



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Gonçalo Amorim Sena

**PREVENÇÃO DA IDEACÃO SUICIDA:
CONTRIBUTOS DA AUTOCOMPAIXÃO E DA
TOLERÂNCIA EMOCIONAL AO SOFRIMENTO**

**Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia,
subespecialização em Psicologia Clínica e da Saúde: Intervenções
Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e
Saúde, orientada pela Professora Doutora Paula Cristina de
Oliveira de Castilho Freitas e apresentada à Faculdade de
Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.**

Julho de 2021

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

PREVENÇÃO DA IDEACÃO SUICIDA: Contributos da Autocompaixão e da Tolerância Emocional ao Sofrimento

Gonçalo Amorim Sena

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, subespecialização em Psicologia Clínica e da Saúde: Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde sob a orientação da Professora Doutora Paula Cristina de Oliveira de Castilho Freitas e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2021



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

“Casa de Hóspedes” (Jalaluddin Rumi)

*O “ser humano” é uma casa de hóspedes
Toda a manhã uma nova chegada.
Uma alegria, uma depressão, uma maldade,
Uma percepção momentânea aparece,
como uma visita inesperada.
Receba e entretenha-os a todos!
Mesmo que seja uma multidão de tristezas,
mágoas que varrem violentamente a tua casa
e a esvazia de toda a mobília,
Ainda assim trata honradamente cada hóspede.
Eles podem estar-te a limpar
para que possas receber uma nova alegria.
O pensamento escuro, a vergonha, a malícia,
receba-os à porta, sorrindo
e convida-os a entrar.
Sê grato a quem vier
porque cada um foi enviado
como um guia do além.*

Agradecimentos

Um projeto de investigação é um produto que não se faz somente sozinho, são vários aqueles que estão por detrás deste resultado final. É a essas pessoas que agradeço do fundo do coração.

Primeiramente, um obrigado especial à Professora Doutora Paula Castilho, pela sua forma única, especial, dedicada e bondosa com que me orientou nesta segunda luta. Pelo seu rigor, abertura, conhecimento e pelos seus ensinamentos. Por me ter feito crescer tanto a nível profissional como pessoal e por ter acreditado em mim. Muito obrigado.

Às minhas colegas de tese, foi uma experiência incrível, a qual nos uniu ainda mais. Obrigado pela amizade, pelo apoio, pelos desabafos e todos os momentos de gargalhadas.

Ao Diogo Carreiras, pela enorme preocupação, pela sua sabedoria e tranquilização que me suportaram. Agradeço pelo ânimo e segurança que depositou em mim e pelo seu contributo neste estudo.

Ao Rafael Melo, pela disponibilidade célere e presente, e pela transmissão de calma e serenidade, nos momentos precisos. O seu apoio infindável fomentou a minha confiança. À amizade que criámos, às conversas que tivemos e aos momentos de reflexão. Muito obrigado, ansiando que possamos repetir esta experiência, brevemente.

A todos aqueles que colaboraram com a recolha da amostra e a todos os que aceitaram participar neste estudo. Sem vocês este produto não seria possível. O meu profundo agradecimento.

Aos amigos de sempre, aqueles que trazem à tona o melhor de mim, que me ajudam nas dificuldades e preenchem os meus dias com risos, conversas, alegria e prazer. Por todas as aventuras, desabafos e descobertas. Obrigado por todos os momentos que passámos e que vamos passar.

À Débora, o meu porto de abrigo. Por ser uma inspiração e por me dar o calor, força e confiança que preciso. Por acreditar sempre em mim e por me ensinar que o amor torna as coisas mais fáceis.

À minha irmã, Ariana, pela forma como demonstra a sua força, determinação e persistência. Pelas conversas, risadas e momentos que passámos. Obrigado por toda a ajuda nos momentos de aflição. Um exemplo a seguir.

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Aos meus pais, Paulo e Madalena, por tornarem a minha vida mais colorida e por lhes darem um significado. Aqueles que me ensinaram a nunca desistir e me mostraram o que é dedicação, coragem e persistência. Por todo o suporte, amor, carinho e segurança.

Obrigado a todos!

Nota Introdutória

O risco de suicídio é um assunto de significativa preocupação com uma carga emocional considerável, podendo ser acentuado pela vivência e sentimentos de encurralamento/*entrapment* (Connor & Portzky, 2017). No suicídio a pessoa destrói a sua própria vida, interrompendo o seu ciclo natural. Este facto é algo que tem vindo a aumentar com o passar dos anos, uma vez que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), cerca de 800 000 pessoas morrem todos os anos devido ao suicídio, o que equivale a que uma pessoa em cada 40 segundos se suicida, sendo a 2ª principal causa de morte em indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos. Adicionalmente, 1.4% de todas as mortes prematuras são por suicídio (OMS, 2014), o que permanece consistente durante os últimos 50 anos. Na Europa, e particularmente em Portugal, existe uma taxa elevada de suicídio, com uma tendência de aumento anual que varia em função do género e da idade (OMS, 2021). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS, 2021), em Portugal, a taxa de suicídio por cada 100 mil habitantes é de 9.7%, sendo que há três vezes mais homens (15.5%) do que mulheres (4.4%) a cometer suicídio e, verifica-se que há um aumento da taxa de suicídio na população mais velha. Com efeito, estes dados têm aumentado com o passar dos anos, existindo alguns estudos que retratam estes dados (Gouveia & Nogueira, 2017).

É consensual que pensamentos e comportamentos suicidas (*suicidal thoughts and behavior* - STB) acarretam consequências severas e pervasivas na vida do indivíduo, com um incremento nos níveis de stress percebido, na saúde mental, na esfera psicológica, social e económica, e até cultural e de cada país (Suh & Jeong, 2021). Esta tendência tem levado à convergência de diversas áreas do conhecimento e de investigação no sentido da prevenção do suicídio, e da intervenção nos indivíduos que se encontram em risco de suicídio (OMS, 2014). De facto, os pensamentos e comportamentos suicidas detém diferentes variações, abrangendo a ideação suicida, a intenção suicida (impulsos), atos preparatórios e tentativa suicida (Klonsky et al., 2016).

O termo ideação suicida pode ser aplicado aos indivíduos que têm pensamentos ativos ou passivos relativamente ao término da vida, sem qualquer ação própria (O'Connor et al. 2013). A tentativa suicida é considerada como um comportamento não fatal, autodirigido, potencialmente prejudicial e com a intenção de morrer (Klonsky et al., 2016). A intenção

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

suicida (impulsos) diz respeito à vontade ou desejo de querer morrer e, os atos ou comportamentos preparatórios retratam as atividades acionadas durante o planeamento para o suicídio. Por último, o suicídio é o resultado de um comportamento prejudicial autodirigido e com a intenção de morrer (Crosby et al., 2011; Klonsky et al., 2016). Estes pensamentos e comportamentos suicidas assumem diferentes níveis de severidade e, dependendo das condições emocionais e mentais, (e.g. condição crónica) o tipo de intervenção também diverge, podendo ser ou não mais intensiva (Suh & Jeong, 2021).

Ainda que existam algumas abordagens de maneira a intervir e prevenir o suicídio, este ainda continua a ser das principais causas de mortalidade a nível mundial. O suicídio é um fenómeno global e de facto a dificuldade em tentar entender o porquê de tal acontecer tem aumentado, o que causou a elaboração de diversas teorias que tentam explicar o porquê e o como dos pensamentos suicidas evoluírem para tentativas potencialmente fatais (Klonsky et al., 2016). Como tal, e apesar de existir fatores de risco conhecidos que predizem a ideação suicida (e.g. perturbações mentais, depressão, desesperança), não se consegue ainda distinguir os indivíduos que realizaram uma tentativa suicida daqueles que experienciaram ideação suicida, mas sem qualquer tentativa. Algumas das teorias que explicam esta estrutura de ideação-ação e que, com efeito, contribuem para um maior entendimento da ideação suicida e evolução para a tentativa são, a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio, de Thomas Joiner (IPTS; Joiner, 2005), uma vez que designa que a perceção de onerosidade e a pertença frustrada (sentir-se desconectado, sem relacionamentos significativos) está na base do desejo de suicídio. Adicionalmente, a capacidade em agir de acordo com esse desejo assume que o indivíduo se habitua à dor e supera o medo da morte (Van Orden et al., 2010). Uma segunda teoria é o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do comportamento suicida (IMV; O'Connor, 2011) que sugere que é através da sensação de *entrapment* e derrota que os pensamentos suicidas surgem e que, a capacidade para agir nesse sentido, junto com outros fatores, como o acesso a meios letais, conduzem à evolução da ideação suicida para a tentativa. Uma teoria mais recente é a Teoria dos Três-Passos (Klonsky & May, 2015), cujos construtos principais são a dor, a desesperança, a conexão e a capacidade de suicídio. Nesta teoria, a ideação suicida resulta da combinação da dor (geralmente psicológica) e da desesperança. Complementarmente, a conexão (sentido de que existe um propósito na vida) é considerada um fator protetor, o que faz com que diminua a ideação suicida. Contudo, se a dor for maior do que a sensação de conexão, e

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

adicionalmente existir a capacidade de agir no sentido do suicídio, há um progresso da ideação suicida para a tentativa (Klonsky & May, 2015). Estas são algumas das teorias que tentam explicar o porquê de tal fenómeno ainda tão desconhecido – o suicídio.

Este estudo de investigação pretende compreender melhor o que potencia e mantém a ocorrência de pensamentos sobre o suicídio. De facto, existe diversa investigação que se tem concentrado em identificar fatores protetores e de risco associados quer ao suicídio, quer à ideação suicida (Carballo et al., 2020; Franklin et al., 2017; Perlman et al., 2011). Alguns dos fatores de risco mais predominantes dizem respeito à psicopatologia internalizante (como a ansiedade, depressão, desregulação emocional, perfeccionismo e desesperança), psicopatologia externalizante (como a impulsividade e comportamentos agressivos), assim como variáveis demográficas (a viuvez e o desemprego) e fatores sociais (como o abuso físico e psicológico, problemas familiares, eventos de vida stressantes, isolamento e memórias emocionais negativas na infância) (Suh & Jeong, 2021). Com efeito, vários estudos têm evidenciado que a existência de memórias emocionais ligadas a experiências de vida negativas contribui para a ideação suicida a longo prazo, bem como a uma vulnerabilidade cognitiva centrada em crenças negativas quanto ao futuro, a uma maior dificuldade em lidar com acontecimentos stressores e a níveis elevados de psicopatologia (Hirsch et al., 2019, Wilcox et al., 2010). Certos autores apontam que experiências adversas na infância, como a exposição a ameaças, na forma de abuso ou negligência e a sua recordação pode levar a resultados negativos, existindo uma maior vulnerabilidade psicológica e afetando a regulação emocional, quer entre adolescentes ou adultos (Dube et al., 2001; Perris, 1988). As experiências precoces com os pais causam várias e diferentes emoções que se relacionam com a própria identidade e a dos outros (Castilho, 2011). Assim, a relação que a criança estabelece com os pais (ou outras figuras significativas) molda os esquemas de relação *eu-eu* e *eu-outros*, afetando os processos psicobiológicos (Baldwin, 1992; Schore, 2001). Aquelas pessoas que experienciam relações de amor, calor e carinho criam memórias que ativam o sistema de afiliação nas relações interpessoais, garantindo uma maior autorregulação em situações *stress* e ameaça (Trevarthen & Aitken, 2001). Do mesmo modo, aquelas que experienciam relações de abuso, negligência ou privação de amor e carinho levam à sobreestimulação dos sistemas de defesa-ameaça, ativando comportamentos defensivos, e criando modelos internos do *eu* negativo. Memórias relativas a submissão, ameaça e desvalorização associam-se significativamente com a comparação social, vergonha, e

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

com certos fatores de risco da ideação suicida, como a depressão. (Gilbert et al., 2003). No entanto, nem todas as pessoas que sofrem experiências negativas na infância desenvolvem ideação suicida (Rytilä-manninen et al., 2018). Efetivamente, constata-se que a presença de fatores protetores não se baseia meramente na ausência de fatores de risco, ou seja, o facto de alguém não ter sentimentos de desesperança não significa necessariamente que possua sentimentos de esperança em relação a si ou ao futuro (Suh & Jeong, 2021). Assim, é necessário identificar e definir os fatores protetores a priori, de maneira a serem explorados, sendo que a sua identificação permite o desenvolvimento e treino de competências inseridas em modalidades de intervenção específicas (Franklin et al., 2017). Neste sentido, ter capacidades ou mecanismos de regulação emocional eficazes, como a autocompaixão e a tolerância emocional ao sofrimento, parece ser importante no lidar com a ideação suicida, revertendo a trajetória para o suicídio (Cleare et al., 2019; Hjemdal et al., 2006; Stanley et al., 2018). Com efeito, a autocompaixão destaca-se no percurso da promoção da saúde mental, traduzida numa marcada evidência empírica, destacando o contributo para um menor sofrimento emocional, e maior tolerância emocional (Cleare et al., 2019). Contudo, a compreensão da relação entre a autocompaixão, tolerância emocional ao sofrimento e a ideação suicida revela-se complexa, e por esclarecer.

Assim, o presente estudo contido nesta dissertação teve como objetivo estudar o efeito de variáveis protetoras, como a autocompaixão e a tolerância emocional ao sofrimento, em pessoas com experiências de ameaça e subordinação percebida na infância e que se sentem encurraladas, no atenuar da propensão para a suicidalidade. Para o efeito, vamos examinar o papel mediador do *entrapment* na relação entre experiências de ameaça e subordinação percebida na infância e a suicidalidade e o impacto da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento como moderadores entre o *entrapment* e a suicidalidade e entre essas experiências de ameaça e subordinação percebida na infância e a suicidalidade.

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Índice

Resumo.....	2
Abstract	3
Introdução	4
Método	10
Resultados	20
Discussão.....	29
Bibliografia	38

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Sena, G., Melo, R., Carreiras, D. & Castilho, P. (2021). Memórias emocionais negativas e a suicidalidade: o papel mediador do *entrapment*, moderado pela autocompaixão e tolerância emocional ao sofrimento. Manuscrito em preparação.

Sena, G., Melo, R., Carreiras, D. & Castilho, P. (2021). Negative emotional memories and suicidality: the mediating role of entrapment, moderated by self-compassion and distress tolerance. Manuscript in preparation.

