



O IMPACTO DO SUICÍDIO NOS FAMILIARES: SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E IDEAÇÃO SUICIDA

Sara Anão Lourinho Santos

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
Especialidade: Psicologia Clínica

ORIENTADORES: *Prof.^a Doutora Sofia Tavares*
Prof. Doutor Rui C. Campos

ÉVORA, JUNHO DE 2014





O IMPACTO DO SUICÍDIO NOS FAMILIARES: SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E IDEAÇÃO SUICIDA

Sara Anão Lourinho Santos

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
Especialidade: Psicologia Clínica

ORIENTADORES: *Prof.ª Doutora Sofia Tavares*
Prof. Doutor Rui C. Campos

ÉVORA, JUNHO DE 2014

Agradecimentos

A presente tese não seria possível realizar sem o apoio de várias pessoas a quem deixo o meu enorme agradecimento:

À minha orientadora, Professora Doutora Sofia Tavares, que acreditou comigo neste projeto desde o primeiro momento, e ao meu orientador, Professor Doutor Rui Campos, que entrou nesta viagem a meio, mas cujo inestimável contributo nos permitiu chegar mais longe! São duas pessoas excecionais, que sempre me incentivaram a fazer mais e melhor! Agradeço a aprendizagem proporcionada, o rigor exigido, as sábias palavras de apoio que nunca faltaram e o entusiasmo imprimido em cada momento desta jornada que partilhámos! Obrigada aos dois!

A todos os *sobreviventes* que perderam familiares por suicídio e que se disponibilizaram gentilmente a participar neste estudo. Sem o seu precioso contributo não teria sido possível concretizar este projeto.

A todos os que me auxiliaram na recolha de dados, nomeadamente à Dra. Verónica Pereira, à Dra. Carina Baixinho, à Dra. Conceição Aurélio, à D. Céu Patacão, à Enfermeira Maria José Evaristo e à D. Margarida Camões, incansáveis na referenciação dos participantes.

À Sociedade Portuguesa de Suicidologia, nomeadamente ao Dr. Mário Jorge Santos pela gentileza com que me apresentou e recebeu na mesma, ao Professor Doutor Jorge Costa Santos e Professor Doutor Carlos Braz Saraiva, pela forma nobre com que sempre receberam as minhas intervenções e pelo interesse demonstrado neste trabalho, e novamente a este último, assim como ao Professor Doutor Daniel Sampaio e ao Dr. Bessa Peixoto, pelo convite que nos dirigiram para colaborarmos no livro da SPS.

Ao *staff* do IFFA, especialmente à Dra. Carolina Camarinhas, pela amabilidade e profissionalismo com que sempre receberam e esclareceram as minhas dúvidas.

À Comissão Executiva e de Gestão (Sr. Almeida, Sr. Dimas e Prof. Mesuras), ao diretor clínico (Dr. Galvão) e à equipa da UCC/Clínica da CVP de Vila Viçosa, pela confiança demonstrada no meu trabalho.

Às minhas colegas, mentoras e também amigas, a Doutora Ana Maria Peres, a Dra. Patrícia Saramago, a Dra. Rute Agulhas e a Dra. Margarida Marques, que sempre me apoiaram profissionalmente.

Aos meus colegas e amigos de licenciatura (as riquezas!) e de doutoramento (Tânia, Olívia, Fátima, Susana, Rute, Tiago...) pelos momentos partilhados, que tanto me fortaleceram, quer pessoal como profissionalmente.

Às minhas colegas de trabalho e também amigas (Aurora, Ana Rita, Cátia, Raquel, Sofia e Lúcia), que sempre me apoiaram com palavras meigas de força e incentivo, principalmente nos dias mais desgastantes.

A todos os meus amigos (Filipa, Marta, Vanda, Lucélia, Sophie, Sílvia, Luís, David, Bruno... e todos os outros!), os que estão perto e os que estão longe – mas sempre no meu pensamento, por todos os momentos e vivências partilhadas – que me permitiram trabalhar com mais afinco, e que tanto contribuem para a minha felicidade!

Ao Rui, meu namorado, pela partilha de ideias constante, pelo apoio permanente, pelas leituras em inglês, pela confiança e força transmitidas desde o primeiro momento, pelos cozinhados maravilhosos e por tudo o que nos une!

À minha extraordinária família (primos, tios e avós, incluindo o meu avô Zé Maria – que mesmo não estando entre nós está sempre presente), pela união, partilha e animação ímpares!

À minha querida irmã, por acreditar em mim, mesmo quando eu duvidei!

Aos meus pais, a eles devo tudo o que alcancei e o que sou. Ao meu pai que me ensinou que desistir não é solução, incentivando-me sempre a chegar mais longe. À minha mãe, que tem travado uma luta séria, mulher excecional, de uma força incomparável, que cuida incondicionalmente de tudo e de todos, é a melhor!

Resumo

O impacto do suicídio nos familiares: Sintomatologia psicopatológica e ideação suicida

Tendo por base a premissa de que o suicídio pode ter consequências psicológicas graves nas pessoas próximas do suicidado, este trabalho tem como objetivo estudar o impacto do suicídio em termos de *distress/psicopatologia* e ideação suicida em familiares que pertenceram ao agregado de um suicidado – *sobreviventes*. Para além de um capítulo teórico de revisão de literatura, esta tese apresenta dois estudos empíricos. Participaram nestes estudos uma amostra de sobreviventes adultos (N=93) e uma amostra de sujeitos adultos da comunidade (N=102), residentes na região do Alentejo Central. Aplicou-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos, o Questionário de Ideação Suicida e um questionário sociodemográfico. De acordo com os resultados, um conjunto de variáveis sociodemográficas e relacionadas com o suicídio preveem o *distress*, e os sobreviventes apresentam ideação suicida significativa que é prevista por diversas dimensões do *distress*. Os resultados têm implicações clínicas e para a implementação de planos de pós-venção.

