calor/compreensão); 0,75 (autocrítica); 0,77 (condição humana); 0,74 (isolamento); 0,76 (mindfulness); e 0,73 (sobreidentificação), que significa que as subescalas têm uma boa consistência interna. No que respeita à escala total, esta apresentou um alfa de Cronbach de 0,80, o que traduz uma consistência interna muito boa (DeVellis, 1991).

Análise Estatística

Para a análise de dados usou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

Em primeiro lugar, calculou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov que mostrou que a maioria das variáveis em estudo não revelaram uma distribuição normal. Contudo, através dos coeficientes de assimetria e curtose ($Sk < |3|$ e $Ku < |10|$) verificou-se que as variáveis não mostraram valores que apontassem para a existência de violações na distribuição da amostra. Por isso, uma vez que a amostra apresenta um n superior a 30, optámos por efetuar testes paramétricos (Pestana & Gageiro, 2014). Os valores de alfa de Cronbach das escalas e subescalas em estudo foram interpretados segundo os critérios de DeVellis (1991): entre 0,6 e 0,7: aceitável; entre 0,7 e 0,8: bom; entre 0,8 e 0,9: muito bom.

Seguidamente, procedeu-se ao cálculo de frequências absolutas e percentuais, bem como de estatísticas descritivas dos instrumentos, incluindo as medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo). Também executamos o coeficiente de correlação de Pearson para analisar as associações entre a intenção suicida e os sintomas psicopatológicos, vergonha, autocriticismo e autocompaixão. Para classificar as correlações considerou-se os critérios de Pestana e Gageiro (2014): nas correlações muito baixas o r situa-se abaixo de 0,19; nas correlações baixas o r está entre o 0,20 e 0,39; nas correlações moderadas o r está entre 0,40 e 0,69; e nas correlações altas o r situa-se entre 0,70 e 0,89.

Ainda realizámos o teste t de Student para amostras independentes com a finalidade de analisar a existência de diferenças na intenção suicida em função da variável sexo e problemas de saúde. Para analisar a variância nas pontuações médias das subescalas dos instrumentos em função das variáveis idade, estado civil e solidão, utilizou-se a ANOVA (com Post-Hoc de Tukey).

Resultados

Na Tabela 2 apresenta-se a análise descritiva dos instrumentos utilizados neste estudo: ES (intenção suicida), BSI (sintomas psicopatológicos), EVEI (vergonha), FSCRS (autocriticismo) e SELFCS (autocompaixão).

Ao nível da intenção suicida, verificou-se que a pontuação média obtida pelos participantes é muito baixa ($M = 5,05$; $DP = 6,68$), tendo em consideração o intervalo que varia entre 0 e 33.

Relativamente aos sintomas psicopatológicos, destaca-se a ideação paranoide ($M = 1,18$; $DP = 0,80$; Mínimo = 0; Máximo = 4) e, logo de seguida, as obsessões-compulsões ($M = 1,10$; $DP = 0,71$; Mínimo = 0; Máximo = 3,83) que apresentaram pontuações médias superiores, comparando com os outros sintomas. Contudo, são valores que se encontram abaixo da média, tendo em conta os respetivos intervalos.

No que concerne à vergonha, constatou-se que o valor médio mais elevado se encontra na dimensão vergonha externa ($M = 9,49$; $DP = 5,91$), mas situa-se abaixo da média da pontuação desta dimensão do instrumento (Mínimo = 0; Máximo = 32), comparando com a vergonha interna que apresentou um valor médio mais baixo ($M = 8,04$; $DP = 5,74$). Já a pontuação média da vergonha total é baixa ($M = 17,57$; $DP = 11,21$), tendo em conta o intervalo (Mínimo = 0; Máximo = 64).

No autocriticismo encontra-se um valor médio mais elevado na subescala eu tranquilizador ($M = 19,10$; $DP = 6,82$). No entanto, ao se observar o intervalo, que varia entre 0 e 32, verificou-se que a pontuação está abaixo da média, o que também ocorreu no autocriticismo total ($M = 13,17$; $DP = 10,03$; Mínimo = 0; Máximo = 52).

Em relação aos resultados da autocompaixão, identificam-se duas subescalas que se destacaram pelos valores médios mais elevados: a condição humana ($M = 3,30$; $DP = 0,82$) e o *mindfulness* ($M = 3,29$; $DP = 0,81$), comparando com as outras subescalas.