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Memórias emocionais negativas e a suicidalidade: o papel mediador do *entrapment*, moderado pela autocompaixão e tolerância emocional ao sofrimento

Autores

Gonçalo Sena¹

Rafael Melo^{1,2}

Diogo Carreiras^{1,2}

Paula Castilho, PhD.^{1,2}

Afiliação:

¹ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

² Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC)

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Gonçalo Amorim Sena

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: Goncalo.sena10@gmail.com

Resumo

O risco de suicídio é considerado um problema significativo na saúde pública, em diversas faixas etárias, percorrendo várias culturas. De facto, existe uma variedade de fatores sociais, psicológicos, biológicos, clínicos e culturais que predizem a suicidalidade, como a depressão, o isolamento, a desesperança, *entrapment* e experiências adversas na infância. Contudo, é importante também perceber que fatores poderão proteger as pessoas de experienciar ideação suicida. Pouco ainda se sabe sobre o contributo da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento na prevenção da suicidalidade, apesar de algumas evidências do seu impacto no curso da saúde mental, sugerindo um menor sofrimento psicológico. Assim, o presente estudo teve como objetivo explorar o papel mediador do *entrapment* na relação entre as experiências de ameaça e subordinação na infância e a suicidalidade moderado pela autocompaixão e tolerância emocional ao sofrimento. Especificamente, hipotetizou-se que a autocompaixão e a tolerância emocional ao sofrimento teriam um papel moderador tanto na relação entre experiências de ameaça e subordinação percebida na infância e suicidalidade, como entre *entrapment* e suicidalidade. A amostra deste estudo foi composta por 398 participantes, em que 228 (57.3%) são do género feminino e 170 (42.7%) do género masculino. Os resultados mostraram que existe uma associação significativa entre todas as variáveis. Além disso, evidenciaram que as componentes autobondade e humanidade comum da autocompaixão moderaram a relação entre o *entrapment* e a suicidalidade, e que a tolerância emocional ao sofrimento moderou a relação entre experiências de ameaça e subordinação percebida na infância e suicidalidade, quando controlado o efeito da depressão. A autobondade, a humanidade comum e a tolerância emocional ao sofrimento parecem ser variáveis com potencial protetor na prevenção da suicidalidade.

Palavras-chave: suicidalidade, *entrapment*, experiências de ameaça e subordinação percebida na infância, autocompaixão, tolerância emocional ao sofrimento.

Abstract

Suicide risk is considered a major health problem, regardless of age and across cultures. In fact, there is a variety of social, psychological, biological, clinical, and cultural factors that predict suicidality, such as depression, isolation, hopelessness, entrapment, and adverse early life experiences. However, it is also important to understand which factors may protect people from experiencing suicidal ideation. Little is known about the contribution of self-compassion and distress tolerance in preventing suicidality, despite some evidence pointing out their buffering role in psychological suffering. Thus, our aim was to explore the mediator role of entrapment in the relationship between experiences of threat and subordination in childhood and suicidality, moderated by self-compassion and emotional distress tolerance. More specifically, we hypothesized that self-compassion and emotional distress tolerance would moderate both the relationship between recall of early life threat and submissiveness experiences and suicidality, and the relationship between entrapment and suicidality. We tested these hypotheses among a non-clinical sample of 398 participants (228 females and 170 males, accounting for 57.3% and 42.7% of the sample, respectively). Results revealed significant associations between all study variables. Moreover, results showed that self-kindness and common humanity - self-compassion components, moderated the relationship between entrapment and suicidality, and that emotional distress tolerance moderated the relationship between recall of experiences of threat and submissiveness during childhood and suicidality, when controlling for depression. Self-kindness and common humanity components of self-compassion and emotional distress tolerance seem to be potential protective variables in preventing suicidality.

Keywords: suicidality, entrapment, recall of perceived threat and subordination in childhood, self-compassion, emotional distress tolerance,

Introdução

O suicídio é um fenómeno global, emergente, associado a uma mortalidade significativa (Ng et al., 2018). É um tema complexo, com uma trajetória idiossincrática, que leva até à sua consumação e este é composto por alguns fenómenos interligados, tal como a ideação suicida, a tentativa de suicídio e finalmente, a morte por suicídio (Millner et al., 2017). O termo ideação suicida pode ser aplicado aos indivíduos que atualmente têm planos, pensamentos e o desejo de cometer suicídio, contudo sem nenhuma tentativa evidente (Beck et al., 1979; Van Orden et al., 2010). A tentativa suicida é considerada como um comportamento não fatal, autodirigido, potencialmente prejudicial e com a intenção de morrer, mesmo que o resultado não cause nenhum dano (Klonsky et al., 2016). Por sua vez, o suicídio é o resultado letal de um comportamento prejudicial autodirigido com a intenção de morrer. A ideação e a tentativa suicida são consideradas fortes preditores da morte por suicídio (Klonsky et al., 2016) e cerca de 9% da população adulta em todo o mundo já considerou cometer suicídio, sendo ainda referido que há uma maior probabilidade de morrermos por nós próprios do que pelos outros (Nock et al., 2008). Os pensamentos e comportamentos suicidas ocorrem em particular e episodicamente na vida das pessoas e variam num curto período de tempo, até mesmo de hora para hora (Kleiman et al., 2017). Alguns dos métodos mais usados para cometer suicídio são o enforcamento, armas de fogo e envenenamento por pesticidas (Organização Mundial de Saúde, 2019). No que diz respeito a prevalências, verifica-se, através da OMS, uma taxa global anual de suicídio padronizada pela idade de 10.5% por 100 000 habitantes e, no que diz respeito à taxa da ideação suicida, esta é maior (9.2%) do que a tentativa suicida (2.7%) (Nock et al., 2008). Igualmente, afirma-se que países mais desenvolvidos têm uma maior taxa de suicídio (12.7% por 100 000) do que os países menos desenvolvidos (11.2% por 100 000) e existe uma maior taxa de suicídio em pessoas que se sentem discriminadas, como refugiados, pessoas indígenas, pessoas de minorias sexuais ou reclusos. Adicionalmente, o sexo masculino tende a exibir uma taxa de suicídio superior ao sexo feminino (Murphy, 1998), porém, as mulheres tendem a apresentar maiores taxas de tentativa de suicídio do que os homens, isto porque estes últimos são menos suscetíveis a expressar fragilidades ou sofrimento (Perlman et al., 2011). No que diz respeito ao tema do suicídio em Portugal, este é ainda um fenómeno

pouco estudado. O suicídio em Portugal pode variar tendo em conta o género, a idade, a causa e a região (Nunes, 2018). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021) verifica-se um aumento da taxa de suicídio com o passar dos anos, tendo em conta os anos entre 2007 e 2019 (ano cuja taxa de mortalidade por suicídio foi de 9.7/100 mil habitantes). É ainda possível averiguar que as principais causas ocorreram por enforcamento, armas de fogo, autointoxicação e queda de um lugar elevado. Como já revisto em literatura, observa-se igualmente em Portugal um aumento de até três vezes mais do número de mortes por suicídio em pessoas do sexo masculino (15.5) do que no sexo feminino (4.4), sendo frequente esta tendência ocorrer ao longo dos anos (INE, 2021). Entende-se igualmente através de vários estudos, que há uma maior taxa de morte por suicídio à medida que a idade aumenta e, em termos de regiões, o Alentejo continua a ser a região com maior taxa de mortes por suicídio (Gouveia & Nogueira, 2017; Nunes, 2018).

Fatores de Risco para a Suicidalidade – Experiências de Ameaça e Subordinação na Infância, *Entrapment* e Depressão

O suicídio é o resultado de uma gama complexa de combinação de fatores de risco (Nock et al., 2016). Existem vários fatores que podem desencadear o suicídio, como a presença de perturbação mental, a desesperança, exposição a violência, ser abusado em criança, abuso de substâncias e percepção de isolamento (Beck et al., 1993; Mościcki, 2001; Perlman et al., 2011; Wilcox et al., 2004). Contudo, apesar de existir uma miríade de fatores de risco, aqueles que têm capacidade efetiva de predição do suicídio é menor, o que significa que a presença de algum dos fatores de risco não conduz invariavelmente ao envolvimento em comportamentos ou ideação suicida (Perlman et al., 2011). De acordo com a OMS (2021), a tentativa de suicídio e o acesso a meios letais são fatores muito importantes na propensão do suicídio (Jordan & Anker, 2020; Reutfors et al., 2019). Adicionalmente, alguns fatores mais comuns que predizem o suicídio são: antecedentes de suicídio na família, a existência de um plano de suicídio, uma tentativa que não foi adiante e certas características demográficas, como ser desempregado, viúvo e ser do sexo masculino (Jordan & Anker, 2020; Srivastava et al., 2004). É ainda importante verificar que experiências de vida adversas na infância estão associadas a um risco elevado de ter comportamentos suicidas no futuro (Brodsky, 2016), porém, parece

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

não existir um fator único responsável pela ideação e comportamentos suicidas (Stanley et al., 2016; Van Orden et al., 2010).

A infância é uma etapa desenvolvimental sensível para a formação e maturação cerebral e, ambientes de amor, carinho e calor levam a resultados mais positivos ao longo do tempo, enquanto experiências adversas na infância, tal como o abuso sexual, a rejeição, o criticismo, assim como alguns fatores ambientais (negligência física ou emocional, perda ou separação dos progenitores), podem ter consequências nefastas a longo prazo, estando relacionadas com um maior desajustamento psicológico na vida adulta, traduzido em maiores tentativas de suicídio, comportamentos autolesivos não suicidários e, de facto, ao suicídio na vida adulta (Allen & Dwivedi, 2020; Heim & Binder, 2012; Williams et al., 2009). Estas experiências impedem igualmente um desenvolvimento saudável e assim, uma maior resiliência, que pode ser protetora quanto ao suicídio (Brodsky, 2016; Ng et al., 2018). A recordação de memórias de infância pode focar-se mais no comportamento parental, porém, a memória dos sentimentos e comportamentos pessoais na infância, ou seja, a lembrança de experiências emocionais pessoais e do comportamento para com outros pode ser mais importante do que a memória do comportamento dos outros (Gilbert et al., 2003). Recordar experiências precoces negativas está associado a um maior nível de stress e a diversos problemas psicológicos na idade adulta, sendo o comportamento parental disfuncional, como a rejeição, a principal fonte do stress infantil (Gilbert & Gerlsma, 1999). É possível que as pessoas consigam lembrar-se do comportamento dos pais de uma certa maneira, mas terem sentimentos diferentes sobre o mesmo (Gilbert et al., 2003). Do mesmo modo, verifica-se que o medo e a hostilidade sentida na infância, como a subordinação, vulnerabilizam a ativação das vias de stress e aumentam a vulnerabilidade para a depressão (Gilbert et al., 2003; Sloman et al., 2003). Efetivamente, a depressão e a ideação suicida são construtos relacionados, estando interligados (Rogers et al., 2018), uma vez que mortes por suicídio podem ser um dos resultados da depressão e, não só o suicídio foi atribuído ao humor deprimido, mas descobriu-se que experiências de vida adversas na infância, como o abuso sexual, aumenta a vulnerabilidade para a depressão e contribuem para o aumento do risco do suicídio (Dube et al., 2001). Estes indivíduos mostram anormalidades e atrofia em certas áreas do cérebro, tal como a amígdala, o hipocampo, e o córtex frontal orbital (Teicher, 2002) tendo duas vezes mais probabilidade de realizar o suicídio comparado com a população geral (Allen & Dwivedi, 2020). De modo a

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

entender a relação entre a depressão e a ideação suicida, podemos ter em conta a teoria evolucionária. Com efeito, o nosso cérebro evoluiu para ser sensível aos sinais sociais, de maneira a entender em que relação social se encontra (Gilbert & Bailey, 2000). Vários mecanismos mentais desenvolveram-se devido aos diversos desafios sociais ao longo dos anos. Desafios como, encontrar um parceiro, reproduzir e cuidar da descendência, obter ajuda e defender os recursos dos outros. Foram através destes que começou a evolução de uma variedade de motivações mentais necessárias para criar certos papéis sociais (Gilbert & Bailey, 2000). Estes, incluem maneiras de se relacionar, tal como, a procura de cuidados, o fornecer cuidados, a formação de alianças, a competição ou *ranking* social e, o acasalamento. Para se obter sucesso ou por outro modo, um papel social desejado nestes domínios, é necessário entender os sinais sociais (Gilbert & Bailey, 2000). Através destes, que indicam sucesso ou fracasso num determinado papel, são provocadas diferentes emoções, positivas ou negativas, que dependem do significado do sinal. Por exemplo, quanto ao nível social, sinais como aceitação, aprovação ou respeito, geram afeto positivo, ao passo que, sinais de rejeição ou desaprovação social provocam afeto negativo (Gilbert & McGuire, 1998). Existe sempre outro *ser* que vai estar à procura dos mesmos recursos, quer seja de territórios, criar alianças, ou até oportunidades sexuais, assim, tem primeiro de se lidar com a competição para obter os recursos necessários. Aqueles que perdem têm de utilizar mecanismos internos, uma vez que lutar não é uma opção, visto que aumenta o risco de conflito (Sloman & Gilbert, 2000). Daí que, revela-se importante ser capaz de lutar e usar mais esforços para garantir os objetivos, ou analisar se o melhor será desistir, submeter-se ou escapar, de forma a evitar conflitos. Evolucionariamente, estas estratégias serviam para os animais que não teriam hipóteses contra os mais fortes, não entrarem em conflito e sobreviverem. Aqueles que não conseguiam entender, não utilizando estas estratégias apresentavam alterações do funcionamento do eixo-hipótalamo-hipofisário-supra-renal, com respostas comportamentais anómalas, estados emocionais patológicos. Neste sentido, a depressão encontra-se associada ao comportamento submisso, à perda na competição ou *ranking*, à vergonha e à sensação de derrota (Carvalho et al., 2013; Gilbert & Irons, 2009), em contextos de competitividade social e de hierarquia (Stevens & Price, 2000). Gilbert e Allan (1998) postularam que estados stressantes, onde existe a sensação de derrota, subordinação ou inferioridade, ativam respostas de *coping* inatas, como lutar ou fugir (Gilbert & Gilbert, 2003), contudo, se estas forem bloqueadas, origina a sensação de

escape adiado (*arrested flight*), ou seja, existe uma diminuição do comportamento exploratório, uma posição submissa e desmobilização (Gilbert & Allan, 1998). Quando existe um prolongamento desta sensação adaptativa com elevada motivação para escapar, porém, com as saídas bloqueadas, surge a perceção de *entrapment*/encurralamento, gerando humor negativo (Carvalho et al., 2013). De facto, a função adaptativa da depressão, permite facilitar a perda ou derrota e promover uma acomodação, de modo que o indivíduo não sofra mais prejuízos. Em caso de derrota e subordinação forçada, inicia-se um processo inibitório interno, resultando em perda de energia, humor deprimido, perda de apetite e perturbação de sono, sintomas típicos do quadro depressivo. Com efeito, a perceção de *entrapment* pode ser provocada não só através do contexto externo, mas também por processos internos, como a ruminação e pensamentos intrusivos (Akin & Akin, 2015; Carvalho et al., 2013; Trachsel et al., 2010). O *entrapment* externo é relativo à motivação para escapar das circunstâncias atuais, ao mesmo tempo que se sente preso, sem possibilidade para fugir, enquanto o *entrapment* interno está relacionado com a motivação para escapar e à sensação de se encontrar encurralado, porém, relativo a estados emocionais negativos (Carvalho et al., 2011). O *entrapment* em ambientes aversivos, e em estudos etológicos, é considerado menos problemático quando um animal é derrotado, mas que pode escapar, do que um animal que foi derrotado, e não tem fuga possível (MacLean, 1990; Sloman & Gilbert, 2000; Stevens & Price, 2000). Vários estudos evidenciam que a sensação de *entrapment* é um bom preditor do suicídio, uma vez que o indivíduo que foi derrotado por alguém superior e que não consegue sair da situação ameaçadora, poderá desenvolver ideação suicida. Relaciona-se ainda com a psicopatologia, detendo uma associação positiva com a depressão, stress, anedonia, desesperança e comportamento submisso (Carvalho et al., 2013; O'Connor & Nock, 2014; Gilbert et al., 2002; Taylor et al., 2010a, 2010b).