Abstract

The impact of suicide on family: Psychopathological symptoms and suicidal ideation

Based on the premise that exposure to suicide carries with it a number of adverse psychological consequences for people close to the deceased, this thesis aims to study the impact of suicide in terms of distress and suicidal ideation in family members who belonged to the household of a deceased by suicide – *survivors*. Besides a theoretical chapter containing a literature review, this thesis presents two empirical studies. A sample of survivors (N = 93) and a sample of adult community participants (N = 102) residing in Alentejo Central region participated in these studies. The Brief Symptom Inventory, the Suicide Ideation Questionnaire and a sociodemographic questionnaire were administered. According to the results, a set of sociodemographic and suicide related variables predicted survivors' distress and the survivors' significant suicidal ideation is predicted by various dimensions of distress. The results have clinical implications and implications for the implementations of postvention plans.

Índice

Introdução	1
Referências	8
Capítulo I – Sobreviventes	12
1. Resumo	13
2. Introdução	14
3. Consequências da exposição ao suicídio	15
4. O processo de luto por suicídio	17
5. Pósvenção	19
6. Conclusão	23
7. Referências	24
Capítulo II - Distress in Portuguese family members bereaved by suicide: An exploratory study	28
1. Abstract	29
2. Introduction	30
2.1. Aim of the study	32
3. Method.....	33
3.1. Participants and procedure	33
3.2. Measures	34
3.3. Data Analysis	34
4. Results	35
5. Discussion	36
5.1. Limitations and Conclusion.....	38
6. References	40
7. Supplemental materials	45
Capítulo III - Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal	48
1. Abstract	49
2. Introduction	50

2.1. Aim of the study	52
3. Method.....	53
3.1. Participants and procedure	53
3.2. Measures	54
3.3. Data Analysis	55
4. Results	56
4.1. Suicidal ideation in individuals bereaved by suicide and controls	56
4.2. Suicidal ideation and distress in individuals bereaved by suicide: Univariate and bivariate analysis	56
4.3. Suicidal ideation and distress in individuals bereaved by suicide: Multivariate analysis	57
5. Discussion	57
5.1. Limitations and Conclusion.....	60
6. References	61
7. Supplemental materials	68
Discussão	74
Síntese reflexiva dos resultados	75
Limitações e linhas futuras de investigação	77
Implicações para a prática	79
Conclusão e notas finais	80
Referências	82

Índice de Tabelas e Figuras

Capítulo II - Distress in Portuguese family members bereaved by suicide: An exploratory study.

Table 1. Sociodemographic and suicide related variables 45

Table 2. Results of Forward Regression Analysis: Final models46

Capítulo III - Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal.

Table 1. Sociodemographic and suicide related variables in family members bereaved by suicide.....68

Table 2. Sociodemographic and Suicide Related Variables of the Community Controls.....69

Table 3. Zero-order Correlations amongst Variables Studied70

Table 4. Multivariate Hierarchical Multiple Regression of Suicidal Ideation71

Figure 1A. Interaction between general distress and time elapsed since suicide in the prediction of suicidal ideation.....72

Figure 1B. Interaction between depression and time elapsed since suicide in the prediction of suicidal ideation.....72

Lista de Abreviaturas

BSI – Brief Symptom Inventory.

INE – Instituto Nacional de Estatística.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PNPS – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017.

SICO – Sistema de Informação dos Certificados de Óbito.

SIQ – Suicide Ideation Questionnaire.

SPS – Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

US – United States.

WHO – World Health Organization.

INTRODUÇÃO

Introdução

Qualquer consideração a respeito da vida engendra reflexões sobre a morte, sendo que em nenhuma outra situação está a morte tão próxima, como no suicídio (Hillman, 1993).

Considerado um grave problema de saúde pública desde 2003 (World Health Organization [WHO], 2009) e o único problema filosófico verdadeiramente sério (Camus, 2005), o suicídio tem atravessado gerações e sociedades, vitimizando todos os anos quase um milhão de pessoas no mundo inteiro (WHO, 2009). Ocorre 1 suicídio a cada 40 segundos! Apesar dos esforços realizados por diversas disciplinas – como a medicina, a psicologia e a sociologia –, de compreensão e diminuição deste trágico fenómeno, os números continuam a aumentar. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) confirma esta tendência, ao afirmar que nos últimos 45 anos as taxas de suicídio aumentaram 60% em todo o mundo. Mundialmente morrem mais pessoas devido ao suicídio do que devido a homicídios e guerras conjuntamente (WHO, 2009).

De acordo com os registos do Instituto Nacional de Estatística [INE] (2013), em Portugal suicidam-se anualmente mais de mil pessoas, mantendo-se uma taxa anual média de cerca de 10 suicídios por 100.000 habitantes, valores que superam o número de mortos por acidentes rodoviários. Embora muito preocupantes, estes dados parecem ainda assim subestimar a realidade do suicídio em Portugal, uma vez que, de acordo com o exposto no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017 [PNPS], o suicídio constitui-se como um fenómeno reconhecidamente subdeclarado. De acordo com o PNPS (2013), este aspeto dever-se-á ao facto de existirem muitas mortes de etiologia indeterminada, assim como incorreções na certificação de óbitos.