Tabela 2*Análise descritivas dos instrumentos em estudo (n = 461)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Intervalo</i> (Mínimo e Máximo)	<i>Varição teórica</i> (Mínimo e Máximo)
ES-Intenção suicida	5,05	6,68	0 – 33	0 – 44
BSI-Somatização	0,09	0,09	0 – 0,47	0 – 4
BSI-Obsessões-compulsões	1,10	0,71	0 – 3,83	0 – 4
BSI-Sensibilidade interpessoal	0,86	0,76	0 – 4	0 – 4
BSI-Depressão	0,76	0,76	0 – 4	0 – 4
BSI-Ansiedade	0,83	0,68	0 – 4	0 – 4
BSI-Hostilidade	0,88	0,73	0 – 4	0 – 4
BSI-Ansiedade fóbica	0,42	0,57	0 – 3,40	0 – 4
BSI-Ideação paranoide	1,18	0,80	0 – 4	0 – 4
BSI-Psicoticismo	0,63	0,67	0 – 3,80	0 – 4
BSI-Índice geral de sintomas	43,70	0,60	0 – 4	0 – 4
BSI-Índice de sintomas positivos	1,50	0,48	0 – 3,92	0 – 4
BSI-Total de sintomas positivos	27,01	14,05	1 – 53	1 – 53
EVEI-Vergonha externa	9,49	5,91	0 – 32	0 – 32
EVEI-Vergonha interna	8,04	5,74	0 – 32	0 – 32
EVEI-Vergonha total	17,57	11,21	0 – 64	0 – 64
FSCRS-Eu inadequado	10,48	7,26	0 – 34	0 – 36
FSCRS-Eu tranquilizador	19,10	6,82	0 – 32	0 – 32
FSCRS-Eu detestado	2,66	3,58	0 – 20	0 – 20
FSCRS-Autocriticismo total	13,17	10,03	0 – 52	0 – 88
SELFCS-Calor/compreensão	3,00	0,80	1 – 5	1 – 5
SELFCS-Autocrítica	2,53	0,74	1 – 5	1 – 5
SELFCS-Condição humana	3,30	0,82	1 – 5	1 – 5
SELFCS-Isolamento	2,46	0,82	1 – 5	1 – 5
SELFCS-Mindfulness	3,29	0,81	1 – 5	1 – 5
SELFCS-Sobreidentificação	2,54	0,81	1 – 5	1 – 5
SELFCS-Autocompaixão total	2,85	0,47	1 – 5	1 – 5

Na Tabela 3 são apresentadas as associações entre a intenção suicida, sintomas psicopatológicos (incluindo os índices), vergonha, autocriticismo e autocompaixão, através do coeficiente de correlação de Pearson. Assim, com base nos resultados constatou-se que a intenção suicida apresentou correlações positivas moderadas com a somatização ($r = 0,43$), com as obsessões-compulsões ($r = 0,59$), com a sensibilidade interpessoal ($r = 0,57$), com a ansiedade ($r = 0,59$), com a hostilidade ($r = 0,60$), com a ansiedade fóbica ($r = 0,48$), com a ideação paranoide ($r = 0,51$) e com o psicoticismo ($r = 0,66$). Já com o IGS ($r = 0,30$), com o ISP ($r = 0,24$) e com o TPS ($r = 0,23$) a intenção suicida tem correlação positivas baixas, enquanto com a depressão revelou uma associação positiva alta ($r = 0,72$).

Também é possível observar-se que a intenção suicida estabelece associações positivas moderadas a vergonha externa ($r = 0,56$), com a vergonha interna ($r = 0,59$), com a vergonha total ($r = 0,60$), com o eu inadequado ($r = 0,50$) e com o eu detestado ($r = 0,55$). Por outro lado,

verificou-se que a associação entre a intenção suicida e o autocriticismo total é positiva baixa ($r = 0,23$) e a correlação entre a intenção suicida e o eu tranquilizador é negativa baixa ($r = -0,25$).

Os resultados ainda mostram que a intenção suicida apresenta associações negativas baixas com o calor/compreensão ($r = -0,29$) e com o *mindfulness* ($r = -0,30$). Em contrapartida, tem correlações positivas baixas com a autocrítica ($r = 0,35$) e com a autocompaixão total ($r = 0,14$). Ainda estabelece associações positivas moderadas com o isolamento ($r = 0,46$) e com a sobreidentificação ($r = 0,42$).

Tabela 3

Correlações entre a intenção suicida, sintomas psicopatológicos, vergonha, autocriticismo e autocompaixão

	Intenção suicida
BSI-Somatização	0,43**
BSI-Obsessões-compulsões	0,59**
BSI-Sensibilidade interpessoal	0,57**
BSI-Depressão	0,72**
BSI-Ansiedade	0,59**
BSI-Hostilidade	0,60**
BSI-Ansiedade fóbica	0,48**
BSI-Ideação paranóide	0,51**
BSI-Psicoticismo	0,66**
BSI-Índice geral de sintomas	0,30**
BSI-Índice de Sintomas Positivos	0,24**
BSI-Total de Sintomas Positivos	0,23**
EVEI-Vergonha externa	0,56**
EVEI-Vergonha interna	0,59**
EVEI-Vergonha total	0,60**
FSCRS-Eu inadequado	0,50**
FSCRS-Eu tranquilizador	-0,25**
FSCRS-Eu detestado	0,55**
FSCRS-Autocriticismo total	0,23**
SELFCS-Calor/compreensão	-0,29**
SELFCS-Autocrítica	0,35**
SELFCS-Condição humana	-0,08
SELFCS-Isolamento	0,46**
SELFCS-Mindfulness	-0,30**
SELFCS-Sobreidentificação	0,42**
SELFCS-Autocompaixão total	0,14**

Nota. r = coeficiente de correlação de Pearson (** $p < 0,01$)

Para analisar as diferenças na intenção suicida dependendo do sexo dos participantes, procedeu-se ao cálculo do teste *t* de Student para amostras independentes (Tabela 4). Os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos (masculino e feminino) na intenção suicida.

Tabela 4

Análise de diferenças na intenção suicida em função do sexo

	Sexo		<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino	Feminino		
	(<i>n</i> = 195)	(<i>n</i> = 266)		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)		
Intenção suicida	4,42 (6,12)	5,55 (7,03)	-1,79	0,07

Nota. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; *p* = valor de significância estatística ($p < 0,05$)

Na Tabela 5 apresenta-se o estudo que analisou a variância (ANOVA) da ideação suicida em função da idade dos sujeitos da nossa amostra. Os resultados indicaram que não há diferenças significativa entre grupos (18-29 anos, 30-49 anos, 50-87 anos) na ideação suicida.