Fatores protetores – Autocompaixão e Tolerância Emocional ao Sofrimento

A suicidalidade, apesar de vários fatores de risco, como supramencionado, pode ser atenuada por outros fatores com uma função apaziguadora e protetora. Dentro dos mais estudados encontra-se o suporte social, a capacidade de resolução de problemas, um pensamento futuro positivo, atividade física e conexão familiar (Adams, 2002; Perlman et al., 2011; Suh & Jeong, 2021). Contudo, existem outros fatores que se devem ter em

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

conta, existindo ainda poucos estudos sobre o seu impacto no suicídio – a autocompaixão e a tolerância emocional ao sofrimento (Basharpoor et al., 2021). A autocompaixão, concebida naturalmente por princípios budistas, é uma atitude benéfica e de bem-querer relativa ao eu, perante as adversidades e sentimentos de inadequação (Neff, 2020). Da mesma forma, a compaixão surge de uma combinação de motivos, pensamentos, comportamentos e emoções, experienciando o sofrimento do eu e do outro, de maneira não julgadora ou crítica, aliada à coragem, sabedoria e compromisso genuíno em aliviá-lo (Castilho, 2001; Gilbert, 2005). Assim a autocompaixão implica ser sensível ao próprio sofrimento, combinado com sentimentos de cuidado, calor e compreensão para com o *eu*, sem atitudes críticas em relação aos nossos defeitos ou falhas, entendendo que o sofrimento faz parte da humanidade comum (Neff, 2003a). Uma atitude compassiva para com o *eu* abrange experienciar as dificuldades ou sofrimento de uma maneira recetiva, atenta, não avaliativa, envolvendo uma relação *eu-eu* calorosa e gentil (Neff & Dahm, 2015).

Neff (2003a) postula que a autocompaixão é composta por três componentes: a) autobondade vs. autojulgamento, isto é, a capacidade de ser gentil e compreensivo com o *eu*, mesmo em tempos de sofrimento, em oposição ao julgamento e autocrítica; b) humanidade comum vs. isolamento, ou seja, a capacidade de entender que sentimentos de inadequação e experiências difíceis é algo que todos sentimos e que partilhamos, os quais fazem parte da condição humana, ao invés de ver estas experiências de maneira isolada dos outros; e c) *mindfulness* vs. sobreidentificação que significa ter uma consciência equilibrada dos acontecimentos privados (e.g., sentimentos, pensamentos), sem necessariamente se apegar, podendo ser capaz de observar os próprios sentimentos negativos que decorrem de adversidades, ao invés de ser dominado pelos mesmos. Com efeito, existe evidência empírica que a autocompaixão se mostra negativamente associada à suicidalidade (Rabon et al., 2018; Suh & Jeong, 2021). Atitudes e sentimentos aversivos relativamente ao *eu*, podem ser acompanhados por pensamentos e comportamentos suicidas e, como tal a autocompaixão poderá atenuar este tipo de experiência interna negativa. Certos autores têm demonstrado o papel protetor e moderador da autocompaixão entre os efeitos de eventos de vida negativos e os pensamentos e comportamentos suicidas, assim como se tem verificado uma associação negativa com a depressão, stress e ansiedade, e uma associação positiva com o bem-estar psicológico (Hirsch et al., 2019; MacBeth & Gumley, 2012).

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Por sua vez, a tolerância emocional ao sofrimento pode ser definida como a capacidade individual de persistir enquanto se experienciam estados psicológicos negativos. Ou seja, consiste na avaliação e expectativa de um indivíduo experienciar estados emocionais negativos em relação à sua tolerância, à avaliação e aceitação, ao nível de atenção absorvida pela emoção e, à habilidade de regular a emoção (Simons & Gaher; 2005). Contudo, a tolerância emocional ao sofrimento pode ser afetada por mecanismos relacionados com a modulação e regulação, isto é, diferenças individuais no que diz respeito à experiencição das emoções, à atenção ou ainda à avaliação da dor física ou emocional (Basharpoor et al., 2021). Vasta investigação revela que uma baixa tolerância emocional ao sofrimento pode estar associada a comportamentos que diminuem o sofrimento no imediato, contudo, podem causar danos físicos e psicológicos a longo prazo (McHugh et al., 2014), como o uso de substâncias e abuso de álcool (Daughters et al., 2009), *binge eating* (Anestis et al., 2007), comportamentos autolesivos não suicidários (Nock & Mendes, 2008) e suicidalidade (Anestis et al., 2011).

Com base no estado da arte, com o presente estudo pretendia-se perceber melhor a suicidalidade, a partir de memórias emocionais negativas experienciadas na infância, da vivência de *entrapment*, e da capacidade de autocompaixão e auto-tranquilização e de tolerância emocional ao sofrimento. Especificamente, o objetivo foi explorar o potencial papel protetor das componentes compassivas da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento na suicidabilidade. Hipotetizou-se que o *entrapment* teria um papel mediador na relação entre experiências de ameaça e subordinação na infância e a suicidabilidade, sendo essa mediação moderada pelos componentes da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento.

Método

Amostra

Para a realização deste estudo foi obtida uma amostra composta por 398 participantes da população portuguesa. Verificou-se que 228 (57.3%) participantes eram do género feminino e 170 (42.7%) do género masculino. Relativamente à idade, esta variou entre os 18 e os 65 anos, sendo a média total da amostra de 28.59 ($DP = 11.50$). No que diz respeito à escolaridade, esta distribuiu-se entre um mínimo de 1 e um máximo de 25 anos de frequência escolar, com uma média de 14.98 anos de escolaridade ($DP = 3.01$). No que

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

concerne ao estado civil, a maioria era solteiro, e quanto à residência, 253 (63.6%) residiam na zona centro, 80 (20.1%) residiam na zona norte, 40 (10.1%) residiam em Lisboa, 12 (3.0%) residiam na Região Autónoma da Madeira, 7 (1.8%) na Região Autónoma dos Açores, 4 (1.0%) residiam no Algarve, e 2 (0.5%) no Alentejo. Cerca de 138 (34.7%) participantes reportou ideação suicida atual ou anterior, em que 20 (14.5%) reportaram pelo menos uma tentativa de suicídio. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do género em qualquer uma das variáveis sociodemográficas consideradas.

As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Características demográficas da amostra e diferenças de género em relação a algumas variáveis ($N = 398$).

	Masculino ($n = 170$)		Feminino ($n = 228$)		t	p^*	d
	M	DP	M	DP			
Idade	28.22	10.77	28.87	12.03	-0.55	.58	-0.06
Escolaridade (Anos)	14.84	3.05	15.08	2.98	-0.79	.43	-0.08
	n	%	n	%	χ^2	p^*	V
Estado Civil					7.04	0.22	0.13
Solteiro/a	132	77.6	164	71.9			
Casado/a	23	13.05	41	18.0			
União de Facto	12	7.1	11	4.8			
Separado/a	.	.	4	1.8			
Divorciado/a	2	1.2	7	3.1			
Viúvo/a	1	.6	1	0.4			

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

	Masculino (<i>n</i> = 170)		Feminino (<i>n</i> = 228)		<i>t</i>	<i>p</i> *	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Região					6.29	.39	.13
Alentejo	1	.6	1	.4			
Algarve	1	.6	3	1.3			
Centro	109	64.1	144	63.2			
Lisboa	21	12.4	19	8.3			
Norte	29	17.1	51	22.4			
Região Autónoma dos Açores	5	2.9	2	.9			
Região Autónoma da Madeira	4	2.4	8	3.5			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2 **	<i>p</i> *	<i>Fi</i>
Ideação Suicida					.01	.93	.01
Não	112	65.9	148	64.9			
Sim	58	34.1	80	35.1			
Tentativa de Suicídio					2.03	.16	.14
Não	53	91.4	65	81.3			
Sim	5	8.6	15	18.8			

*Valor de *p* bicaudal

**Com a correção de continuidade de Yates

Instrumentos de medida

Aplicou-se inicialmente um questionário de dados sociodemográficos e complementares para se obter informações relativas à idade, ao sexo, estado civil, habilitação escolar, região geográfica, situação laboral, assim como ideação e tentativa de suicídio.

De seguida são descritos os instrumentos de autorresposta usados neste estudo.

Escala do *Entrapment* (ES; Gilbert & Allan, 1998; Versão Portuguesa: Carvalho, Gouveia, Castilho, & Pimentel, 2011). A escala do *entrapment* é constituída por duas escalas, sendo estas, a escala de *Entrapment* Interno (EEI) e a escala de *Entrapment* Externo (EEE). O *Entrapment* externo está relacionado com a perceção de situações no mundo exterior que nos motivam a fugir, sendo uma escala constituída por 10 itens, (ex: “*Não encontro uma saída para a minha situação atual*”), com uma pontuação máxima de 40 pontos. O *Entrapment* Interno está relacionado com a motivação para a fuga provocada por eventos internos (pensamentos e sentimentos), sendo uma escala constituída por seis itens, (ex: “*Gostaria de me libertar da minha forma de ser e começar tudo de novo*”) com uma pontuação máxima de 24 pontos. É caracterizada por uma escala tipo-*Likert* de 5 pontos, correspondendo ao grau em que representam os seus sentimentos e pensamentos. Tendo como opções de resposta, 0 - “Não tem nada a ver comigo”; 1 - “É um pouco parecido com o que sinto”; 2 - “é moderadamente parecido com o que sinto”; “3 - É praticamente como me sinto”; “4 - É exatamente como me sinto”. De acordo com a versão original (Gilbert & Allan, 1998), a nível da consistência interna, o alfa de Cronbach para o *Entrapment* Interno foi de .93 para o grupo de estudantes, enquanto que para a grupo de doentes deprimidos foi de .86, evidenciando uma elevada consistência interna para ambos os grupos. A nível do *Entrapment* Externo, o alfa de Cronbach foi de .88 para o grupo de estudantes e de .89 para o grupo de doentes deprimidos. É assim possível referir que as escalas do *Entrapment* Externo e Interno são medidas unidimensionais. Valores mais elevados em cada subescala, traduzem níveis mais elevados de *Entrapment*, quer externo, quer interno, contudo, certos autores calculam o total da escala (Carvalho et al., 2011). De acordo com a versão portuguesa, os resultados demonstraram uma elevada consistência interna, com valores de alfa de Cronbach que variam entre .85 e .93. Neste estudo o alfa de Cronbach para o total da escala foi de .95.

Escala da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A EADS-21 consiste numa escala com três dimensões com sete itens em cada uma delas. Sendo estas; Ansiedade (ex. “*Senti-me quase a entrar em pânico*”); Depressão (ex. “*Senti que não tinha nada a esperar pelo futuro*”) e Stress (ex. “*Tive dificuldades em me acalmar*”). Os 21 itens são cotados numa escala de tipo-*Likert* de 4 pontos que avalia quanto é que a pessoa experimentou cada sintoma na semana anterior. Que vai desde 0 - “não se aplicou nada a mim”, 1 - “aplicou-se a mim algumas vezes”), 2 - “aplicou-se a mim muitas vezes”) e 3

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

- “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). As pontuações das escalas da Ansiedade, Depressão e Stress são definidas pela soma dos respetivos itens. Quanto mais elevado for o resultado em cada dimensão, mais elevados serão os níveis de ansiedade, depressão e stress. É possível verificar bons resultados psicométricos. Quanto ao nível da consistência interna, o alfa de Cronbach para a amostra normativa foi de .91 para a Depressão, .81 para a Ansiedade e .89 para o Stress. Na versão portuguesa, os resultados foram semelhantes, com o coeficiente de Cronbach de .74 para a escala de Ansiedade .85 para a escala de Depressão, e .81 para a escala de Stress. Neste estudo, o alfa de Cronbach foi de .90 para a Depressão.

Escala da Tolerância Emocional ao Sofrimento (DTS-S; Simons et al., 2005; Versão Portuguesa: Lucena-Santos, Palmeira, Duarte, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2013) A DTS é composta por 15 itens com uma escala tipo-*Likert* de 5 pontos, que vai desde 1 - “Discordo Fortemente”; 2 - “Discordo Moderadamente”; 3 - “Não concordo nem discordo”; 4 - “Concordo Moderadamente”; 5 - “Concordo Fortemente”. Dois tipos de itens foram desenvolvidos; um relativo à capacidade percebida de tolerar o sofrimento emocional (ex. “*Eu não consigo tolerar sentir-me angustiado ou aborrecido*”) e outro relativo à regulação emocional para aliviar o sofrimento (“*Quando me sinto angustiado ou aborrecido, tenho de fazer alguma coisa acerca disso imediatamente*”). Na versão original, extraíram-se dois fatores, sendo que o coeficiente de alfa foi de .89. De acordo com a versão portuguesa, extraiu-se dois fatores e obteve-se uma consistência interna de .85 na escala total. É uma escala em que resultados elevados significam maior tolerância ao sofrimento. Neste estudo o alfa de Cronbach foi de .87.

Escala de Experiências Precoces de Vida (ELES; Gilbert, P. et al., 2003; Versão portuguesa: Pinto-Gouveia, J., Xavier, A., & Cunha, M. (2016) é uma escala que avalia sentimentos de ameaça percebida e submissão na interação com a família na infância. É constituída por 15 itens, com três subescalas, sendo estas: *Ameaça* (seis itens, ex: “*Eu sentia os meus pais como poderosos e arrebatadores*”); *Submissão* (seis itens, ex: “*Sentia-me muitas vezes como sendo um subordinado dentro da minha família*”) e *Desvalorização* (três itens inversos, ex: “*Sentia-me muito confortável e relaxado(a) com os meus pais*”). Caracterizada por uma escala tipo-*Likert* de 5 pontos, para avaliar a regularidade e quão verdadeira cada afirmação é para os participantes, relativamente à sua infância. As opções são as seguintes; 1 - “Completamente Falso”; 2 - “Muito

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Ocasionalmente Verdadeiro”; 3 - “Às vezes Verdadeiro”; 4 - “Verdadeiro” e 5 - “Muito Verdadeiro”. A nível de consistência interna houve bons valores psicométrico, o alfa de Cronbach foi de .89 para a Ameaça; .85 para a Submissão; e .71 para a Desvalorização. Para o valor total o alfa foi de .92. Na versão portuguesa, a escala é composta por 16 itens, com um alfa de Cronbach de .86 para o valor total; .77 para a subescala de Ameaça; .74 para a subescala de Submissão; e .68 para a subescala de Desvalorização. Neste estudo utilizámos o total da escala em que o alfa de Cronbach obtido foi de .90.