O Alentejo é a região portuguesa com maior prevalência de suicídios consumados (INE, 2013). De facto, verifica-se uma forte assimetria entre o Norte e o Sul de Portugal em termos de taxa suicidária, chegando esta a ser 10 vezes superior a sul do Tejo. Efetivamente, no Alentejo há taxas superiores a 20 suicídios por 100.000 habitantes, igualando as mais elevadas do mundo (Alte da Veiga, 2006). Perante esta situação, alguns suicidologistas portugueses (e.g., Saraiva, 2010) atribuem os elevados números de suicídio no Alentejo a fatores como o isolamento, envelhecimento da população, baixos níveis de instrução e escolaridade, baixa nupcialidade, divórcios, desemprego,

pobreza, baixa religiosidade, desesperança, alcoolismo, depressão e falta de apoios médico-sociais, assim como a representações culturalmente enraizadas que revelam um misto de resignação, fatalismo e aceitação face ao suicídio no seio das famílias (Saraiva, 2010). Aliás, diversos estudos (e.g., Agerbo, Nordentoft, & Mortensen, 2002; Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003) referem a existência de uma transmissão familiar e transgeracional do suicídio e de uma associação entre história familiar de suicídio e risco suicidário, sendo que “ter história familiar de suicídio” é considerado um fator de risco significativo (Kutcher & Chehil, 2007).

A palavra suicídio, de origem latina, foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines em 1737. Etimologicamente deriva de *sui* (de si mesmo) e *caedere* (ação de matar), significando matar-se a si próprio. A definição de suicídio tem variado ao longo do tempo, em função de aspetos históricos e filosóficos. Durkheim – considerado por muitos o “pai da sociologia” (Saraiva, 2010) e pioneiro no estudo do suicídio – definiu em 1897 o suicídio como sendo “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado” (Durkheim, 2007, p. 23). Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (2009) define o suicídio como um “ato deliberado, iniciado e levado a cabo por um sujeito, tendo este consciência de um resultado fatal”.

Descrito de diferentes formas por diversos autores (e.g., Durkheim, 2007; Shneidman, 1972) e explicado por diversos modelos teóricos (e.g., psicológicos, biológicos, sociológicos), o suicídio afeta inevitavelmente familiares e amigos cujas vidas ficam profundamente perturbadas sob o ponto de vista emocional, social e económico (Galés-Camus, 2004). Estima-se que por cada suicídio cerca de 100 pessoas sejam afetadas direta ou indiretamente, seis delas de forma profunda (Jordan & McMenemy, 2004; Shneidman, 1972).

A exposição ao suicídio – considerado pela Organização Mundial de Saúde (2006) como um fator de risco suicidário –, tem diversas consequências negativas para os indivíduos expostos, nomeadamente sintomatologia psicopatológica diversa (Brent, Melhem, Donohoe, & Walker, 2009; Jordan, Feigelman, McMenemy, & Mitchell, 2011) incluindo ideação suicida (Brent, Moritz, Bridge, Perper, & Canobbio, 1996; Crosby & Sacks, 2002; Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer, 2005). Perante a gravidade destas consequências, nomeadamente o risco de suicídio, e problemas de ordem psicológica e social, Edwin Shneidman (1972) – o “pai da suicidologia” –

defende que intervir com indivíduos expostos ao suicídio funciona como uma forma direta de prevenir novos suicídios. Mais recentemente Jordan e McIntosh (2011a), reiterando a afirmação anterior, salientam que intervir com *sobreviventes* (isto é, indivíduos que experienciam um elevado nível de sofrimento após a exposição ao suicídio de outra pessoa) não é apenas correto do ponto de ético, como é também clinicamente necessário, dada a morbilidade psiquiátrica e a mortalidade que habitualmente estes indivíduos apresentam. De fato, a importância de estudar e intervir com sobreviventes tem vindo a ser confirmada por diversos suicidologistas conceituados (e.g., Andriessen & Krysinska 2012; McIntosh & Jordan, 2011), que salientam a necessidade de se realizar investigação neste âmbito em diversas culturas e sociedades, uma vez que a forma como o suicídio é socialmente percecionado e as suas consequências variam culturalmente (Kaslow, Samples, Rhodes, & Gantt, 2011).

A literatura (e.g., McIntosh & Jordan, 2011) também salienta que é fundamental estudar o impacto do suicídio nos enlutados, designadamente no que se refere ao *distress* e ao risco de suicídio, em termos de grupos específicos de sobreviventes, como por exemplo em indivíduos que pertenceram ao agregado familiar do suicidado. Não obstante, o estudo dos sobreviventes e do impacto do suicídio nos enlutados tem sido preterido pelos investigadores se comparado com outros tópicos da suicidologia (Jordan & McMenamy, 2004).

Em Portugal não se conhecem estudos com enlutados por suicídio ou sobre o impacto da exposição ao suicídio. Este facto poderá dever-se às dificuldades em investigar esta temática. Efetivamente, a investigação do suicídio, enquanto fenómeno psicossocial de uma singularidade perturbante para o homem e para o investigador, constitui-se uma tarefa árdua e difícil (Santos, 2006). Esta dificuldade é particularmente real no estudo de indivíduos que perderam um ente próximo por suicídio, dado que se encontram, por norma, emocionalmente perturbados (Stillion, 1996; Jordan & McIntosh, 2011a). Para além disso, o estigma associado ao suicídio – por razões de ordem religiosa, sociocultural e política –, leva os indivíduos próximos do suicidado a afastarem-se da comunidade (Feigelman, Gorman, & Jordan, 2009) e de quaisquer ações que estejam de alguma forma relacionadas com o acontecimento. Este aspeto contribui, muito provavelmente, para as dificuldades em aceder a amostras representativas desta população e, logo, para empreender estudos neste domínio.