Tabela 5

Análise de diferenças na intenção suicida em função da idade

	Idade			<i>F</i>	<i>p</i>
	18-29 anos	30-49 anos	50-87 anos		
	(<i>n</i> = 107)	(<i>n</i> = 190)	(<i>n</i> = 164)		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)		
Intenção suicida	5,17 (6,76)	4,47 (6,40)	5,69 (6,92)	1,47	0,23

Nota. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *F* = ANOVA ($p < 0,05$)

Também se efetuou a análise da variância (ANOVA) da intenção suicida em função do estado civil dos participantes (Tabela 6). Os resultados revelaram que existem diferenças significativas na intenção suicida ($p = 0,00$), onde o grupo dos sujeitos viúvos apresentou o valor médio mais elevado ($M = 12,40$; $DP = 9,66$), comparativamente com o grupo dos solteiros, dos casados/união de facto e dos divorciados/separados. O teste Post-Hoc de Tukey apontou que as diferenças significativas se encontram especificamente entre o grupo dos viúvos e: o grupo dos solteiros ($p < 0,001$), dos casados/união de facto ($p < 0,001$), bem como dos divorciados/separados ($p < 0,001$).

Tabela 6*Análise de diferenças na intenção suicida em função do estado civil*

	Estado civil				F	p
	Solteiro	Casado/União de facto	Divorciado/Separado	Viúvo		
	(n = 146)	(n = 253)	(n = 42)	(n = 20)		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Intenção suicida	4,99 (6,37)	4,63 (6,42)	4,50 (5,72)	12,40 (9,66)	8,93	0,00

Nota. M = média; DP = desvio-padrão; F = ANOVA ($p < 0,05$)

De seguida, realizou-se novamente a análise da variância (ANOVA) da intenção suicida, em função da solidão, caracterizada pelos grupos nunca, raramente, algumas vezes, e frequentemente. Na Tabela 7, os resultados mostram que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na intenção suicida ($p = 0,00$), sendo que o grupo que diz sentir solidão frequentemente obteve pontuações médias superiores de intenção suicida ($M = 15,85$; $DP = 9,32$), comparando com os grupos que indicaram sentir solidão nunca, raramente ou algumas vezes. Com base no teste Post-Hoc de Tukey confirmou-se que as diferenças significativas na intenção suicida se situam concretamente entre os sujeitos que dizem nunca sentirem solidão comparativamente com os que assinalaram as respostas algumas vezes ($p = 0,00$) e frequentemente ($p = 0,00$), entre os que assinalaram a resposta raramente comparativamente aos que sentem solidão algumas vezes ($p = 0,00$) e frequentemente ($p = 0,00$) e, por fim, entre os grupos que sentem solidão algumas vezes e frequentemente ($p = 0,00$).

Tabela 7*Análise de diferenças na intenção suicida em função do nível de solidão*

	Nível de solidão				F	p
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente		
	(n = 87)	(n = 202)	(n = 145)	(n = 27)		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Intenção suicida	2,17 (3,54)	2,86 (3,64)	7,88 (7,69)	15,85 (9,32)	62,83	0,00

Nota. M = média; DP = desvio-padrão; F = ANOVA ($p < 0,05$)

Por fim, efetuou-se o teste *t* de Student para amostras independentes, de forma a analisar se há diferenças significativas na intenção suicida dependendo dos problemas de saúde dos participantes (Tabela 8). Os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente

significativas entre os grupos na intenção suicida ($p = 0,00$), onde os sujeitos com problemas de saúde apresentaram os valores médios mais elevados ($M = 8,23$; $DP = 8,48$), comparando com os sujeitos que não têm problemas de saúde ($M = 3,80$; $DP = 5,31$).

Tabela 8

Análise de diferenças na intenção suicida em função dos problemas de saúde

	Problemas de saúde		<i>t</i>	<i>p</i>
	Não	Sim		
	(<i>n</i> = 329)	(<i>n</i> = 132)		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)		
Intenção suicida	3,80 (5,31)	8,23 (8,48)	-5,57	0,00

Nota. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes ($p < 0,05$)

Discussão e Conclusão

Como já foi mencionado anteriormente, o presente estudo teve como principal objetivo estudar a intenção suicida e sua relação com os sintomas psicopatológicos, vergonha, autocriticismo e autocompaixão em jovens adultos, adultos e idosos.

Os resultados desta investigação evidenciam alguns aspetos relevantes, indicando que os participantes têm um nível de intenção suicida inferior à média ($M = 5,05$). Os sujeitos da amostra também apresentaram sintomas psicopatológicos, designadamente a ideação paranóide e as obsessões-compulsões, sendo frequente sentirem vergonha externa. Contudo, importa realçar que as pontuações dos sintomas psicopatológicos e da vergonha externa encontram-se abaixo da média. Neste âmbito, a bibliografia sublinha que o suicídio é uma atitude e/ou gesto que revela um enorme sofrimento interno (Oliveira et al., 2001), constituindo um acontecimento trágico que afeta todos os que rodeiam o indivíduo (Conwell et al., 2011; Coster & Lester, 2013). Segundo Carreiras (2014), valores mais elevados na Escala de Suicidabilidade indicam mais comportamentos suicidas, o que não ocorre no nosso estudo, dado que a taxa de suicidabilidade nos sujeitos da amostra é muito baixa, sugerindo que têm menos pensamentos suicidas. Todavia, é importante ter atenção ao facto de haver um número cada vez mais elevado de suicídios em adultos jovens e de idade média (cf. Conwell et al., 2011), assim como em idosos com idades superiores a 75 anos (OMS, 2002). Também se deve estar alerta para alguns fatores de risco de suicídio, nomeadamente o género, a idade, a educação, o estado civil e a existência de perturbações mentais (Nock et al., 2008).