Escala de Suicidalidade (SS; Castilho, Carreiras, & Pinto, 2019) é constituída por 11 itens, caracterizada por uma escala de 4 pontos (0 - “nunca me acontece”; 1 - “Acontece-me algumas vezes”; 2 - “Acontece-me muitas vezes”; 3 - “Acontece-me sempre”). Pretende-se medir a frequência com que um indivíduo tem pensamentos e desejos de morte e suicídio ao longo da vida. Pode-se identificar uma estrutura fatorial composta por dois fatores de primeira ordem, a desesperança e cognições relacionadas com a morte, e ainda um fator de segunda ordem, que representa o construto geral de Suicídio. É possível demonstrar bons resultados psicométricos. Analisando a consistência interna, o alfa de Cronbach foi de .94 para o total. Pontuações mais elevadas nesta escala, significam maior presença de pensamentos suicidas. O total da SS demonstrou uma excelente consistência interna neste estudo ($\alpha = .92$).

Escala de Autocompaixão (SELFCS; Neff, 2003a; Versão portuguesa: Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2015) é uma escala de autorresposta constituída por 26 itens cotado numa escala tipo - *Likert* de 5 pontos (1 - “quase nunca”; 2 - “Raramente; 3 - “Algumas vezes”; 4 - “Muitas vezes”; 5 - “Quase sempre”). Os participantes avaliam a frequência em que as afirmações são verdadeiras. É composta por seis subescalas: *Autobondade* (cinco itens; ex. “*Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto*”); *Autojulgamento* (cinco itens; ex. “*Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações*”); *Humanidade Comum* (quatro itens; ex. “*Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana*”); *Isolamento* (quatro itens; ex. “*Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis*”); *Mindfulness* (quatro itens; ex. “*Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação*”); e *Sobreidentificação* (quatro itens; ex. “*Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos*”). Pode-se dividir as subescalas em duas

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

dimensões, uma positiva (com componentes positivos, “*Autobondade*” “*Humanidade Comum* e “*Mindfulness*”) e uma negativa (com componentes negativos, “*Autojulgamento*”, “*Isolamento*” e “*Sobreidentificação*”). A versão original mostrou bons resultados psicométricos, com uma consistência interna muito boa. Resultados elevados sugerem níveis elevados de autocompaixão. Através da soma de todas as subescalas, resultou um valor total de alfa de 0.92. Para cada subescala foi possível identificar os seguintes resultados: alfa de 0.78 para *Autobondade*; alfa de 0.77 para *Autojulgamento*; alfa de 0.80 para *Humanidade Comum*; alfa de 0.79 para *Isolamento*; alfa de 0.75 para *Mindfulness*; alfa de 0.81 para *Sobreidentificação*. Com a versão portuguesa, os resultados foram semelhantes, com valor de alfa de Cronbach para a escala total, na amostra clínica e não clínica de 0.92 e 0.94 respetivamente, e nas subescalas, os valores variaram entre 0.70 e 0.88. Neste estudo o alfa de Cronbach para a subescala *Autobondade* foi de .89, para *Humanidade Comum* foi de .78 e, para *Mindfulness* foi de .81. Relativamente ao total da escala, o alfa foi de .95.

Procedimentos metodológicos

A recolha da amostra decorreu entre fevereiro e abril de 2021, através de um inquérito online através da plataforma *Lime Survey*. Para a recolha da amostra, foram considerados os seguintes critérios, sendo os de inclusão a) nacionalidade portuguesa; e b) terem idade superior a 18 anos e inferior a 65 anos, por outro lado, os de exclusão são: a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; b) ser de nacionalidade estrangeira; c) preenchimento incompleto dos questionários de autorresposta e d) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta. Inicialmente foi apresentado aos participantes um formulário de consentimento baseado na versão mais recente da Declaração de Helsínquia em que teriam de escolher uma opção entre “Sim” e “Não”, declarando o seu consentimento informado. Para além disso, foi sumariado a natureza e objetivos do estudo, indicando o caráter voluntário, anónimo e confidencial da participação, assim como os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Somente ao escolher a resposta “Sim”, daria continuidade ao inquérito. O protocolo de avaliação era composto pela informação supramencionada, uma página de recolha de dados sociodemográficos do participante e as medidas de autorresposta relativas às variáveis em estudo. No final aparecia um formulário psicoeducacional, onde o participante era alertado acerca dos pensamentos e sentimentos

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

de suicídio e que, ao poder representar uma ameaça à vida, pressupõem por si só procura de ajuda. Foram fornecidos igualmente os diversos contactos ou outros recursos nacionais, incluindo o número de telefone de emergência da União Europeia, 112. Este formulário psicoeducacional foi apresentado independentemente da resposta inicial no consentimento informado. O inquérito mencionado demorava a ser realizado em média, aproximadamente, cerca de 20 minutos. O protocolo foi acedido por 1145 participantes, em que somente 667 completaram o inquérito (58%). Devido ao facto de existir uma diferença elevada entre géneros (F, 75%; M, 25%), optámos por excluir da amostra total, aleatoriamente, cerca de 263 mulheres no sentido de equilibrar essa assimetria (F, 57%; M, 43%). Igualmente, retirou-se da amostra 3 participantes que se identificavam como uma orientação não binária. E por último, o facto de existirem alguns inquéritos incompletos, com dados omissos, o que contribuiu para que a amostra final ficasse composta por 398 participantes.

Estratégia Analítica

Neste estudo, todos os procedimentos estatísticos, análises descritivas, correlacionais, de regressão e de confiabilidade foram efetuados através do IBM SPSS Statistics 25 software (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Para explorar as características da amostra foram conduzidas estatísticas descritivas e, para testar as diferenças entre género realizou-se o teste *t-Student* para amostras independentes, considerando-se os pressupostos necessários, como a normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias. As diferenças entre as médias foram consideradas estatisticamente significativas quando o *p-value* do teste se denotasse como inferior ou igual a .05 (Howell, 2007). De maneira a entender as diferenças entre o estado civil, a região, a tentativa e ideação suicida entre géneros, foi calculada a estatística significativa do qui-quadrado (X^2). Foram ainda apresentados o tamanho do efeito para o teste *t-Student* (*d* de Cohen) e para o qui-quadrado (V de Cramer e Phi). Quanto à sua interpretação, usou-se os critérios de Cohen (1988) em que, 0.2 = pequeno, 0.5 = médio e 0.8 = elevado e ainda, os critérios de Pallant (2016) para o V de Cramer (duas categorias, .01 = pequeno, .30 = médio e .50 = elevado). Para a análise da consistência interna dos instrumentos, calculou-se o alfa de Cronbach, em que, de acordo com Pestana e Gajreiro (2014), valores α superiores a .90 são considerados como muito bons, entre .80 e .90 como bons, entre .70 e .80 como razoáveis,

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

entre .60 e .70 como fracas e, inferiores a .60 como inadmissíveis. Foram conduzidas as matrizes de correlação de Pearson, de modo a entender o grau da relação entre as variáveis, em que a magnitude dos coeficientes de correlação inferior a .20 é considerada muito fraca, entre .20 e .40 como fraca, entre .40 e .70 como moderada, entre .70 e .90 como elevada e entre .90 e 1 como muito elevada, sendo que o coeficiente de correlação múltipla mede a magnitude da relação entre a variável dependente e o conjunto de variáveis independentes (Pestana & Gajreiro, 2014). Foram ainda efetuadas regressões lineares múltiplas de maneira a testar a contribuição de variáveis positivas (SELFCS e DTS) e negativas (ES) para a propensão do suicídio (variável dependente), controlando a depressão (EADS-21). Com a finalidade de se testar o modelo de mediação moderada utilizou-se a macro PROCESS para o SPSS, versão 3.5.3 (2020) escrito por Hayes (2013), dado que permite testar simultaneamente os efeitos de mediação e de moderação. Foram realizadas análises indiretas com dois modelos separados para testar as subescalas positivas significativas da autocompaixão, como moderadoras. Foi testado o modelo 17, em que as experiências de ameaça e subordinação percebida na infância (ELES) foi considerada a variável exógena independente, a propensão para cometer suicídio (SS) foi a variável endógena dependente, o *entrapment* (ES) foi a variável endógena mediadora e, a autobondade (subescala positiva da SELFCS) e a tolerância emocional ao sofrimento (DTS) foram os moderadores na interação entre o *entrapment* e a propensão para cometer suicídio, e entre a ELES e a propensão para cometer suicídio. Testou-se ainda outro modelo, com as mesmas variáveis, porém com a humanidade comum (subescala compassiva da SELFCS) ao invés da autobondade, como variável moderadora juntamente com a tolerância emocional ao sofrimento (DTS). Na mediação, o efeito da variável independente na variável dependente ocorre através do efeito do mediador, sendo em si um efeito indireto. A variável independente tem um efeito na mediadora e esta última tem um efeito na variável dependente. Na moderação, não se encontra implícito o conceito de causalidade, sendo que a variável independente vai interagir com o moderador e, o efeito desta interação vai atuar na variável dependente, isto é, o moderador modifica o efeito da variável independente na variável dependente (Hayes, 2013). O modelo de moderação vai aferir o efeito da interação, neste caso, entre o *entrapment* e a autobondade/humanidade comum na propensão para a suicidabilidade, e entre o *entrapment* e a tolerância emocional ao sofrimento no *outcome*, sendo que, se esta interação estimar significativamente a variável dependente, a moderação é aceite. Esta

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

mediação moderada foi calculada pela utilização de uma amostragem *bootstrap* de 5000 (sendo um processo computacionalmente intensivo em que se repete um determinado número de vezes a criação de amostras aleatórias com a mesma dimensão da amostra original, (Preacher & Hayes, 2008), e com um intervalo de confiança de 95%, posto que, se o intervalo de confiança não incluir zero, os resultados podem ser significativos num nível de .05, existindo o efeito de mediação.

Resultados

Análise Preliminar dos Dados

Relativamente à normalidade da distribuição das variáveis, esta foi explorada com a utilização do teste Kolmogorov-Smirnov, e o enviesamento em relação à média utilizando-se os valores de assimetria (*skewness*) e de curtose (*kurtosis*). Verificou-se que as variáveis não seguem uma distribuição normal, somente a escala da tolerância emocional ao sofrimento é que apresentou uma distribuição normal. Contudo, os enviesamentos não se revelaram problemáticos (valores de assimetria entre -0.262 e 1.896; valores de curtose entre -0.276 e 3.782) (assimetria < 3 e curtose < 10; Kline, 2016). Foram realizados testes paramétricos, uma vez que, apesar de haver uma violação do pressuposto da normalidade, não existe um enviesamento acentuado, e a amostra não é reduzida (Marôco, 2010). De maneira a observar os *outliers*, procedeu-se à análise do diagrama de extremos e quartis. Devido ao facto de existirem poucos extremos, decidiu-se não eliminar nenhum, de maneira a não comprometer os procedimentos estatísticos e a variabilidade amostral. No que diz respeito à regressão linear, tivemos em conta os pressupostos relativos à normalidade (teste de K-S e valores de assimetria e curtose), homogeneidade (gráfico de probabilidade normal) e independência de resíduos (estatística de Durbin-Watson). Relativamente ao pressuposto da ausência de multicolinearidade, analisou-se o cálculo dos VIF (*Variance Inflator Factor*), não existindo evidência de multicolinearidade entre as variáveis independentes, (VIF < 5; Marôco, 2010). Em relação aos valores de consistência interna, realizados pelo cálculo dos valores de alfa de Cronbach, apresentaram níveis de consistência interna bons e muitos bons (valores α entre .87 e .95).

Estatística Descritiva

Foram analisadas as médias e desvios-padrão relativos à amostra total e às diferenças entre géneros na média amostral das variáveis em estudo, através da condução do teste *t-Student* para amostras independentes (Tabela 2). É possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros em qualquer uma das variáveis em estudo.

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Tabela 2. Médias e Desvios-Padrão para a amostra total ($N = 398$) e comparação entre os géneros nas variáveis em estudo

Variáveis	Total ($N = 398$)		Masculino ($n = 170$)		Feminino ($n = 228$)		t	p^*
	M	DP	M	DP	M	DP		
Experiências de ameaça e subordinação na infância (ELES)	31.09	.56	30.91	10.51	31.23	11.78	-.29	.775
Suicidalidade (SS)	4.01	5.08	4.15	5.54	3.91	4.71	0.45	.656
Tolerância Emocional ao Sofrimento (DTS)	3.31	0.72	3.40	0.69	3.26	0.73	1.92	.055
Autocompaixão (SELFCS)	3.18	0.74	3.25	0.74	3.13	0.74	1.61	.107
Depressão (EADS-21)	5.01	4.74	5.10	5.10	4.94	4.50	0.34	.737
Entrapment (ES)	12.85	13.98	12.18	13.80	13.36	14.15	-0.83	.408

Nota. ELES = Escala de Experiências Precoces de Vida; SS = Escala de Suicidalidade; DTS = Escala da Tolerância Emocional ao Sofrimento; SELFCS = Escala da Autocompaixão; Depressão = subescala da Escala da Ansiedade, Depressão e Stress; ES = Escala do *Entrapment*

*Valor de p bicaudal

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Correlações

Correlações de Pearson entre experiências de ameaça e subordinação percebida na infância, a suicidabilidade, depressão, *entrapment*, autocompaixão e a tolerância emocional ao sofrimento foram testadas (Tabela 3). As correlações obtidas foram todas significativas ($\rho \leq .01$). É possível entender que a percepção de sentimentos de ameaça percebida e submissão na infância demonstrou uma correlação positiva e fraca com a suicidabilidade e com a depressão, assim como uma correlação positiva e moderada com o *entrapment*. Por sua vez, como esperado, as experiências de ameaça e subordinação percebida na infância apresentou uma correlação negativa e fraca com a tolerância emocional ao sofrimento e com a autocompaixão. Foram encontradas correlações positivas elevadas entre suicidabilidade, os sintomas depressivos e o *entrapment*. Por outro lado, suicidabilidade mostrou correlações negativas e moderadas com a tolerância emocional ao sofrimento e com a autocompaixão. A tolerância emocional ao sofrimento apresentou, como expetável, uma correlação positiva e moderada com a autocompaixão e uma correlação negativa e moderada com a depressão e com o *entrapment*. Por sua vez, a autocompaixão associa-se moderadamente e no sentido esperado com a depressão e o *entrapment*.