O presente trabalho – motivado pela prática clínica e comunitária da investigadora junto de indivíduos que sofrem intensamente na sequência da perda de um ente querido por suicídio –, visa contribuir para um conhecimento mais aprofundado do impacto do suicídio nos familiares próximos, em termos de *distress* psicológico/psicopatologia e de ideação suicida. Estes aspetos surgem referidos na literatura (e.g., Jordan & McIntosh, 2011b) como importantes fatores de risco de suicídio. Este trabalho pretende também contribuir para a diminuição do estigma associado ao legado suicidário (por parte dos enlutados, da comunidade e até dos próprios investigadores) e para o aumento da implementação de planos eficazes de *pósvenção* (que poderão ser elaborados tendo por base os resultados obtidos). Espera-se que, desta forma, este trabalho possa concorrer para a redução do número de mortes por suicídio em Portugal.

Com o intuito de concretizar os objetivos referidos, procedeu-se a uma recolha de dados junto de 102 indivíduos adultos da comunidade sem história de suicídio na família e de 93 indivíduos que pertenceram ao agregado familiar de um suicidado e que se disponibilizaram a participar de forma voluntária no estudo. De salientar que, a investigação e a recolha de dados constituiu para a investigadora um processo muito enriquecedor do ponto de vista pessoal, sendo complementar à sua experiência profissional. Por sua vez, a participação dos familiares revelou-se muito interessante, não apenas pela riqueza dos dados facultados, como pela oportunidade que tiveram de “libertar” a dor e a angústia associadas à perda dos seus familiares suicidados. De facto, para a maioria dos enlutados foi a primeira vez que falaram abertamente do suicídio do seu familiar e que partilharam o sofrimento com alguém tecnicamente preparado para escutar, respeitando a sua dor e os limites da sua colaboração.

Durante a recolha de dados, procurámos não descurar a utilização dos procedimentos técnicos preconizados na literatura (e.g., Santos, 2006) como adequados para o trabalho com esta população. De entre estes, destaca-se a atitude empática do investigador e o respeito pelo sofrimento do enlutado que terão contribuído para uma dimensão terapêutica que acompanhou estes momentos. Finalmente, importa salientar que a condução da investigação se pautou por uma preocupação constante com as questões éticas relativas aos participantes, tendo sido encaminhados para serviços especializados os casos considerados de risco. Ressalvamos ainda, e citando Runeson e Beskow (1991), que nos pareceu que os enlutados que participaram nesta investigação – mesmo em crise na sequência da perda sofrida – se revelaram capazes de colaborar, fornecendo a informação solicitada de forma válida e precisa.

A “sobrevivência ao suicídio de um ente próximo e significativo” constitui assim o objeto de estudo desta tese. Esta é constituída por um capítulo de livro e dois artigos empíricos. O capítulo de livro foi submetido para publicação nacional e os dois artigos foram submetidos para publicação internacional. A opção pela apresentação da tese neste formato prende-se com a atual valorização da comunidade científica de trabalhos escritos e publicados sob a forma de artigos ou capítulos de livro. Os textos que constituem esta tese encontram-se escritos na língua original de publicação – em português ou inglês.

Relativamente à estrutura da tese, a mesma é constituída por três capítulos. O Capítulo I corresponde a um capítulo de livro teórico de revisão da literatura sobre *Sobreviventes*. Este capítulo inicia-se com a apresentação do conceito central de *sobrevivente*, prossegue com uma revisão crítica dos estudos empíricos sobre o impacto do suicídio nesta população, sobre as especificidades do processo de luto por suicídio e das necessidades manifestadas por estes enlutados. Por fim, aborda a temática das ações de *pósvenção*. Este capítulo constitui um suporte teórico aos estudos empíricos que constituem os capítulos seguintes da tese (isto é, os dois artigos), assumindo o papel de grelha de leitura dos resultados obtidos nesses estudos. Importa referir que este primeiro capítulo, redigido em língua portuguesa, resultou de um convite para integrar parte do segundo livro da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, intitulado *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*, editado por Bessa Peixoto, Carlos Braz Saraiva e Daniel Sampaio. Este livro foi publicado no início do ano de 2014 pela editora Lidel em parceria com a Fundação Bial (patrocinadora da obra).

O Capítulo II consiste no primeiro estudo empírico desta tese. Este artigo está escrito em língua inglesa e tem por objetivo analisar o impacto de um conjunto de variáveis sociodemográficas e relacionadas com o suicídio no *distress* /sintomatologia psicopatológica dos sobreviventes, nomeadamente em termos de *distress* geral, depressão e ansiedade. A estrutura do artigo é a habitual neste tipo de documento científico. A descrição dos objetivos é precedida por um enquadramento teórico do tema e sucedida da apresentação da metodologia utilizada na investigação, que inclui os procedimentos de análise de dados. Apresentam-se depois os resultados obtidos e a discussão. Este artigo, intitulado *Distress in Portuguese family members bereaved by suicide: An exploratory study*, foi submetido e aceite para publicação pela revista *Journal of Loss and Trauma*.

O Capítulo III corresponde ao segundo estudo empírico da tese. Este estudo tem por objetivo avaliar a ideação suicida em sobreviventes, nomeadamente, analisar o efeito de diversas dimensões do *distress*/sintomatologia psicopatológica na ideação suicida dos sobreviventes, bem como o efeito de interação dessas mesmas dimensões psicopatológicas com variáveis sociodemográficas na previsão da ideação suicida. A estrutura do texto é idêntica à do artigo apresentado no capítulo II. De salientar que, para além da amostra de sobreviventes que integra o estudo descrito no capítulo anterior, neste segundo estudo empírico participou, também uma amostra de 102 indivíduos da comunidade, sem história familiar de suicídio. Este artigo, escrito em língua inglesa e intitulado *Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal*, foi submetido e aceite para publicação pela revista *Death Studies*.