Sobre este último fator, a presença de sintomas psicopatológicos, neste estudo encontram-se valores baixos, no entanto, há uma extensa literatura que faz uma ponte entre a presença de psicopatologia e o suicídio, considerando um fenómeno muito frequente (e.g., Campos et al., 2016; Cavanagh, et al., 2003; Coster & Lester, 2013; DeVlyder et al., 2015; Li et al., 2016; Meszaros & Fischer-Danzinger, 2000; OMS, 2002). Meszaros e Fischer-Danzinger (2000) também o confirmam na sua pesquisa ao verificarem que as doenças psicopatológicas e alguns eventos psicossociais stressantes apresentam um risco elevado de suicídio, apontando para algumas patologias como a depressão grave com sintomas psicóticos e/ou delírio, traços de personalidade do tipo melancólico, ocorrência de acontecimentos stressantes agudos, entre outras.

No que diz respeito à vergonha externa, os valores médios obtidos pela amostra também foram baixos, apesar de serem superiores aos da vergonha interna. Neste sentido, a literatura vai mais longe ao mostrar que a vergonha externa pode mediar significativamente a relação entre a autocritica e os sintomas psicopatológicos, o que sugere que o medo de ser desvalorizado pelos outros pode ter um impacto considerável no bem-estar psicológico das pessoas (Castilho et al., 2016).

Ainda se constata nesta investigação que os participantes tendem a autotranquilizar-se perante episódios de insucesso e frustração, comprovando-se através dos baixos resultados nas subescalas eu inadequado, eu detestado e autocriticismo total, bem como pelos elevados valores nas subescalas da autocompaixão, condição humana e *mindfulness*. Estes resultados assemelham-se de alguma forma os de Baião e equipa (2015), apesar de não se fazer uma comparação entre homens e mulheres. Estes autores mencionam na sua investigação que os homens tendem a apresentar pontuações mais elevadas no eu tranquilizador e menores no eu inadequado e eu detestado (subescalas do autocriticismo), comparando com as mulheres. Os dados referentes à autocompaixão são positivos, dado que este construto está relacionado com o funcionamento psicológico adaptativo, bem-estar emocional e com a satisfação com a vida, ajudando a proteger contra a ansiedade, depressão e a autoavaliação das fragilidades pessoais (Neff et al., 2007; Neff, 2009).

Relativamente às associações entre as diferentes variáveis em estudo, constata-se que quanto mais elevada é a intenção suicida, maiores são os sintomas psicopatológicos (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo), destacando-se a depressão. Os resultados são os esperados e corroboram a literatura que salienta as fortes associações entre os sintomas psicopatológicos e o suicídio (e.g., Cavanagh, et al., 2003). A depressão é o sintoma mais

frequente no presente estudo, existindo outras pesquisas, como a de Coster e Lester (2013) e a de Li e colaboradores (2016) em que se sucede o mesmo. Por exemplo, Coster e Lester (2013) expõem no seu estudo que os sujeitos que deixam notas de suicídio parecem ter a depressão como o principal fator emocional do seu comportamento suicida. DeVlyder e colaboradores (2015) fornecem igualmente um contributo importante ao sublinharem que existem outra sintomatologia psicopatológica que interfere com o comportamento suicida, em específico as experiências psicóticas, que podem aumentar o risco de intenção suicida em jovens adultos.

O presente estudo também mostra que quanto mais elevado é o nível de intenção suicida, maior é a vergonha (vergonha externa, vergonha interna, vergonha total) e o autocriticismo (eu inadequado, eu detestado, autocriticismo total). Por outro lado, observa-se que quanto maior é o nível de intenção suicida, menor é capacidade dos sujeitos se autotranquilizarem (eu tranquilizador). Nesta linha de pensamento, os resultados são, de alguma forma, semelhantes aos da literatura. Por exemplo, Coster e Lester (2013), através do seu estudo, cujo objetivo foi analisar notas de suicídio para identificar temas cognitivos e emocionais comuns, concluíram que apesar da depressão ser o fator emocional que teve maior distinção, foram identificados outros fatores, nomeadamente a vergonha. Gilbert (2003) acrescenta ainda que o medo da vergonha e do ridículo pode ser tão intenso que algumas pessoas podem arriscar-se ao ponto de ter ferimentos físicos graves ou até mesmo sujeitar-se à morte para evitá-lo. Por sua vez, a investigação de Taylor, Wood, Gooding e TARRIER (2014) comprova que um nível superior de autocriticismo, ou seja, elevadas perceções de derrota podem gerar avaliações negativas que se associam à intenção e ao comportamento suicida. Concretamente, o autocriticismo funciona como um sistema interno que está constantemente a procurar defeitos e falhas, condenando ou detestando a outra parte que se submete (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). Essa luta torna-se uma experiência de autoataque e condenação, que pode despoletar um sentimento de vergonha (Gilbert, 2009), o que pode justificar a relação negativa entre a intenção suicida e a subescala eu tranquilizador.