Tabela 3 - Matriz de correlação de Pearson entre todas as variáveis em estudo

Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Experiências de ameaça e subordinação na infância (ELES)	1	-	-	-	-	-
2. Suicidalidade (SS)	.35**	1	-	-	-	-
3. Tolerância Emocional ao Sofrimento (DTS)	-.30**	-.45**	1	-	-	-
4. Autocompaixão (SELFCS)	-.36**	-.58**	.64**	1	-	-
5. Depressão (EADS-21)	.38**	.74**	-.46**	-.60**	1	-
6. Entrapment (ES)	.45**	.75**	-.56**	-.69**	.76**	1

Nota. ELES = Escala de Experiências Precoces de Vida; SS = Escala de Suicidalidade; DTS = Escala da Tolerância Emocional ao Sofrimento; SELFCS = Escala da Autocompaixão; Depressão = subescala da Escala da Ansiedade, Depressão e Stress; *Entrapment* = Escala do *Entrapment*; ** $p \leq .001$;

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Análise de Regressão Múltipla

Uma regressão linear múltipla foi conduzida para analisar o poder preditivo das variáveis positivas da escala da autocompaixão (Humanidade Comum, *Mindfulness* e Autobondade) e da tolerância emocional ao sofrimento para a suicidalidade. Com estes dados, é possível observar que o modelo de regressão explica cerca de 27% de variância da suicidalidade, $F_{(4, 393)} = 38.24$, $p < .001$. Especificamente, a autobondade e a humanidade comum, assim como a tolerância emocional ao sofrimento mostraram-se como preditores significativos suicidalidade. A tolerância emocional ao sofrimento demonstrou o beta mais elevado e, a autobondade foi a subescala da autocompaixão com maior poder preditivo (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Análise de regressão linear múltipla para as componentes positivas da autocompaixão (autobondade, *mindfulness* e humanidade comum) e tolerância emocional ao sofrimento (DTS) a predizer a suicidalidade.

Preditores	R ²	R ² ajustado	F	β	Sig.	VIF	DW
	.28	.27	38.24		<.001		2.031
DTS				-.305	<.001	1.346	
Autobondade				-.140	.042	2.585	
<i>Mindfulness</i>				-.097	.161	2.614	
Humanidade Comum				-.115	.046	1.791	

Análise de Dupla Mediação Moderada

Dois modelos de mediação moderada foram realizados para testar o efeito mediador do *entrapment* na relação entre experiências de ameaça e subordinação percebida na infância e a suicidalidade. No primeiro modelo testou-se se esta mediação era moderada pela autobondade e pela tolerância emocional ao sofrimento e, no segundo modelo testou-se se esta mediação era moderada pela humanidade comum e pela tolerância emocional ao sofrimento.

Efeito mediador do entrapment na relação entre experiências de ameaça e subordinação percebida na infância e suicidalidade, moderado pela autobondade e tolerância emocional ao sofrimento

Relativamente ao primeiro modelo (Figura 1), os resultados apontaram que este explicou cerca de 66% de variância da suicidalidade $F(9, 388) = 82.87, p < .001$. Pode observar-se a intensidade da relação entre as variáveis através dos coeficientes de regressão estandardizados, representados por β . Com os resultados é possível observar-se que o efeito direto da experiência de ameaça e subordinação percebida na infância e a suicidalidade é significativo ($c' = -.152, SE = .066, t = -2.293, p = .022, 95\% IC = -.282/-.022$). Verifica-se igualmente que indivíduos com uma elevada recordação de se sentirem ameaçados e subordinados na infância apresentam níveis elevados de encurralamento/*entrapment* ($\beta = .234, SE = .043, t = 5.463, p = < .001, 95\% IC = .150/.318$), mesmo quando a depressão é controlada. Adicionalmente, para observar o efeito moderador, tem que se ter em conta o nível de significância e os IC (intervalo de confiança), da interação de cada termo. Somente na interação (EE x autobondade) a autobondade foi significativa ($\beta = -.058, SE = .015, t = -3.940, p = .0001, 95\% IC = -.087/-.029$) não incluindo 0, controlando a depressão. Assim, constatou-se que o efeito do *entrapment* sobre a suicidalidade depende da moderação da autobondade (inversamente). Relativamente às outras interações, nenhuma foi significativa. Com os resultados, verificou-se que o efeito de mediação moderada contém um índice com valor negativo, ($\omega = -.014$), indicando que o efeito indireto das experiências de ameaça e subordinação percebida na infância, através do *entrapment* é uma relação que decresce com a componente de autobondade. No que diz respeito ao IC, o índice da mediação moderada não inclui 0 (-.025; -.004), o que sustenta a moderação do efeito indireto entre as experiências de ameaça e subordinação percebida na infância, na suicidalidade através da autobondade. Contudo, para a tolerância emocional ao sofrimento, o mesmo não se verificou, visto que o IC inclui 0 (-.013; .009). É ainda representada uma estimativa do efeito indireto condicional da perceção de sentimentos de ameaça percebida e submissão na infância (X) na suicidalidade (Y) através do *entrapment* (M) para os moderadores (Autobondade e tolerância emocional ao sofrimento), onde se testa se o efeito indireto é diferente de 0 em diferentes níveis (baixo, médio e alto). Verificou-se que os efeitos indiretos da experiência de ameaça e submissão percebida na infância na suicidalidade através do *entrapment* condicionado pela autobondade e pela tolerância emocional ao

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

sofrimento foram significativos, variando de valores mais baixos (valor = .043, $\beta = .010$, 95%IC = .024/.063) para médios (valor = .029, $\beta = .008$, 95%IC = .015/.047), contudo, para um nível mais alto, o efeito torna-se não significativo, uma vez que o IC inclui 0 (valor = .014, $\beta = .010$, 95%IC = -.004/.036).

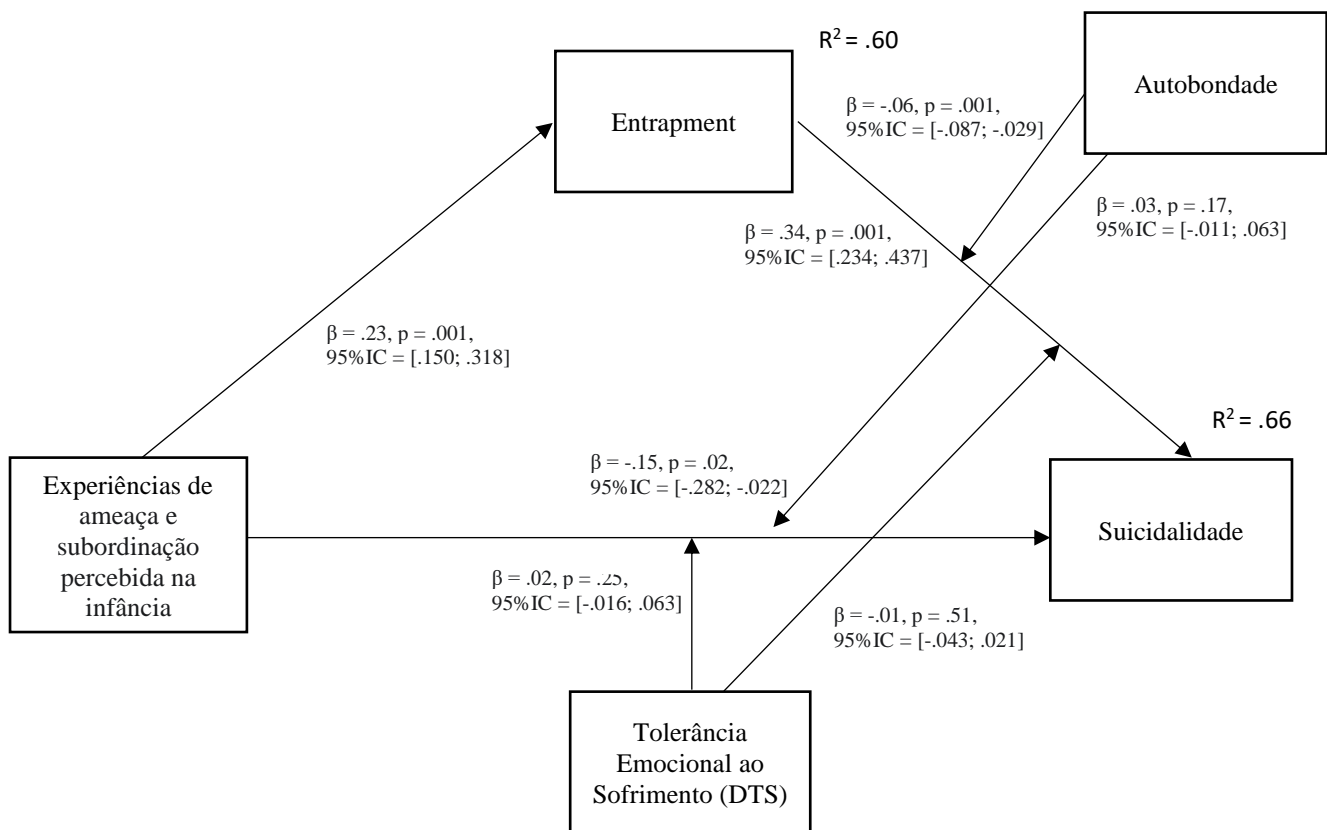


Figura 1 – Modelo de mediação moderada. Autbondade e tolerância emocional ao sofrimento como moderadores da mediação entre a percepção de sentimentos de ameaça percebida e submissão na infância e a Suicidalidade.

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

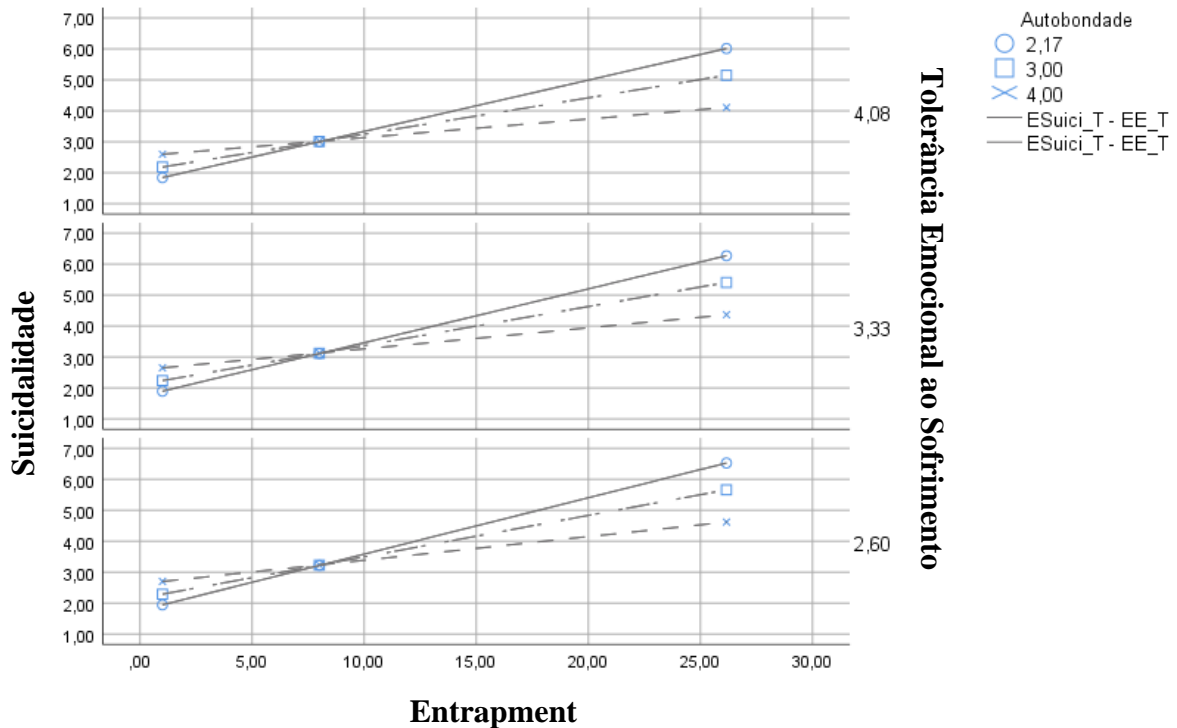


Gráfico 1. Efeito moderador da autobondade e tolerância emocional ao sofrimento entre o *entrapment* e a Suicidalidade

Relativamente ao segundo modelo (Figura 2), os resultados apontaram que este explicou cerca de 66% de variância da propensão para o suicídio $F(9, 388) = 85.05, p < .001$.

Com os resultados é possível observar que o efeito direto entre a percepção de sentimentos de ameaça percebida e submissão na infância e a suicidalidade não é significativo ($c' = -.125, SE = .068, t = -1.840, p = .067, 95\%IC = -.259/.009$).

Verifica-se igualmente que indivíduos com uma elevada recordação de se sentirem ameaçados e subordinados na infância apresentam níveis elevados de encurralamento/*entrapment* ($\beta = .234, SE = .043, t = 5.463, p = < .001, 95\%IC = .150/.318$), mesmo quando a depressão é controlada. Adicionalmente, para observar o efeito moderador, constatou-se que duas interações (EE x humanidade comum; ELES x Tolerância Emocional ao Sofrimento) foram significativas ($\beta = -.058, SE = .014, t = -4.099, p = .0001, 95\%IC = -.086/-.030$) e ($\beta = .041, SE = .020, t = 2.082, p = .038, 95\%IC = .002/.081$) respetivamente, não incluído 0, quando se controla a depressão. Assim,

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

constatou-se que o efeito do *entrapment* sobre a suicidalidade depende da moderação da humanidade comum e da tolerância emocional ao sofrimento (inversamente). Relativamente às outras interações, nenhuma foi significativa. Com esta análise, verificou-se também que o efeito de mediação moderada contém um índice com valor negativo, ($\omega = -.014$), indicando que o efeito indireto das experiências de ameaça e subordinação percebida na infância, através do *entrapment* é uma relação que diminui com a humanidade comum. No que diz respeito ao IC, o índice da mediação moderada não inclui 0 (-.025; -.004), o que sustenta a moderação do efeito indireto entre experiências de ameaça submissão percebida na infância, na suicidalidade através da humanidade comum. Contudo, para a tolerância emocional ao sofrimento, o mesmo não se verificou, visto que o IC inclui 0 (-.016; .005).

É ainda representada uma estimativa do efeito indireto condicional das experiências de ameaça e subordinação percebida na infância (X) na suicidalidade (Y) através do *entrapment* (M) para os moderadores (humanidade comum e tolerância emocional ao sofrimento), onde se testa se o efeito indireto é diferente de 0 em diferentes níveis (baixo, médio e alto). Observou-se que os efeitos indiretos das experiências de ameaça e subordinação percebida na infância na suicidalidade através do *entrapment* condicionado pela humanidade comum e pela tolerância emocional ao sofrimento foram significativos, variando de valores mais baixos (valor = .046, $\beta = .011$, 95%IC = .026/.070) para médios (valor = .028, $\beta = .008$, 95%IC = .014/.047), contudo, para um nível mais alto, o efeito torna-se não significativo, uma vez que o IC inclui 0 (valor = .014, $\beta = .009$, 95%IC = -.002/.036).