Terminamos esta tese com uma discussão geral na qual se procura fazer a integração dos resultados dos estudos empíricos (Capítulos II e III) com o conhecimento já produzido sobre este fenómeno (Capítulo I). Aqui é feita uma síntese reflexiva sobre os resultados, são discutidas as principais limitações deste trabalho e são apresentadas algumas linhas orientadoras para futuras investigações neste domínio. Descrevem-se ainda algumas implicações para a prática clínica e para a implementação de ações de pós-venção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andriessen, K., & Krysincka, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 24-32.
- Alte da Veiga, F. (2006). Epidemiologia e metodologias de investigação dos comportamentos suicidários. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortense, P. B. (2002). Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *British Medical Journal*, 325, 74-77.
- Brent D. A., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*, 166, 786-794.
- Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J., & Canobbio, R. (1996). Long-term impact of exposure to suicide: A three-year controlled follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 646-653.
- Camus, A. (2005). *O mito de Sísifo*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Crosby, A. E., & Sacks, J. J. (2002). Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 321-328.
- Durkheim, E. (2007). *O suicídio: Estudo sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33, 591-608.
- Galés-Camus, C. L. (2004). World suicide prevention day. Obtido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>.
- Hillman, J. (1993). *Suicídio e alma*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Óbitos por lesões provocadas intencionalmente*. Obtido de <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE>.

- Jordan, J. R., Fiegelman, W., McMenemy, J., & Mitchell, A. M. (2011). Research on the needs of survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 115-131). New York: Routledge.
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011a). Introduction. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. xxvii-xxx). New York: Routledge.
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011b). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 3-17). New York: Routledge.
- Jordan, J., & McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 34, 337-349.
- Kaslow, N. J., Samples, T. C., Rhodes, M., & Gantt, S. (2011). A family-oriented and culturally sensitive postvention approach with suicide survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 301-323). New York: Routledge.
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de risco de suicídio: Um manual para profissionais de saúde*. Paço de Arcos: Ludbeck Institute Portugal.
- McIntosh, J. L., & Jordan, J. R. (2011). Going forward: A research agenda for suicide survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 507-522). New York: Routledge.
- Mitchell, A. M., Sakranda, T. J., Kim, Y., Bullian, L., & Chiappetta, L. (2009). Depression, anxiety and quality of life in suicide survivors: A comparison of close and distant relationships. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 2-10.
- Runeson, B., & Beskow, J. (1991). Reactions of survivors of suicide victims to interviews. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 169-173.
- Santos, J. C. (2006). Autópsia psicológica e investigação da morte: A busca da unidade na diversidade. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: De Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, 185-205.

- Shneidman, E. (1972). Foreword. In A. C. Cain (Eds.), *Survivors of suicide* (pp. ix-xi). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Shneidman, E. S. (1973). *Deaths of man*. New York: Quadrangle.
- Stillion, J. M. (1996). Survivors of suicide. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief after sudden loss: Suicide, homicide, accident, heart attack, stroke* (pp. 41-51). Washington, DC: Hospice Foundation of America.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortense, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Archives of General Psychiatry*, *160*, 765-772.
- Organização Mundial de Saúde (2006). Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros. *Obtido de* http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf.
- Plano nacional de prevenção do suicídio 2013-2017. *Obtido de* <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.
- World Health Organization [WHO] (2009). *Mental health: Suicide prevention (SUPRE)*. *Obtido de* http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.

CAPÍTULO I

SOBREVIVENTES

Este capítulo integra o livro *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*:

Santos, S., & Tavares, S. (2014). *Sobreviventes*. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos*. Lisboa: Lidel.

Capítulo I

SOBREVIVENTES

1. RESUMO

Aos que sofrem de dor intensa e prolongada pela morte por suicídio de outra pessoa a literatura apelida, habitualmente, de *sobreviventes*. É a esta população que dedicamos este capítulo. Depois de apresentado o conceito central de *sobrevivente*, fazemos uma incursão sobre as consequências da exposição ao suicídio, as especificidades do processo de luto por suicídio e as necessidades dos enlutados. Por fim, deter-nos-emos nas ações de *pósvenção*, cujo objetivo último é a diminuição de mortes por suicídio.

[...] Penso que deveria ter morrido antes de tudo isto acontecer.
[...] Quero morrer para ir ter contigo, porque nunca mais voltarei a ser feliz”.¹

2. INTRODUÇÃO

Marcado por estigma e tabus, o suicídio é frequentemente percebido como uma morte confusa, com causas complexas, multideterminadas e mal compreendidas. Para quem o comete, pode ser visto como libertador e finalizador de uma dor psicológica insuportável, mas para os entes próximos e significativos, o suicídio representa habitualmente o início de um percurso de sofrimento intenso, que os enclausura numa herança aterradora e desconcertante, quase sempre cristalizada num pacto de silêncio impenetrável, agonizante e transformador de vida. É com base nesta preocupação, que nos alerta para a amplitude deste grave problema de saúde pública, que o pai da suicidologia^[1,2] Edwin Shneidman afirma: “A morte de uma pessoa não é apenas um fim, mas é também um começo – para os sobreviventes. Com efeito, no caso de suicídio, o maior problema de saúde pública não é nem a prevenção de suicídio [...], nem a gestão de tentativas [...], mas a redução dos efeitos do stress nas vítimas sobreviventes de mortes suicidas, cuja vidas são mudadas para sempre e que, ao longo de um período de anos, os números ascendem aos milhões^{[3]2}”.