Ainda se observa que quanto mais elevado é o nível de intenção suicida, menor é a autocompaixão (amor/compreensão e *mindfulness*). Em oposição, quanto mais elevada é a intenção suicida, maior é a autocrítica, isolamento, sobreidentificação e autocompaixão total. Sobre os resultados obtidos considera-se que se assemelham em parte à bibliografia. A título de exemplo, temos o recente estudo de Zhang e colaboradores (2017), que explora o papel da autocompaixão no alívio do efeito da autocrítica sobre a sintomatologia depressiva em indivíduos com histórico de recente tentativa de suicídio. Os resultados sugerem que a autocrítica apresenta uma correlação positiva com os sintomas depressivos e negativa com a

autocompaixão, enquanto a autocompaixão está negativamente relacionada com os sintomas depressivos. No presente estudo, o nível de autocompaixão diminuiu quando a intenção suicida aumentou nos participantes, o que significa que a capacidade de ser-se caloroso e compreensivo para consigo próprio quando se encontra sofrimento ou fracassos reduziu, bem como a consciência equilibrada e atenta que aceita os próprios sentimentos dolorosos (e.g., (Neff, 2003). Todavia, o facto de a autocompaixão total ter aumentado, mesmo com a ideação suicida, mostra que há uma janela aberta e que apesar das adversidades e/ou sofrimento os participantes são capazes de ter uma atitude compassiva em relação a si próprios.

Por fim, esta investigação revela que são os sujeitos viúvos os que sentem solidão frequentemente e que os que têm problemas de saúde apresentam um nível superior de intenção suicida. Os nossos dados vão ao encontro da bibliografia encontrada, que refere que existem alguns fatores de risco que influenciam os pensamentos suicidas nos idosos, designadamente a depressão, a solidão, entre outros. Importa salientar que a solidão foi uma das variáveis que se encontrou significativamente associada às tentativas de suicídio (Li et al., 2016). Bastos, Figueira e Costa (2001/2002) também relatam que um padrão de solidão estável nos jovens universitários portugueses é uma ameaça ao funcionamento psicológico, dado que está significativamente associado a problemas mentais e ao suicídio. No que concerne ao estado civil, a OMS (2002) é explícita ao documentar que os indivíduos viúvos, divorciados ou solteiros apresentam maior risco de suicídio.

A parte final deste estudo refere-se às **implicações para a literatura e para a prática clínica**, considerando que os resultados deste trabalho ao mostrarem a presença de sintomas psicopatológicos, experiências de vergonha e autocriticismo na intenção suicida, realçam a pertinência de se continuar a estudar aprofundadamente os fatores de risco associados ao suicídio e as diferentes formas de manifestação dos sinais associados. Também importa ter especial atenção aos dados do relatório da OMS, em 2001, que salienta que o suicídio é a segunda causa de morte entre os 15 e os 34 anos, calculando-se que exista cerca de um milhão de suicídios por ano, prevendo-se que este número aumente para um milhão e meio (1,5 milhões) em 2020. Estes números inevitavelmente conduzem a uma reflexão sobre a importância da prevenção desta problemática, sendo um passo fundamental para o planeamento de programas de prevenção do suicídio (e.g., Braga & Dell'Aglio, 2013).

O facto da intenção suicida, no presente estudo, ter múltiplas associações, positivas ou negativas, nomeadamente com a sintomatologia psicopatológica (depressão), a vergonha, o autocriticismo, a autocompaixão, o estado civil, a solidão e os problemas de saúde, apoia a literatura que aponta para a existência de diversos fatores de risco no suicídio (e.g., Guarda

Nacional Republicana, 2013; Nock et al., 2008). Estes dados denotam implicações para a prática clínica, no sentido de se poder adotar as Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração, concretamente a Terapia Focada na Compaixão, que tem como finalidade ajudar os indivíduos a aceitarem os acontecimentos de vida negativos (Castilho, 2011; Cunha, Xavier, & Vitória, 2013) sem autocondenação, autocriticismo ou vergonha. Assim, este tipo de terapia trabalha o desenvolvimento de capacidades de autoaceitação e autotranquilização, o que requer que a pessoa trabalhe os seus sistemas de regulação de afeto, podendo ajudar a reduzir significativamente os sintomas depressivos, ansiosos, a vergonha e o autocriticismo, aumentando a capacidade de autotranquilização e compaixão pelo *eu* (Castilho, 2011).

Neste âmbito, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013) também fornece algumas sugestões de ações interventivas e preventivas do suicídio, tendo em conta um conjunto de prioridades: 1) promoção da saúde mental; 2) redução do estigma relacionado com as perturbações mentais e com o suicídio; 3) desenvolvimento de um programa nacional de formação sobre o suicídio; 4) desenvolvimento de um sistema de encaminhamento prioritário para os serviços de saúde mental; 5) desenvolvimento de serviços com respostas eficazes para pessoas com comportamentos suicidas; 6) desenvolvimento de serviços de apoio ao luto; e 7) melhoria do uso dos dados relativos ao comportamento suicida e à prevenção do suicídio.

Além disso, esta investigação vem dar uma resposta mais completa, através da integração de diversas variáveis, aos estudos que analisam a influência da psicopatologia e outros correlatos psicológicos na intenção suicida em jovens adultos, adultos e idosos, contribuindo para o enriquecimento científico e expansão de estudos acerca desta temática.