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

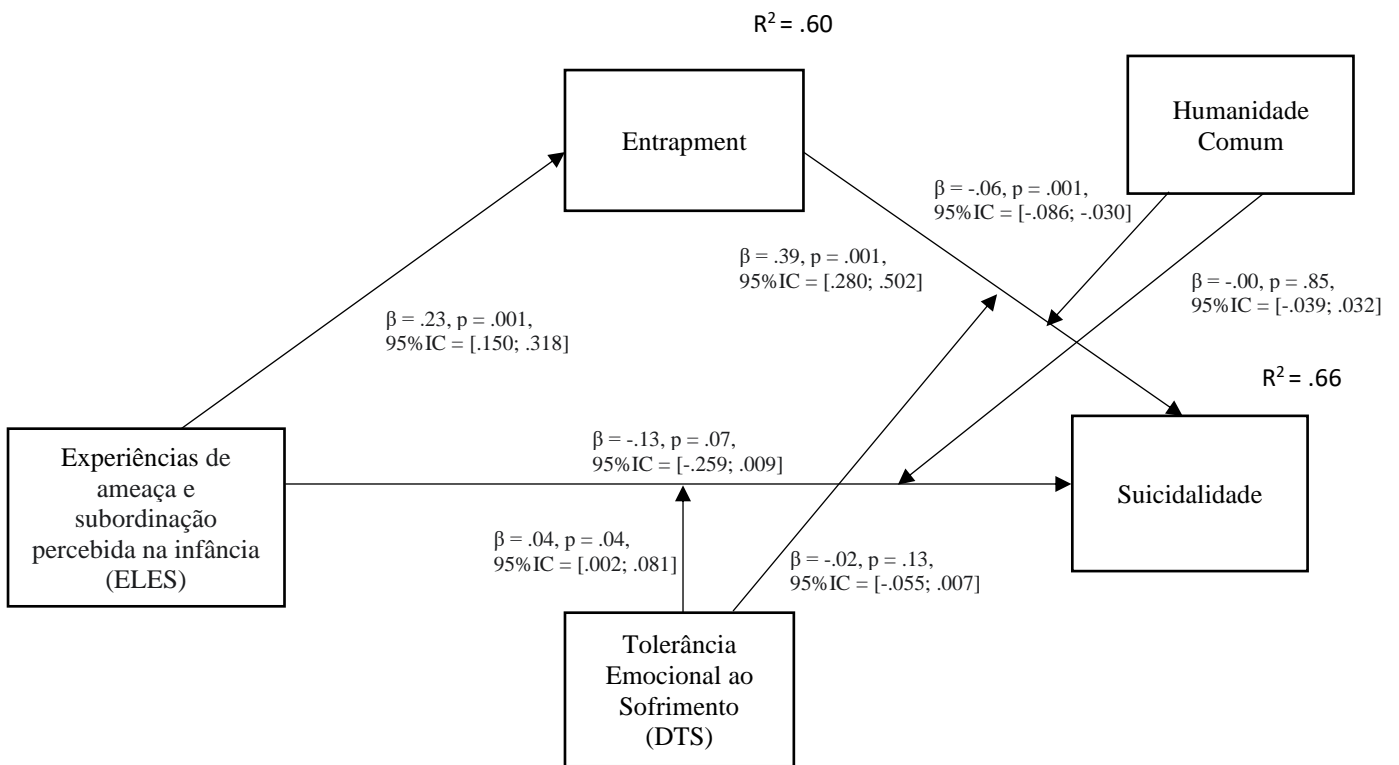


Figura 2 – Modelo de mediação moderada. Humanidade Comum e tolerância emocional ao sofrimento como moderadores da mediação entre a percepção de sentimentos de ameaça percebida e submissão na infância e a Suicidalidade.

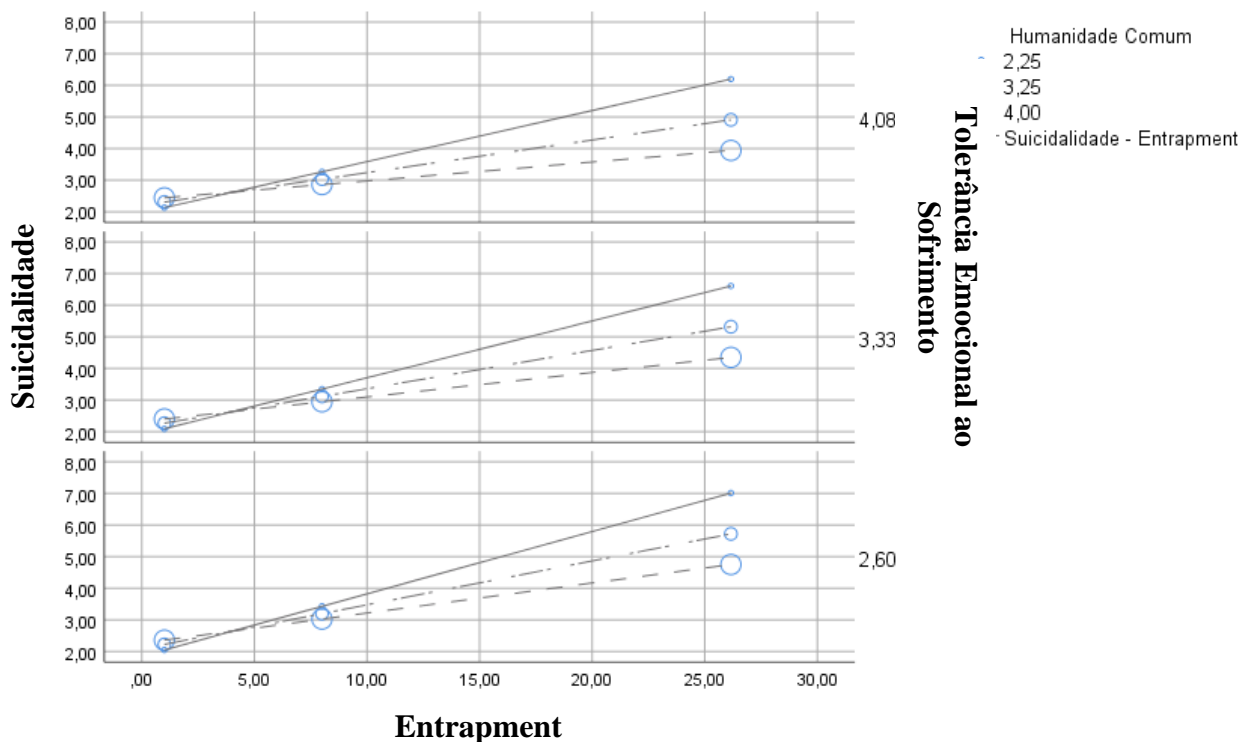


Gráfico 2. Efeito moderador da humanidade comum entre o *entrapment* e a suicidalidade

Discussão

Diversos autores apontam para o impacto que experiências de vida negativas na infância têm no suicídio, assim como para a importância da relação entre o *entrapment* e a suicidalidade (O'Connor, 2003; Park et al., 2010; Perez et al., 2016; Taylor et al., 2011; Yang & Clum, 1996; Zhang et al., 2021). De facto, crianças que têm medo dos pais e que se sentem forçadas a deter uma posição subordinada de forma indesejada, podem adotar comportamentos submissos, relacionadas com uma inibição do comportamento assertivo, uma vez que a criança não se defende, tendo uma diminuição do afeto positivo e comportamentos de apaziguamento (Sloman & Gilbert, 2000). Estas crianças que se defendem de uma maneira rápida, utilizando a subordinação, são especialmente vulneráveis a maiores problemas psicológicos e, esta lembrança de existir uma necessidade de se comportar de forma submissa na infância está relacionada a pensamentos atuais sobre os outros as olharem com desprezo (Gilbert et al., 2003). É possível entender que o medo e a hostilidade sentida no início da vida, assim como a sensação de derrota, subordinação ou inferioridade, ativam respostas de *coping*, como lutar ou fugir (Gilbert & Gilbert, 2003), contudo crianças que não conseguem escapar de pais abusivos utilizam mecanismos de defesa, como a subordinação. Com efeito, a sensação de *entrapment*, ou seja, a motivação para escapar, porém com escape bloqueado, aumenta o humor negativo. Assim vários autores evidenciam que a sensação de *entrapment* é um bom preditor do suicídio, visto que ser derrotado por alguém superior, não conseguindo sair da situação aversiva potencia o desenvolvimento de ideação suicida (Carvalho et al., 2013; Gilbert & Allan, 1998, O'Connor & Nock, 2014).

Diversos estudos afirmam que existem certos fatores protetores que podem funcionar como um mecanismo atenuador do risco de psicopatologia e suicidalidade, tal como a autocompaixão, a resiliência ou estratégias de *coping* (Cleare et al., 2019; Marty et al., 2010; Trompeter et al., 2017). No entanto, poucos são os estudos que abordam as componentes da autocompaixão (autobondade, humanidade comum e *mindfulness*) e a tolerância emocional ao sofrimento como fatores que poderão atenuar a ligação entre o *entrapment* e a suicidalidade (Akin & Akin, 2015; Stanley et al., 2018).

O presente estudo teve como objetivo testar um modelo de mediação moderada, e compreender em que medida o sentimento de encurralamento/*entrapment* medeia a relação entre as experiências de ameaça e subordinação percebida na infância e a suicidalidade, enquanto as componentes positivas da autocompaixão e a tolerância

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

emocional ao sofrimento moderam esta relação e entre as experiências de ameaça e subordinação na infância e a suicidalidade.

No que concerne às características sociodemográficas da amostra obtida, verificou-se que esta foi maioritariamente composta por sujeitos do sexo feminino ($n = 228$), existindo um maior número de solteiros e com idade média de 29 anos. Adicionalmente, houve uma média de aproximadamente 15 anos de escolaridade e, a maioria residia no centro do país. Com efeito, houve um maior número de participantes do sexo feminino que indicaram ideação suicida ($n = 80$) e destes, cerca de 15 apontaram tentativa de suicídio. Por outro lado, dos participantes do sexo masculino ($n = 170$) que indicaram ideação suicida ($n = 58$), cerca de 5 apontaram tentativa de suicídio. De seguida, com o propósito de analisar as diferenças entre os dois grupos nas variáveis em estudo realizaram-se testes *t-Student*. No que concerne às características da amostra os resultados obtidos mostraram não existir diferenças significativas nas variáveis em estudo, em função do género dos participantes. Estes resultados parecem ir ao encontro de alguns estudos, cujas diferenças entre género não foram significativas relativas à autocompaixão e ao sofrimento psicológico (Iskender, 2009; Marsh et al., 2018; Muris et al., 2016). Com efeito, numa série de estudos a tendência encontrada é as mulheres terem mais sofrimento psicológico, memórias emocionais negativas reportadas à infância, sintomatologia depressiva e menos autocompaixão do que os homens (Castilho et al. 2017; Marsh et al., 2018). Relativamente à tolerância emocional ao sofrimento, certos estudos também demonstraram não existir diferenças significativas entre género (Vujanovic & Zegel, 2020), contudo garantindo evidências de pessoas do sexo feminino com menor tolerância emocional ao sofrimento (Simons & Gaher, 2005; Slabbert et al., 2021). No que diz respeito ao *entrapment*, os nossos resultados vão de acordo com outros estudos cujos resultados não mostraram diferenças significativas entre género (Boomsma & Steg, 2014; Carvalho et al., 2013). O estudo de natureza correlacional mostrou associações significativas entre as variáveis, e no sentido esperado. Verificou-se que as variáveis protetoras (autocompaixão e tolerância emocional ao sofrimento) mostraram associações positivas entre elas mesmas e associações negativas com o *entrapment*, depressão, experiências de ameaça e subordinação percebida na infância e com a suicidalidade. Assim, os dados sugerem que níveis elevados de autocompaixão e tolerância emocional ao sofrimento associam-se a menores níveis de *entrapment* e depressão. Isto significa que os indivíduos com mais capacidade de autocompaixão e autotranquilização, quando em

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

sofrimento e que conseguem estar recetivos ao sofrimento, tolerando-o, experienciam menos a vivencia de escape adiado e menos sintomas depressivos. Num estudo levado a cabo por Schoenefeld e Webb (2013), podemos entender o papel conjunto destas duas variáveis, uma vez que a autocompaixão mostrou-se correlacionada com a tolerância emocional, e ambas contribuíram para o comportamento alimentar intuitivo. Os resultados obtidos mostraram ainda que o *entrapment*, depressão e suicidalidade estão correlacionados entre si, de forma significativa, o que sugere que quanto maior for a sensação de encurralamento, mais sintomas depressivos e maior suicidalidade. Estes dados reforçam a literatura existente acerca do *entrapment*, depressão e ideação suicida, uma vez que identificam o *entrapment* como um bom preditor destes (Melo, R., 2019; O'Connor & Portzky, 2017). Efetivamente, entende-se que a depressão pode relacionar-se com o *entrapment*, uma vez que essa sensação de estar preso sem ter possibilidades de escapar origina um humor negativo, e de facto certas experiências de vida negativas na infância, como o abuso sexual, negligência e falta de afeto, aumentam igualmente a vulnerabilidade a desenvolver depressão mais tarde na vida, contribuindo para o aumento do risco do suicídio (Dube et al., 2001; Gilbert & Gilbert, 2003; Klonsky et al., 2016; Rogers et al., 2018). Um ambiente entre pais e filhos mais caloroso e de suporte pode prevenir que estes indivíduos se envolvam em situações onde se vêm como inferiores.

Adicionalmente, observa-se em certos estudos que a autocompaixão e a tolerância emocional ao sofrimento têm um papel protetor para com a suicidalidade, dado que existem evidências que realçam uma associação entre elevada autocompaixão e menor sofrimento psicológico, algo ocorrente em pensamentos e comportamentos suicidas, existindo maior tolerância emocional (Cleare et al., 2019). Entende-se assim que seria útil desenvolver competências compassivas ao lidar com memórias emocionais na infância, uma vez que estas podem causar sintomas depressivos.

Estes dados reforçam estudos acerca destas variáveis, uma vez que realçam o papel protetor da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento na prevenção do suicídio (Akin & Akin, 2015; Stanley et al., 2018), do mesmo modo que se entende o papel do *entrapment* e da depressão para a propensão do suicídio e da suicidalidade (Taylor et al., 2011; Tucker et al., 2016).

De modo a compreender melhor, dentro das variáveis positivas, quais as componentes que melhor predizem (inversamente) a suicidalidade, foram realizadas estatísticas de regressão linear múltipla, considerando a suicidalidade como a variável critério, assim

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

como a tolerância emocional ao sofrimento e as componentes da autocompaixão (autobondade, humanidade comum e *mindfulness*) como variáveis preditoras.