Shneidman^[4] dirigiu o seu interesse para o impacto do suicídio nos indivíduos próximos do suicida, que sofrem de dor intensa e prolongada após a perda, sendo habitualmente apelidados de *sobreviventes* na literatura. A palavra *sobrevivente* tem sido utilizada (ainda que não de forma consensual) para designar uma pessoa que perdeu alguém por suicídio e cuja vida foi significativamente alterada por este facto^[5]. Na literatura é comum encontrar *sobrevivência* associada a três dimensões: parentesco com o suicida, ligação emocional e grau de sofrimento vivenciado após o suicídio, independentemente da relação familiar ou da ligação emocional estabelecida com o falecido^[6]. Jordan e McIntosh^[6] definem sobrevivente como “alguém que experiencia um elevado nível de sofrimento psicológico, físico e ou social, durante um período considerável de tempo, após a exposição ao suicídio de outra pessoa”^[6]. Através desta

¹ Relato de uma mãe sobrevivente na sequência do suicídio da filha de 15 anos.

² A person’s death is not only an ending: it is also a beginning – for the survivors. Indeed, in the case of suicide, the largest public health problem is neither the prevention of suicide [...], nor the management of attempts [...], but the alleviation of the effects of stress in the survivor-victims of suicidal deaths, whose lives are forever changed and who, over a period of years, numbers in the millions... (p.33)³.

definição, os autores^[6] estabelecem uma distinção importante entre exposição ao suicídio e sobrevivência, em função do sofrimento autopercecionado (isto é, o sofrimento deve transcender uma simples dor psicológica e ou sintomas psiquiátricos, e inclui mudanças na autoidentidade e narrativa de vida) e do tempo decorrido desde o suicídio (isto é, a duração deste sofrimento que, para ser considerado significativo, deve ser superior a 1 ano). Outra das vantagens desta definição é o facto de considerar sobreviventes pessoas que não têm uma ligação familiar ou emocional com o suicida, como, por exemplo, profissionais que trabalhavam com um indivíduo que se suicidou^[6] ou até o condutor do comboio sob o qual um indivíduo se precipitou^[5]. Este pressuposto implica que se considere a possibilidade de existirem muitos mais sobreviventes do que se supõe. Shneidman^[7] sugere que por cada suicídio existem no mínimo seis sobreviventes. Mais recentemente, Jordan e McMenemy^[8] consideram a existência de seis a 10 enlutados por cada suicídio. Isto implica que em Portugal, com números que ascendem aos 1000 suicídios por ano, tenhamos anualmente entre 6000 a 10000 sobreviventes.

A legítima preocupação de Shneidman com os sobreviventes deu origem ao campo de estudo da *pósvenção*³, conceito alargado que combina prevenção e intervenção^[4]. O objetivo principal da pósvenção é a resolução do processo de luto, visando “amenizar as sequelas psicológicas da morte por suicídio na vítima sobrevivente”^[4], ou seja, reduzir as consequências adversas deste acontecimento para o sobrevivente, nomeadamente o comportamento suicida^[4] – sendo este considerado umas das mais devastadoras consequências decorrentes da exposição ao suicídio^[6].

3. CONSEQUÊNCIAS DA EXPOSIÇÃO AO SUICÍDIO

Na sequência do ato suicidário, os sobreviventes enfrentam desafios únicos de carácter pessoal e social, encontrando-se habitualmente em risco elevado de desenvolver perturbações psicopatológicas, como sejam: depressão^[9]; ansiedade, nomeadamente a perturbação de stresse pós-traumático^[10]; perturbação bipolar^[11]; ideação suicida com concretização do próprio suicídio^[12]; elevada propensão para comportamentos de risco (por exemplo, consumos de álcool e droga) no caso dos adolescentes^[13].

³ Palavra cunhada na primeira conferência da Associação Americana de Suicidiologia, em 1968, e que remete para atividades de apoio a implementar depois de a situação stressante ou perigosa ter ocorrido.

Estudos realizados em todo o mundo indicam a elevada probabilidade de repetição de comportamentos suicidários^[12,13] como uma das consequências mais severas decorrente da exposição ao suicídio. Investigações conduzidas nos Estados Unidos da América (EUA) sugerem que, os sujeitos que conhecem alguém que se suicidou ou que foram expostos ao suicídio de familiares ou amigos estão significativamente mais propensos a experienciar ideação suicida e comportamentos suicidários^[12,13]. O cruzamento de dados provenientes de estudos realizados na Austrália e em vários países europeus permitiu verificar a existência de correlações estatisticamente significativas entre comportamentos suicidários não letais e a exposição a tentativas/ suicídios por pares ou familiares^[14]. Especificamente na Suécia, descobriu-se que os homens que são expostos a um suicídio na sua família ou no local de trabalho apresentam maior probabilidade de morrer por suicídio do que os homens que não têm experiências semelhantes^[15]. Com o objetivo de averiguar a eventual influência transgeracional da ideação suicida e de tentativas de suicídio, Goodwin e colegas^[16] desenvolveram um estudo cujos resultados revelam que a ideação e a tentativa suicida parental estão associadas a um risco aumentado de repetição das mesmas cognições e comportamentos nos seus descendentes. Pesquisas efetuadas sobre as elevadas taxas de suicídio nos jovens da Micronésia indicam que a familiaridade com o suicídio conduz a uma aceitação do ato por parte dos pares, tornando propensa a sua reprodução, sendo a mesma encarada como contágio^[17].