Relativamente à **generalização dos resultados a outros contextos ou populações**, importa mencionar que este estudo é transversal, motivo pelo qual não se podem realizar conclusões definitivas, o que dificulta o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis. Embora a amostra tenha uma dimensão significativa, foi recolhida através da técnica de amostragem não probabilística de conveniência e é maioritariamente feminina, podendo não permitir a generalização de resultados na população portuguesa.

Sobre as **limitações e sugestões para novas investigações**, como já foi referido, apesar de o presente estudo poder contribuir para a expansão dos trabalhos sobre intenção suicida num grupo etário alargado, também apresenta as suas limitações. Uma das limitações prende-se com a dificuldade encontrada na pesquisa de bibliografia acerca dos construtos estudados, o que dificultou a comparação dos resultados. Outra limitação está relacionada com a extensão do protocolo de investigação, o que pode ter condicionado alguns dos dados recolhidos (ainda que os valores de consistência interna encontrados não apontem nesse sentido).

Embora no presente estudo tenham sido encontradas limitações, estas permitem realizar um aperfeiçoamento em estudos futuros, de modo a que certas medidas possam ser ajustadas e melhoradas. Assim, consideramos que os resultados oferecem linhas orientadoras importantes para investigações futuras. Como sugestão, considera-se importante incluir nas investigações amostras representativas e mais heterogêneas, sobretudo em relação ao género. Também poderia ser estudado o papel de outras variáveis (e.g., suporte social, afiliação religiosa) na intenção suicida, uma vez que as tentativas de suicídio causam um grande impacto familiar e social (e.g., Gonçalves et al., 2011), promovendo desta forma um conhecimento mais aprofundado sobre a problemática em estudo. Além disso, se se acrescentar ao presente estudo a metodologia qualitativa, através do uso de uma entrevista estruturada, irá ter-se uma avaliação mais fidedigna da natureza e fenomenologia dos construtos.

Através dos resultados obtidos nesta investigação, compreende-se que há uma clara relação entre a intenção suicida, os sintomas psicopatológicos, sobretudo a depressão, as experiências de vergonha, o autocriticismo e a autocompaixão. Enquanto os sintomas psicopatológicos, a vergonha e o autocriticismo aumentam na presença de intenção suicida, a capacidade dos sujeitos se autotranquilizarem diminui. Contudo, importa referir que a intenção suicida não afeta de forma muito intensa a autocompaixão dos participantes. Assim, conclui-se que a psicopatologia, a vergonha e o autocriticismo, assim como o estado civil (viuvez), a solidão e os problemas de saúde são fatores de risco para o suicídio, enquanto a autocompaixão funciona como fator protetor contra o suicídio e as perturbações mentais.

Referências Bibliográficas

- Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., & Carvalho, S. (2015). Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale: Psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 438-452.
- Bastos, M. T., Figueira, F. O., & Costa, M. E. (2001/2002). Avaliação da Solidão nos Jovens Universitários Portugueses. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17/18, 69-82.
- Beck, A. T., & Lester, D. (1976). Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *The Journal of Psychology*, 92, 35-38.
- Braga, L. L., & Dell’Aglío, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e género. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14.

- Burke, T. A., Hamilton, J. L., Cohen, J. N., Stange, J. P., & Alloy, L. B. (2016). Identifying a physical indicator of suicide risk: Non-suicidal self-injury scars predict suicidal ideation and suicide attempts. *Comprehensive Psychiatry*, *65*, 79-87.
- Campos, R. C., Holden, R. R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A. R., Costa, F., ... 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.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Carreiras, D. (2014). *The Toxicity of the Self: Developing a New Measure and Testing a Comprehensive Model of the Nature of Self-Disgust*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Castilho, P., & Pinto Gouveia, J. (2011a). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, *54*, 63-86.
- Castilho, P. e Pinto Gouveia, J. (2011b). Autocompaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, *54*, 203-230.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2017). Two forms of self-criticism mediate differently the shame–psychopathological symptoms link. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(1), 44-54.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, *33*, 395-405. doi: 10.1017/s0033291702006943.
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M, & Joiner, T. E. (2015). Autobiographical Memory Perspectives in Task and Suicide Attempt Recall: A Study of Young Adults With and Without Symptoms of Suicidality. *Cognitive Therapy and Research*, *39*, 766-775.

- Coelho, S. A., Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Recordação de experiências de ameaça e subordinação na infância, auto-criticismo, vergonha e submissão: a sua contribuição para a depressão em estudantes universitários. *Psychologica*, 52(II), 449-474.
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 451-468. doi: 10.1016/j.psc.2011.02.002
- Coster, D., & Lester, D. (2013). Last Words: Analysis of Suicide Notes from an RECBT Perspective: An Exploratory Study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 31, 136-151. doi: 10.1007/s10942-013-0166-z
- Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). Avaliação da Auto-Compaixão em Adolescentes: Adaptação e Qualidades Psicométricas da Escala de Auto-compaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(2), 95-117.
- DeVellis, F. R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.
- DeVylder, J. E., Jahn, D. R., Doherty, T., Wilson, C. S., Wilcox, H. C., Schiffman, J. ... Hilimire, M. R. (2015). Social and psychological contributions to the co-occurrence of sub-threshold psychotic experiences and suicidal behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1819-1830.
- Echavarría, J. E., González, L. E. M., Bernal, D. R., & Rodríguez, D. M. (2016). Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A propósito de un caso. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 46(4), 247-251.
- Ferreira, C., Moura-Ramos, M., Matos, M., & Galhardo, A. (manuscrito não publicado). *A new measure to assess external and internal shame: Development, factor structure and psychometric properties of the External and Internal Shame Scale*.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 69(8), 1-12.
- Gilbert, P., Bhundia, R., Mitra, R., McEwan, K., Irons, C., & Sanghera, J. (2007). Cultural differences in shame-focused attitudes towards mental health problems in Asian and Non-Asian student women. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(2), 127-141.
- Gilbert, P. (1998). What is Shame? Some Core Issues and Controversies. Em P. Gilbert e B. Andrews, *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*. New York: Oxford University Press.

- Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-18.
- Gilbert, P. (2001). Depression and stress: A biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms. *The International Journal of the Biology of Stress*, 4, 121-135.
- Gilbert, P. (2002). Body Shame: a biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds), *Body shame: conceptualization, research and treatment*. New York: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, 70(4), 1205-1230.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 199–208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-16.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 563-576.
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Guarda Nacional Republicana (2013). *Guia de Prevenção do Suicídio*. Acedido a 18, julho, 2018, https://www.ces.uc.pt/centrodetrauma/documentos/Guia_de_Prevencao_de_Suicidio_CPIS_GNR.pdf
- Homan, K. J. (2016). Self-Compassion and Psychological Well-Being in Older Adults. *Journal of Adult Development*, 23, 111-119.
- Iliceto, P., Pompili, M., Lester D., Gonda, X., Niolu, C., Girardi, N., ... Girardi, P. (2011). Relationship between temperament, depression, anxiety, and hopelessness in adolescents: A structural equation model. *Depression Research and Treatment*, 2011, 1-6. Doi: 10.1155/2011/160175
- Li, H., Xu, L., & Chi, I. (2016). Factors related to Chinese older adults' suicidal thoughts and attempts. *Aging & Mental Health*, 20(7), 752-761.
- Lourenço, S., Palmeira, L., Dinis, A., & Pinto Gouveia, J. (2010). Validação das emoções na infância: vergonha, ansiedade e sintomatologia depressiva. *Psicologica*, 52(II), 499-526.

- Menon, V., Kattimani, S., Shrivastava, M. K., & Thazath, H. K. (2013). Clinical and Socio-Demographic Correlates of Suicidal Intent Among Young Adults: A Study From South India. *Crisis*, 34(4), 282-288.
- Meszaros, K., & Fischer-Danzinger, D. (2000). Extended Suicide Attempt: Psychopathology, Personality and Risk Factors. *Psychopathology*, 33, 5-10.
- Muehlenkamp, J. J. (2012). Body Regard in Nonsuicidal Self-Injury: Theoretical Explanations and Treatment Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 26(4), 331-347. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.26.4.331>.
- Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbacha, I., Weller, A., Apter, A., & Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 944-951.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223- 250.
- Neff, K. D. (2009). Self-Compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 561-573). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Nrugham, L., Herrestad, H., & Mehlum, L. (2010). Suicidality among Norwegian youth: Review of research on risk factors and interventions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(5), 317-26. doi: 10.3109/08039481003628364
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Williams, D. R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, S. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4(XIX), 509-521.
- Oliveira, A. & Azevedo, S. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30, 227-234.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013). *Prevenção e Intervenção Psicológica no Suicídio*. Lisboa. Acedido a 12, setembro, 2018 em http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/prev_e_interv_psic_suic.pdf
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J. P. Tangney & K. W. Fisher (Eds.), *Self-conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 114-139). New York: Guilford Press.
- Taylor, P. J., Wood, A. M., Gooding, P., & Tarrier, N. (2014). Appraisals and Suicidality: The Mediating Role of Defeat and Entrapment. *The Mediating Role of Defeat and Entrapment, Archives of Suicide Research, 14*(3), 236-247. doi: 10.1080/13811118.2010.494138
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). The Protective Role of Self-Compassion on Risk Factors for Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *School Mental Health, 8*, 476-485.
- Whelton W. J. (2000). *Emotion in self-criticism*. Unpublished PhD thesis, University of York, Canada.
- World Health Organization. (2002). *Self-directed violence. World Report on Violence and Health. Retrieved. Recuperado em 6, março, 2018 de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap7.pdf*
- Zeng, W., Ma, Z., & Li, H. (2017). Mindfulness and Suicidal Ideation in Chinese Older Adults: Perceived Stress as Mediator. *Social Behavior and Personality, 45*(5), 733-740.
- Zhang, H., Watson-Singleton, N. N., Pollard, S. E., Pittman, D. M., Lamis, D. A., Fischer, N., ... Kaslow, N. J. (2017). Self-Criticism and Depressive Symptoms: Mediating Role of Self-Compassion. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 0*(0), 1-22.

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 1 – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Data: ____/____/____

Eu, (nome) _____, declaro que concordei em participar no projeto de investigação de Rosa Maria Fonseca dos Santos Ferreira, aluna de mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga, sob a orientação da Professora Doutora Sónia Simões. A investigação tem por objetivo estudar a intenção suicida e a relação com os sintomas psicopatológicos, experiências de vergonha, autocrítica e autocompaixão.