Verificou-se que das 4 variáveis, somente o *mindfulness* não foi significativo, (27% da variabilidade da propensão para a suicidalidade), o que não era expectável, uma vez que em literatura prévia, o *mindfulness* tem uma associação com a psicopatologia, reduzindo o comportamento suicida (Collins et al., 2018). De facto, a autobondade e a humanidade comum tornam a pessoa mais compreensiva e gentil com ela mesma, entendendo que o sofrimento faz parte da humanidade comum (Neff, 2003a). Assim uma possível explicação para esta ocorrência, pode ser o facto do componente oposto ao *mindfulness* (sobreidentificação) seja mais prejudicial do que os benefícios do *mindfulness*, uma vez que as pessoas se identificam mais com os seus próprios eventos privados, com maiores níveis de ruminação, sendo um bom preditor da depressão. O que vai de acordo com certos autores que demonstraram que as componentes não compassivas da autocompaixão são fortemente associadas aos problemas de saúde mental (Muris & Petrocchi, 2017). Igualmente, Dreisoerner et al, (2020) demonstraram que características relacionadas com o *mindfulness* não são suficientes para acentuar a autocompaixão, contudo práticas relacionadas com a autobondade, tal como a meditação da bondade amorosa, são essenciais para aumentar a autocompaixão.

Tendo por base os resultados verificados nas análises e, de maneira a compreender melhor a sua contribuição na prevenção da suicidalidade, dois modelos de dupla mediação moderada foram testados. Os resultados obtidos mostraram que o *entrapment* mediou a relação entre as experiências de ameaça e submissão percebida na infância e a suicidalidade, enquanto a autobondade e a tolerância emocional ao sofrimento no primeiro modelo, e a humanidade comum e a tolerância emocional ao sofrimento no segundo modelo, moderavam esta relação.

O primeiro modelo explicou cerca de 66% da variabilidade da suicidalidade. Os resultados obtidos permitiram identificar um efeito direto das experiências de ameaça e subordinação na infância na suicidalidade e um efeito indireto mediado pelo *entrapment*. O que de facto suporta a investigação que dita que crianças que vivem em ambientes onde os pais assumem os filhos como subordinados e que precisam de ser controlados, utilizando a ameaça como meio de controlo, tem influência na vida destas crianças. Ou seja, crescem em ambientes onde não existe calor, suporte ou tranquilização, mas sim

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

stress e medo, o que vai ter um impacto nas respostas ao stress, nos processos fisiológicos, assim como na relação eu-outros, comportando-se de maneira submissa e considerando-se inferiores. Adicionando que estes estilos relacionam-se com a depressão (Gilbert & Allan, 1998; Gilbert et al., 2003). Com efeito, estes estados de subordinação, ou sensação de inferioridade podem ativar estratégias de fuga, contudo, se as saídas se encontram bloqueadas, pode causar sensação de *entrapment*, gerando um impacto negativo no humor (Carvalho et al., 2013). Esta sensação de *entrapment* relaciona-se com a depressão e é um forte preditor do suicídio (O’connor, 2003).

Mais ainda, o modelo mostrou que a autobondade moderou significativamente (inversamente) a associação entre o *entrapment* e a suicidalidade, e, em conjunto com a tolerância emocional ao sofrimento, dentro dos indivíduos que se sentem encurralados, aqueles que apresentam maiores níveis de autobondade e tolerância emocional ao sofrimento, apresentam menores níveis de suicidalidade.

Tendo em conta o segundo modelo, este explicou também 66% da variabilidade da suicidalidade. Neste modelo, já não foi possível identificar um efeito direto significativo entre as experiências de ameaça e subordinação na infância na suicidalidade, contudo, apresenta-se um efeito indireto mediado pelo *entrapment*. Entende-se ainda que a tolerância emocional ao sofrimento moderou significativamente a relação entre as experiências de ameaça e subordinação na infância e a suicidalidade. Com efeito, os resultados mostraram que a humanidade comum moderou significativamente a associação entre o *entrapment* e a suicidalidade. Sugere ainda que dentro dos indivíduos que se sentem encurralados, aqueles que apresentam maiores níveis de humanidade comum e tolerância emocional ao sofrimento apresentam menores níveis de suicidalidade. Estes dados vão ao encontro da investigação que indica que tanto a autobondade, como a humanidade comum predizem negativamente a sensação de *entrapment* (Akin & Akin, 2015). Estas dimensões adaptativas permitem às pessoas lidar com acontecimentos difíceis e stressantes com carinho, amabilidade e suporte, e com abertura, recetividade e tolerância sem se deixarem dominar por emoções negativas. O facto de, à medida que experienciam situações aversivas, serem bondosos com eles mesmos, pode resultar na vivencia de emoções mais positivas do que negativas. O que torna mais fácil lidar com as consequências das experiências aversivas, mesmo quando têm ou não o controlo da situação. A capacidade de autobondade e da humanidade comum

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

torna os indivíduos mais compreensivos e gentis com eles mesmos, reconhecendo e aceitando, ao invés de negar ou evitar certas adversidades ou características, o que atenua a sensação de *entrapment* (Akin & Akin, 2015; K. Neff, 2003a). Deve-se encorajar o desenvolvimento da autocompaixão em indivíduos com esta sensação, uma vez que o autojulgamento, a sobreidentificação e o isolamento são bons preditores do *entrapment*, podendo assim ser útil combater as suas tendências destrutivas e lidar com as emoções negativas com mais clareza. Apesar do *mindfulness* não ter sido um preditor significativo, o conjunto das componentes da autocompaixão deve ser tido em conta, uma vez que se influenciam uns aos outros.

Relativamente à tolerância emocional ao sofrimento, verificou-se que foi possível entender o papel preditor desta para a sensação de *entrapment*, uma vez que as pessoas que têm uma maior tolerância emocional ao sofrimento conseguiam estar mais tempo em relações de violência doméstica, do que aqueles cuja tolerância emocional ao sofrimento é menor (Onyedibeet al., 2014). Como tal, a tolerância emocional ao sofrimento pode auxiliar na adaptação desta, ou seja, ajuda não em ficar na situação de violência, mas sim em utilizar uma maior tolerância emocional ao sofrimento de modo a conseguir lidar com as dificuldades envolvidas neste tipo de situações, e ao mesmo tempo tentar sair dessa situação.

De facto, existe evidência empírica acerca do papel protetor das componentes adaptativas da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento individualmente, contudo, nenhum estudo chegou a estudar estas em conjunto. De acordo com Gilbert (2014), a tolerância emocional ao sofrimento faz parte dos atributos da autocompaixão. Assim, é possível referir que estes dados são inovadores, uma vez que indicam que uma atitude compreensiva, bondosa, gentil e com uma maior tolerância emocional ao sofrimento, pode funcionar como um atenuador da sensação de *entrapment*, diminuindo a ideação suicida. Ou seja, ser compassivo connosco próprios, em momentos em que a sensação de estar encurralado está presente, pode reduzir a probabilidade da manifestação da suicidalidade.

Limitações e Investigações Futuras

Muito embora o presente estudo possa contribuir para a investigação, com um contributo importante para a compreensão dos fatores protetores da suicidalidade, existem, no entanto, algumas limitações metodológicas.

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

A primeira limitação relaciona-se com a natureza transversal do estudo, não sendo possível a inferência de relações de causalidade. Seria assim, deveras pertinente em investigações futuras, um desenho longitudinal, prospetivo, de maneira a testar hipóteses de causalidade. Outra limitação prende-se com a utilização de medidas de autorresposta, existindo uma maior subjetividade dos dados recolhidos, assim como a existência de uma maior probabilidade de respostas socialmente desejáveis e até o evitamento dos itens e construtos que as medidas medem. O facto da Escala de Experiências Precoces de Vida (ELES) ser de carácter retrospectivo pode levar a enviesamentos de memória seletiva, comprometendo o rigor da informação. Existe ainda, a limitação metodológica da amostra ser composta maioritariamente por pessoas do sexo feminino. Por fim, o facto de se ter recolhido os dados numa época de pandemia (SARS-CoV-2/COVID-19), onde o isolamento social era requerido, o que pode ter levado a alguns enviesamentos nas respostas, considerando o impacto de uma pandemia na população, já que o isolamento social é um bom preditor significativo da depressão e ideação suicida (Gehman, 2021). Considera-se pertinente o recurso a amostras clínicas, no sentido de analisar o impacto destas variáveis, e até o seu contributo para a patoplastia de cada quadro clínico (e.g., perturbações da personalidade). Por outro lado, e com base nestes dados seria interessante ver o contributo dos medos da compaixão, do autocriticismo, e de acontecimentos de vida diários negativos na predição da suicidalidade. No sentido de explorar a influência de variáveis positivas, analisar o impacto do *mindfulness*, da conectividade social, e do sentimento que a vida tem um propósito orientada pelos valores na suicidalidade, em amostras não clínicas e clínicas, em diferentes etapas da trajetória desenvolvimental.

Mais ainda, seria importante considerar outro tipo de escalas que avaliam a suicidalidade, recorrendo a entrevistas clínicas, e com isso alargar também o estudo na relação entre a suicidalidade e os outros tipos de comportamentos suicidários e para-suicidários.

Implicações Clínicas

Os resultados obtidos no presente estudo contribuíram para a compreensão da suicidalidade, salientando o papel da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento. Assim, de modo a alertar para contextos preventivos e interventivos, os nossos resultados sugerem a importância de avaliar e intervir em certos tipos de memórias negativas, como a subordinação e ameaça. De facto, quando existe uma exposição na

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

infância a certas ameaças, como abuso, negligência, crítica e rejeição, cria um efeito negativo na vida adulta, visto que se associa a uma série de dificuldades psicológicas. (Castilho et al., 2014; Richter et al., 2009). Assim, este estudo apontou o impacto que fatores protetores, particularmente a autocompaixão (em especial a autobondade e humanidade comum) têm em pessoas com a percepção de encurralamento e por consequência com ideação suicida, controlando o efeito dos sintomas depressivos. Abordagens terapêuticas devem ser desenhadas para indivíduos que se sentem encurralados (externa ou internamente) no sentido de os ajudar a encontrar outra estratégia defensiva mais eficaz e com isso promover mais resiliência e menos psicopatologia. Este comportamento de escape adiado associa-se à rotina defensiva cognitivo-emocional de desesperança cognitiva, e gera sintomas de anedonia úteis para lidar com eventos difíceis, a curto prazo. Parece, e que é promissor, que ter capacidade de sabedoria, de autossuporte, autobondade e amabilidade pelo eu, amortece e ajuda a sair dessa resposta diminuindo a suicidalidade (o que enfraquece também os ciclos de enviesamento e de reatividade cognitiva negativa típicos do humor deprimido). Neste sentido, uma abordagem terapêutica cujo principal objetivo é ajudar a desenvolver experiências de calor interior, segurança, tranquilidade e bondade, específica para indivíduos autocríticos e com vergonha, tendo dificuldades em aceder ao sistema de regulação de afeto positivo é a Terapia Focada na Compaixão (CFT; Gilbert, 2009).

A intervenção baseada na compaixão (CFT; Gilbert, 2009), poderá ser útil para indivíduos que por razões contextuais aprenderam a funcionar numa mentalidade de competição (memórias de subordinação e ameaça na infância, autocriticismo, vergonha), em que cultivar e estimular a mentalidade de prestação de cuidados é a via de regulação do sistema defensivo e de ameaça (Gilbert, 2009; Mclean et al., 2017). De acordo com os nossos resultados, estes associados à importância do conhecimento das origens emocionais e reguladores da autocompaixão e de *soothing* possibilitam compreender que o que é necessário para os indivíduos que provêm de ambientes familiares ameaçadores e dominantes (na sua percepção) e que se sentem de alguma forma encurralados sem possibilidade de escapar, com ideação suicida, será o desenvolvimento de uma mente compassiva, de modo a experienciar uma maior conexão, suporte segurança, tranquilidade, bondade e encorajamento em relação ao *eu* e aos outros (Cozolino, 2007; Gilbert, 2005). O ponto central da intervenção terapêutica nesta abordagem poderá ser sobre as experiências que moldaram o sistema de ameaça (e.g., memórias de

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

subordinação involuntária, escape adiado interno e externo) de modo a treinar competências ligadas a outros sistemas de regulação de afeto (sistema de soothing/afiliação) (Gilbert, 2010), centrais para a regulação do stress e ameaça.

Concluindo, intervenções baseadas na autocompaixão e num aumento da tolerância emocional ao sofrimento parecem ser úteis em pessoas com experiências de ameaça percebida e submissão na infância, que se sentem encurraladas, e com ideação suicida.

Bibliografia

- Adams, R. (2002). Health and Community Care. *Social Policy for Social Work*, 92–109. https://doi.org/10.1007/978-0-230-80178-3_5
- Akin, A., & Akin, Ü. (2015). The Predictive Role of Self-Compassion on Entrapment in Turkish University Students. *Universitas Psychologica*, 14(2), 423–432. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-2.prsc>
- Allen, L., & Dwivedi, Y. (2020). MicroRNA mediators of early life stress vulnerability to depression and suicidal behavior. *Molecular Psychiatry*, 25(2), 308–320. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0597-8>
- Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T., & Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 603–611. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>
- Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2012). Behaviorally-indexed distress tolerance and suicidality. *Journal of Psychiatric Research*, 46(6), 703–707. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.02.015>
- Anestis, M. D., Selby, E. A., Fink, E. L., & Joiner, T. E. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 718-726.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112(3), 461–484. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.3.461>
- Basharpoor, S., Mowlaie, M., & Sarafrazi, L. (2021). The Relationships of Distress Tolerance, Self-compassion to Posttraumatic Growth, the Mediating Role of Cognitive Fusion. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 30(1), 70–81. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1711279>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression. *Suicide and*

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Life-Threatening Behavior, 23(2), 139–145. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1993.tb00378.x>

- Boomsma, C., & Steg, L. (2014). Feeling safe in the dark: Examining the effect of entrapment, lighting levels, and gender on feelings of safety and lighting policy acceptability. *Environment and Behavior*, 46(2), 193-212.
- Brodsky, B. S. (2016). Early Childhood Environment and Genetic Interactions: the Diathesis for Suicidal Behavior. *Current Psychiatry Reports*, 18(9). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0716-z>
- Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, R. W., Buitelaar J. K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K. Paramala Santosh., Arango, C. & Stop Consortium. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 1-18.
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., & Pimentel, P. (2011). Entrapment - conceito, definição e características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Entrapment. *Psychologica*, (54), 385–411. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_15.
- Carvalho, S., Pinto-gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., Gilbert, P., & Mota-pereira, J. (2013). Entrapment and Defeat Perceptions in Depressive Symptomatology : Through an Evolutionary Approach. 76(1), 53–68.
- 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 não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Coimbra, Coimbra.
- Castilho, P., Carreiras., D., Pinto, A. (2019). The Suicidality Scale: Development of a new instrument to assess the tendency to commit suicide. Manuscrito submetido.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Amaral, V., & Duarte, J. (2014). Recall of threat and submissiveness in childhood and psychopathology: The mediator effect of self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1–29.
- 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.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the Multifactor