Tendo em consideração a gravidade dos problemas apresentados pelos indivíduos enlutados por suicídio, é escassa a investigação desenvolvida sobre o tópico, sobretudo se comparada com a produzida noutros domínios da suicidiologia. Tal parece dever-se a grandes dificuldades no acesso a amostras representativas desta população e na interpelação dos sobreviventes, que habitualmente se encontram emocionalmente afetados na sequência do suicídio^[6] e resistentes à abordagem de um tema tão delicado, marcado pelo estigma e pelo secretismo. Fruto destas (e eventualmente de outras) dificuldades, em Portugal só se conhece um estudo^[18] com sobreviventes, residentes na região do Alentejo Central, em desenvolvimento na Universidade de Évora. Este avalia o impacto do suicídio em familiares que pertenceram ao agregado de um suicida, em termos de sintomatologia psicopatológica e ideação suicida. A referida investigação^[18] mostra que, dos 102 familiares que participaram no estudo, 45,1% (n = 46) apresentam elevada ideação suicida e 62% (n = 57 em 92 familiares avaliados) perturbação clinicamente significativa, com maior predominância para a depressão. Os resultados

deste estudo^[18] indicam também que a idade do familiar (quando superior a 50 anos), a sua baixa escolaridade e o tempo decorrido desde o suicídio (quando superior a três anos) influenciam positivamente a ideação suicida e a sintomatologia psicopatológica nos sobreviventes – reforçando a necessidade de pós-venção junto desta população. Para que a mesma se concretize adequadamente, é fundamental a produção de mais conhecimento acerca do impacto do suicídio nos indivíduos próximos do falecido, bem como sobre o processo de luto dos sobreviventes por suicídio, sendo que este será, em seguida, objeto da nossa atenção.

4. O PROCESSO DE LUTO POR SUICÍDIO

Sendo o luto uma reação universal, instintiva e adaptativa à perda de um outro significativo, é comum os enlutados experienciarem emoções intensas e angustiantes na sequência desta, independentemente da causa da morte. Todavia, a comunidade científica tem questionado o impacto diferencial da morte imposta pelo próprio, face a outros tipos de morte (por exemplo, por doença, acidente ou homicídio), no processo de luto dos sobreviventes. Ao que parece, a morte por suicídio tem um impacto mais devastador nos sobreviventes, sendo a experiência de luto mais complexa e intensa. Diversos estudos sugerem a existência de diferenças entre os vários tipos de luto e apontam o processo de luto por suicídio como: envolvendo um elevado grau de sintomatologia psicopatológica^[19] e uma pior funcionalidade em termos de ansiedade, solidão, neuroticismo, depressão e suicidalidade^[20], induzindo sentimentos mais frequentes de responsabilidade sobre a morte, rejeição, reações mais intensas de dor, mais vergonha e estigmatização^[21]. No entanto, há também trabalhos^[22] que referem não existir diferenças significativas entre os processos de luto dos sobreviventes suicidas e dos enlutados por outros modos de morte em termos de saúde mental, depressão, sintomas de perturbação de stresse pós-traumático, ansiedade e comportamento suicida^[22]. Contudo, estes mesmos estudos^[22] referem que os sobreviventes de suicídio apresentam níveis mais elevados de rejeição, vergonha, culpa, estigma e necessidade de esconder a causa da morte.

De entre as características assinaladas como tipicamente associadas ao processo de luto por suicídio, a estigmatização é destacada em várias investigações^[22,23] como sendo extremamente comum. Quando comparados com os enlutados por outra forma de morte, os sobreviventes de suicídio, nomeadamente cônjuges de idosos, referem com

maior frequência o escasso apoio social recebido por parte da comunidade próxima^[23]. Esta situação parece resultar de o modo de morte ser muitas vezes percebido como passível de ter sido evitado pelos indivíduos próximos do suicida, o que incute nestes enlutados sentimentos de vergonha e culpa, e a necessidade de esconder o suicídio^[24]. Por outro lado, esta estigmatização pode também ser promovida pelos próprios sobreviventes que, com base na crença de que vão ser julgados negativamente pela comunidade local devido ao suicídio, se ausentam das interações sociais^[24]. No que concerne, ainda, à comparação das trajetórias de luto, a investigação revela uma maior proximidade dos sobreviventes de suicídio aos enlutados por mortes súbitas e violentas (e.g. acidentes e homicídios) e um maior distanciamento em relação aos enlutados por morte natural^[24].

Perante a polémica em torno das diferenças no luto em função do tipo de morte, vários autores^[25] defendem que o curso do luto não depende somente do modo de morte, mas da influência de outros fatores neste percurso, nomeadamente a relação mantida com a pessoa que faleceu (isto é, o grau de parentesco ou ligação emocional), os recursos e o conhecimento de estratégias de *coping* por parte do enlutado, o apoio social recebido, a participação em programas de intervenção terapêutica, a dinâmica familiar, a raça e a etnia, a personalidade do sobrevivente, os métodos de sobrevivência, assim como o sexo e a idade do enlutado.

Na tentativa de estabelecer os aspetos comuns que caracterizam o processo de luto dos sobreviventes por suicídio, Jordan e McIntosh^[24] destacam os seguintes parâmetros, suportados pela literatura científica:

- Sentimentos de abandono, rejeição, vergonha e estigma;
- Necessidade de ocultar ou dissimular perante os outros a causa da morte;
- Culpar outros pela morte, nomeadamente médicos, família e amigos;
- Aumento de ideias autodestrutivas que originam e agravam o risco suicidário.

Os mesmos autores^[24] salientam, também, a presença de outras características, que não sendo completamente apoiadas pela investigação, encontram suporte na experiência clínica e em relatos de sobreviventes, sendo estas:

- Culpabilização do próprio em relação ao que fez ou não fez, imaginando o que deveria ter feito, podendo, por vezes, manter uma obsessão com o “e se?”.
- Sentimento de raiva para com o falecido, o próprio ou outras pessoas.
- Choque, descrença e negação.