Foi-me esclarecido que a minha participação neste estudo consistia somente no preenchimento de alguns questionários, que serão anónimos e de extrema confidencialidade, e que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente neste estudo. Sei também que poderei interromper ou desistir da minha participação a qualquer momento caso me sinta desconfortável.

Obrigado pela sua colaboração!

Assinatura do participante _____

Assinatura do investigador _____

Apêndice 2 – Questionário Sociodemográfico

Idade _____ anos

Data de Nascimento ____/____/____

Sexo: Masculino Feminino

Habilitações Literárias:

Analfabeto	<input type="checkbox"/>	Ensino Secundário (10.ºano-12.º)	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
1.ºciclo (1.ºano- 4.ºno)	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>
2.ºciclo (5.º e 6.º ano)	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>
3.º ciclo (7.ºano-9.ºano)	<input type="checkbox"/>		

Escolaridade em anos (nº de anos que estudou) _____

Nacionalidade _____

Estado civil:

Solteiro/a	<input type="checkbox"/>	Casado/a/ União de facto	<input type="checkbox"/>
Viúvo/a	<input type="checkbox"/>	Divorciado/a/ Separado/a	<input type="checkbox"/>

Profissão _____

Indique o número de pessoas que compõem o seu agregado familiar e diga qual o grau de parentesco que tem com cada uma delas _____

Tem filhos? Não Sim Se sim, quantos e com que idades? _____

Com que frequência se sente só?

Frequentemente	<input type="checkbox"/>	Raramente	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>

Tem amigos? Não Sim, muitos Sim, alguns

Tem algum problema de saúde? Não Sim

Se sim qual?/Quais? _____

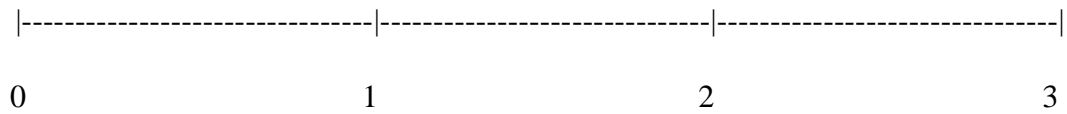
Há quanto tempo tem esse /esses problemas de saúde? _____

Anexo 1 – Escala da Suicidabilidade

ES

(Castilho, Pinto & Carreiras, 2014)

Esta escala pretende avaliar pensamentos relacionados com a morte e suicídio. Estamos interessados em saber a frequência com que tem este tipo de pensamentos. Por favor, leia atentamente cada uma das afirmações e assinale a opção que melhor se aplica a si.



Nunca me acontece

Acontece-me algumas vezes

Acontece-me muitas vezes

Acontece-me sempre

	0	1	2	3
1. Já houve alturas em que senti que a minha vida não valia a pena.				
2. Já houve alturas em que pensei que os outros estariam melhor se eu não estivesse				
3. Já houve alturas em que pensei que me queria matar.				

Anexo 2 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

BSI

(L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995)

Nome:

Profissão.....Residência..... Idade:..... Data:.....

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos sintomas seguintes:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					

Anexo 3 - Escala da Vergonha Externa e Vergonha Interna

EVEI

M. Moura-Ramos, C. Ferreira, M. Matos, & A. Galhardo, 2018

As afirmações abaixo abordam sentimentos frequentes, mas que podem ser vividos por cada pessoa de forma distinta. Por favor, leia atentamente cada afirmação e faça um círculo em torno do número que melhor indique a frequência com que sente o que está descrito em cada item.

Para responder, use a seguinte escala:

0 = Nunca	1 = Raramente	2 = Algumas vezes	3 = Frequentemente	4 = Sempre
-----------	---------------	-------------------	--------------------	------------

Em relação a diversos aspectos da minha vida, <u>SINTO QUE:</u>		0	1	2	3	4
1	os outros me vêem como desinteressante	0	1	2	3	4
2	estou desiludido/a comigo mesmo/a	0	1	2	3	4
3	tenho algum defeito enquanto pessoa	0	1	2	3	4

Anexo 4 - Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização

FSCRS

(Gilbert et al., 2004)

(Tradução e adaptação: Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2005)

Instruções: Quando as coisas correm mal nas nossas vidas ou não estão a funcionar como queríamos e sentimos que podíamos ter feito melhor temos, por vezes, pensamentos e sentimentos negativos e auto-críticos. Estes podem tomar a forma de sentimentos de desvalorização, inutilidade, inferioridade, etc. No entanto, as pessoas podem, também, tentar auto-tranquilizarem-se, ou auto-encorajarem-se. Estão descritos em baixo um conjunto de pensamentos ou sentimentos que as pessoas por vezes têm. Leia cuidadosamente cada um dos pensamentos/sentimentos e assinale com uma cruz aquela melhor descreve o quanto esse pensamento/sentimento se aplica a si (é verdadeiro no seu caso). Para isso utilize a seguinte escala de resposta.

Não sou assim	Sou um pouco assim	Sou moderadamente assim	Sou bastante assim	Sou extremamente assim
0	1	2	3	4

Quando as coisas correm mal:

	0	1	2	3	4
1. Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a).					
2. Há uma parte de mim que me inferioriza.					
3. Sou capaz de lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas.					

Anexo 5 - Escala de Auto-Compaixão

SELFCS

(Neff, K.D., 2003)

(Tradução e Adaptação: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006)

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Instruções: Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala:

Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações					
2. Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecada com tudo aquilo que está errado.					
3. Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa.					