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

- Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 1-15. DOI:10.1002/jclp.22187
- Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(5), 511–530. <https://doi.org/10.1002/cpp.2372>
- Collins, K. R. L., Stritzke, W. G. K., Page, A. C., Brown, J. D., & Wylde, T. J. (2018). Mind full of life: Does mindfulness confer resilience to suicide by increasing zest for life? *Journal of Affective Disorders*, 226(September), 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.043>
- Cozolino, L. (2007). *The Neuroscience of human relationships: Attachment and the developing brain*. New York: W. W. Norton & Company.
- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance; uniform definitions and recommended data elements.
- Daneshvar, S., & Basharpour, S. (2020). Compassion-Focused Therapy : Proof of Concept Trial on Suicidal Ideation and Cognitive Distortions in Female Survivors of Intimate Partner Violence With PTSD. (December). <https://doi.org/10.1177/0886260520984265>
- Daughters, S. B., Reynolds, E. K., MacPherson, L., Kahler, C. W., Danielson, C. K., Zvolensky, M., & Lejuez, C. W. (2009). Distress tolerance and early adolescent externalizing and internalizing symptoms: The moderating role of gender and ethnicity. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.001>
- Dreisoerner, A., Junker, N. M., & Van Dick, R. (2020). The relationship among the components of self-compassion: A pilot study using a compassionate writing intervention to enhance self-kindness, common humanity, and mindfulness. *Journal of Happiness Studies*, 1-27.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., Giles, W. H., & Page, P. (2001). Childhood Abuse , Household Dysfunction , and the Risk of Attempted Suicide Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089–3096.
- Feldman, C., & Kuyken, W. (n.d.). COMPASSION IN THE LANDSCAPE OF SUFFERING. 2011, 12(1), 143–155. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gehman, R. M. (2021). Predictors of Suicidal Ideation Among Formerly Incarcerated People During the COVID-19 Pandemic (The University of Vermont and State Agricultural College.). Retrieved from <https://scholarworks.uvm.edu/graddis/1336/>
- Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2009). The compassionate mind: A new approach to life's challenges. In New Harbinger Publications. <https://doi.org/10.1080/09515070701194823>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gilbert, P., (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585–598. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006710>
- Gilbert, P, Allan, S., Brough, S., Melley, S., & Miles, J. N. V. (2002). Relationship of anhedonia and anxiety to social rank , defeat and entrapment. 71, 141–151.
- Gilbert, P., & Bailey, K. G. (2000). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Brunner-Routledge.
- Gilbert. P., Cheung, M. S. P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(2), 108–115. <https://doi.org/10.1002/cpp.359>
- Gilbert, P., & Choden. (2014). *Mindful compassion: How the science of compassion can help you understand your emotions, live in the present, and connect deeply with others*. New Harbinger Publications.
- Gilbert, P., & Gerlsma, C. (1999). Recall of shame and favouritism in relation to psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 357–373. <https://doi.org/10.1348/014466599162962>
- Gilbert, P., & Gilbert, J. (2003). Entrapment and arrested fight and flight in depression: An exploration using focus groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory*,

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Research and Practice, 76(2), 173–188.

<https://doi.org/10.1348/147608303765951203>

Gilbert, P., & McGuire, M. (1998). Shame, social roles and status: the psychobiological continuum from monkey to human. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* (pp. 99–125). New York, NY: Oxford University Press.

Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders*. *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders*, 195–214.

Gouveia, J., & Nogueira, H. (2017). O suicídio em Portugal: ocorrências no Domínio Público Marítimo. *Cadernos de Geografia*, 3–14.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-based Approach*. New York: The Guilford Press.

Heim, C., & Binder, E. B. (2012). Current research trends in early life stress and depression : Review of human studies on sensitive periods , gene – environment interactions , and epigenetics. *Experimental Neurology*, 233(1), 102–111.
<https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2011.10.032>

Hirsch, J. K. H., Hall, B. B., Wise, H. A., Brooks, B. D., Chang, E. C., & Sirois, F. M. (2019). Negative Life Events and Suicide Risk in College Students: Conditional Indirect Effects of Hopelessness and Self-Compassion.

Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience Predicting Psychiatric Symptoms: A Prospective Study of Protective Factors and their Role in Adjustment to Stressful Life Events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 201, 194–201.

Howell, D. (2007). *Statistical methods for psychology* (6a ed.). USA: Thomson Wadsworth.

Instituto Nacional de Estatística (INE). *Estatísticas demográficas – taxa de mortalidade padronizada*. Lisboa: INE; 2021.

Iskender, M. (2009). The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 37(5), 711–720. <https://doi.org/10.2224/sbp.2009.37.5.711>

Joiner, T. E. (2005). Why people die by suicide. In *Harvard University Press*.

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

- Jordan, J. T., & Anker, L. A. (2020). Suicide in late life. In *Handbook of Mental Health and Aging*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800136-3.00010-7>
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(6), 726–738. <https://doi.org/10.1037/abn0000273>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(2), 114-129.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy, 33*(3), 335-343.
- Lucena-Santos, Palmeira, Duarte, Oliveira, & Pinto-Gouveia, (2013). Distress Tolerance Scale-Simons (DTS-S): Preliminary data for the Portuguese Version
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 265–276. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.12.003>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring Compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *32*(6), 545–552.
- Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., & Macbeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents — a Meta-analysis. 1011–1027.
- Marty, M. A., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2010). Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging and Mental Health, 14*(8), 1015–1023. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501068>
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions*. New York: Plenum Press.
- McHugh, R. K., Kertz, S. J., Weiss, R. B., Baskin-Sommers, A. R., Hearon, B. A., & Björgvinsson, T. (2014). Changes in distress intolerance and treatment outcome in

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

- a partial hospital setting. *Behavior therapy*, 45(2), 232-240.
- McLean, L., Steindl, S. R., & Bambling, M. (2017). Compassion-focused Therapy as an Intervention for Adult Survivors of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390718>
- Melo, R. J. G. D. (2019). *The Hunted Mind: Unveiling the Evolutionary Pathway to Suicidal Ideation* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra).
- Millner, A. J., Lee, M. D., & Nock, M. K. (2017). Describing and Measuring the Pathway to Suicide Attempts: A Preliminary Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 353–369. <https://doi.org/10.1111/sltb.12284>
- Mościcki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 310-323.
- Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., & de Kock, B. (2016). Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *Journal of child and family studies*, 25(2), 607-617.
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(2), 373–383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Murphy, G. E. (1998). Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 165–175. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90057-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90057-8)
- Neff, K. D. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Journal of Counseling Psychology*, 18(5), 407–412. <https://doi.org/10.1037/h0031492>
- Neff, K. D. (2003b). Self-Compassion : An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. (August 2002), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. D. (2018). Setting the Record Straight About the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1061-6>
- Neff, K. D. (2020). Commentary on Muris and Otgaar (2020): let the empirical evidence speak on the self-compassion scale. *Mindfulness*, 11, 1900-1909.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). *Self-compassion: What it is, what it does, and how*

- it relates to mindfulness. In *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). Springer, New York, NY.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240.
<https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Ng, Q. X., Yong, B. Z. J., Ho, C. Y. X., Lim, D. Y., & Yeo, W. S. (2018). Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 99, 129–141.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.001>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 28.
- Nock, M. K., Kessler, R. C., & Franklin, J. C. (2016). Risk Factors for Suicide Ideation Differ From Those for the Transition to Suicide Attempt: The Importance of Creativity, Rigor, and Urgency in Suicide Research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 31–34. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12133>
- Nunes, A. M. (2018). Suicide in Portugal: Image of the country. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(1), 25–33. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000180>
- O'Connor, R. C. (2003). Suicidal behavior as a cry of pain: Test of a psychological model. *Archives of Suicide Research*, 7(4), 297–308.
<https://doi.org/10.1080/713848941>
- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- O'Connor, E., Gaynes, B., Burda, B. U., Williams, C., & Whitlock, E. P. (2013). Screening for suicide risk in primary care: A systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- O'Connor, R. C., & Portzky, G. (2017). The relationship between entrapment and

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*.

<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.021>

- Onyedibe, M. C. C., Ugwu, L. ., & Ugwu, L. . (2014). Distress tolerance, anger expression and resilience as predictors of intimate partner violence entrapment relationship. *Nigerian Journal of Psychological Research*, 10.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). Suicide. Retirado a 20 julho, 2021, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Retirado de [https:// www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond.
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual: A Step By Step Guide to Data Analysis Using SPSS Program* (6th ed.). London, UK: McGraw-Hill Education.
- Park, Y. J., Ryu, H., Han, K. S., Kwon, J. H., Kim, H. K., Kang, H. C., ... Shin, H. (2010). Suicidal ideation in adolescents: An explanatory model using LISREL. *Western Journal of Nursing Research*, 32(2), 168–184. <https://doi.org/10.1177/0193945909349115>
- Perez, N. M., Jennings, W. G., Piquero, A. R., & Baglivio, M. T. (2016). Adverse Childhood Experiences and Suicide Attempts: The Mediating Influence of Personality Development and Problem Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(8), 1527–1545. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0519-x>
- Perlman, C., Neufeld, E., Martin, L., Goy, M., & Hirdes, J. (2011). Suicide Risk Assessment Guide: A Resource for Health Care Organizations. In *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Forensic Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615371914.lg27>
- Perris, C. (1988). A theoretical framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(344 S), 93–109. <https://doi.org/10.1111/j.1600->

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

0447.1988.tb09007.x

- Pestana, M. H., & Gajairo, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS (6a ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pinto-Gouveia, J., Xavier, A., & Cunha, M. (2016). Assessing early memories of threat and subordination: Confirmatory Factor Analysis of the Early Life Experiences Scale for adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 54-64.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Rabon, J. K., Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2018). Self-compassion and suicidal behavior in college students: Serial indirect effects via depression and wellness behaviors. *Journal of American college health*, 66(2), 114-122.
- Reutfors, J., Andersson, T. M. L., Tanskanen, A., DiBernardo, A., Li, G., Brandt, L., & Brenner, P. (2019). Risk Factors for Suicide and Suicide Attempts Among Patients With Treatment-Resistant Depression: Nested Case-Control Study. *Archives of Suicide Research*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1691692>
- Richter, A., Gilbert, P., & Mcewan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. 171–184. <https://doi.org/10.1348/147608308X395213>
- Rogers, M. L., Stanley, I. H., Hom, M. A., Chiurliza, B., Podlogar, M. C., & Joiner, T. E. (2018). Conceptual and Empirical Scrutiny of Covarying Depression Out of Suicidal Ideation. *Assessment*, 25(2), 1–14. <https://doi.org/10.1177/1073191116645907>
- Rytilä-manninen, M., Haravuori, H., Lindberg, N., Fröjd, S., & Marttunen, M. (2018). Mediators between adverse childhood experiences and suicidality. *Child Abuse & Neglect*, 77(December 2017), 99–109. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.007>
- Schoenefeld, S. J., & Webb, J. B. (2013). Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors*, 14(4), 493–496. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.09.001>
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health*

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health, 22(1-2), 7-66.

- Simons, J. S. T. & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Slabbert, A., Hasking, P., Notebaert, L., & Boyes, M. (2021). Assessing distress tolerance using a modified version of the Emotional Image Tolerance task. *Journal of Experimental Psychopathology*, 12(2), 204380872110075. <https://doi.org/10.1177/20438087211007597>
- Sloman, L., & Gilbert, P. (2000). Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy.
- Sloman, L., Gilbert, P., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: The role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 107–121. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00116-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00116-7)
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2021). Sobre o suicídio: estatística. Retirado a 20 julho, 2021, de <https://spsuicidologia.com/sobre-o-suicidio/estatistica>.
- Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2013). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Gender as Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0247-1>
- Srivastava, M. K., Sahoo, R. N., Ghotekar, L. H., Dutta, S., Danabalan, M., Dutta, T. K., & Das, A. K. (2004). Risk factors associated with attempted suicide: A case control study. *Indian Journal of Psychiatry*, 46(1), 33.
- Stanley, I. H., Boffa, J. W., Smith, L. J., Tran, J. K., Schmidt, N. B., Joiner, T. E., & Vujanovic, A. A. (2018). Occupational stress and suicidality among firefighters: Examining the buffering role of distress tolerance. *Psychiatry Research*, 266, 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.058>
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Hagan, C. R., Jr, T. E. J., Stanley, I. H., ... Joiner, T. E. (2016). Understanding suicide among older adults : a review of psychological and sociological theories of suicide of suicide. *Aging & Mental Health*, 20(2), 113–122. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1012045>
- Stevens, A., & Price, J. (2000). *Evolutionary psychiatry: A new beginning*. Routledge.
- Suh, H., & Jeong, J. (2021). Association of Self-Compassion With Suicidal Thoughts

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

- and Behaviors and Non-suicidal Self Injury: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633482>
- Taylor, P. J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Johnson, J., Pratt, D., & Tarrier, N. (2010a). Defeat and entrapment in schizophrenia : The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Research*, 178(2), 244–248. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.015>
- Taylor, P. J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., Wood, A. M., & Gooding, P. (2010b). Appraisals and Suicidality : The Mediating Role of Defeat and Entrapment. *Archives of Suicide Research*, 14(3), 236–247. <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.494138>
- Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The Role of Defeat and Entrapment in Depression, Anxiety, and Suicide. *Psychological Bulletin*, 137(3), 391–420. <https://doi.org/10.1037/a0022935>
- Teicher, B. M. H. (2002). Scars That Won ’ T Heal : T He N Eurobiology. *Scientific American*, 286(March), 68–75.
- Trachsel, M., Krieger, T., Gilbert, P., & Holtforth, M. G. (2010). Testing a German Adaption of the Entrapment Scale and Assessing the Relation to Depression. *Depression Research and Treatment*, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2010/501782>
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(1), 3-48.
- Trompetter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
- Tucker, R. P., O’Connor, R. C., & Wingate, L. R. (2016). An investigation of the relationship between rumination styles, hope, and suicide ideation through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. 20(4), 553–566.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

Prevenção da Ideação Suicida: Contributos da autocompaixão e da tolerância emocional ao sofrimento

- Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does Self-Compassion Mitigate the Association Between Childhood Maltreatment and Later Emotion Regulation Difficulties? A Preliminary Investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 480–491. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9340-7>
- Vujanovic, A. A., & Zegel, M. (2020). Distress tolerance in PTSD. In *Emotion in Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Assessment, Neurobiology, and Treatment*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816022-0.00012-0>
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & Grady, K. E. O. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127(1–3), 287–294. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.017>
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(SUPPL.), 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003>
- Williams, L. R., Degnan, K. A., Perez-Edgar, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Pine, D. S., ... Fox, N. A. (2009). Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(8), 1063–1075. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9331-3>
- Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177–195. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(96\)00004-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(96)00004-9)
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>
- Zhang, H., Liu, M., & Long, H. (2021). Child Maltreatment and Suicide Ideation in Rural China: The Roles of Self-compassion and School Belonging. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 38(3), 325–335. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00679-z>