- Procura de uma explicação e desejo de perceber o “porquê” do suicídio.
- Alívio. A relação e o contacto diário com alguém deprimido e com ideação suicida podem ser muito perturbadores, pelo que o desaparecimento dessa pessoa pode ser sentido com alívio. Não obstante, a pessoa enlutada pode experimentar sentimentos ambivalentes, ou seja, pode sentir-se culpada por se sentir aliviada. O alívio pode ainda advir do facto de o sobrevivente perceber que o seu ente querido deixou de sofrer.
- Efeitos no sistema familiar e social. Na sequência da morte, a família pode sentir-se mais desagregada, pode tornar-se mais unida ou pode ainda experienciar uma complexa combinação de ambas. Alguns sobreviventes podem também vivenciar ambiguidade acerca das normas sociais, assim como a comunidade pode manifestar dificuldade em lidar com os enlutados, por não saber como o fazer.
- Ativismo ou obsessão com o suicídio. Ocorre quando o enlutado se envolve ativamente em atividades de prevenção do fenómeno suicidário, podendo este ter resultados negativos ou positivos para o próprio sobrevivente.

5. PÓS-VENÇÃO

A gravidade das consequências da exposição ao suicídio, evidentes no penoso e solitário processo de luto, justificam uma análise cuidada e rigorosa das necessidades experienciadas pelos sobreviventes, que importa conhecer e satisfazer, através de ações estruturadas de pós-venção que promovam o bem-estar biopsicossocial dos enlutados.

Em Portugal, as necessidades dos sobreviventes não foram alvo de qualquer estudo sistemático, carecendo de uma avaliação urgente com vista à procura de respostas “pós-ventivas” adequadas às mesmas. Já internacionalmente existem investigações^[19,26] capazes de fornecer orientações úteis para responder às necessidades dos enlutados por suicídio, através de programas eficazes de pós-venção. Estas investigações permitiram a identificação de necessidades formais e informais percebidas pelos sobreviventes. De entre estas, destacam-se o suporte por parte de profissionais de saúde mental especializados^[19,20] e o apoio da família e dos amigos^[26] respetivamente. A satisfação destas necessidades é habitualmente dificultada por obstáculos claramente identificados pelos próprios sobreviventes, tais como a inexistência de serviços adequados para os enlutados, o difícil acesso aos que existem, a ausência de recursos financeiros para pagar os apoios^[27], assim como o facto de os

sobreviventes se encontrarem profundamente traumatizados e deprimidos após o suicídio, sendo incapazes de se mobilizarem para aceder aos serviços de saúde de que necessitam^[26].

Há ainda que ter em consideração que o estigma associado ao suicídio pode introduzir mudanças nas relações sociais do enlutado, contaminando com ambiguidade as regras relacionais. Por exemplo, o embaraço social criado pelo tipo morte pode gerar dúvidas nas pessoas sobre o comportamento a adotar com os sobreviventes, acabando por as afastar e criando uma lacuna na rede de apoio informal^[19]. Os resultados das investigações suportam a convicção de que perder alguém por suicídio pode ter um impacto muito destrutivo nas conexões sociais^[23], assim como nas relações familiares. Pode verificar-se uma incapacidade dos membros da família em prestarem suporte emocional uns aos outros, como fariam noutra momento, devido à “sobredosagem de luto”^[19], por todos se encontrarem simultaneamente enlutados.

Como soluções para as necessidades identificadas, os especialistas recomendam que os serviços técnicos sejam oferecidos rotineiramente a todas as pessoas enlutadas, sendo que quem os providencia deve ser pró-ativo^[1]. Além disso, salientam a necessidade de aumentar a perceção pública dos recursos existentes na comunidade, a urgência da “desestigmatização” relativamente à procura de ajuda^[27] e a importância de adequar o apoio facultado aos enlutados em termos de qualidade e quantidade^[19]. Daqui resultarão ações de pósvenção ativa e eficaz, nas quais os serviços se mobilizam no sentido de chegar aos sobreviventes, ou seja, para que sejam proporcionados “múltiplos pontos de acesso a múltiplos tipos de serviços”^[19].

Em Portugal, onde o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio começa agora a dar os primeiros passos, a implementação de ações como as anteriormente descritas parece ser uma realidade distante. Ainda assim – e apesar de sabermos tratar-se de um desafio complexo e difícil, que requer o rompimento com mitos socialmente enraizados –, consideramos que vale a pena insistir na necessidade de especializar profissionais e criar condições adequadas de intervenção, no âmbito de planos organizados e consensuais de pósvenção.

A pósvenção compreende vários objetivos de índole individual e comunitária^[28]. Em termos do apoio dirigido ao indivíduo, os grupos de apoio aos sobreviventes e a psicoterapia parecem ajudar a resolver uma grande quantidade de problemas e necessidades dos enlutados por suicídio^[28]. Em todo o caso, se os grupos de apoio parecem ser proveitosos para a generalidade dos enlutados por suicídio, a psicoterapia é

especialmente profícua para aqueles que desenvolveram problemas psicológicos e/ou psiquiátricos na sequência do suicídio^[8].

No que diz respeito aos aspetos comunitários, após um suicídio, as organizações precisam de restabelecer o seu equilíbrio, com colaboradores que se sintam produtivos e envolvidos de forma significativa nas suas tarefas, assim como as escolas necessitam de regressar ao ensino, com alunos estimulados e emocionalmente estabilizados. Em termos sociais, o momento de crise pode ser aproveitado para educar a comunidade sobre os fatores que contribuem para o suicídio, bem como para dar a conhecer os recursos de apoio existentes. Deste modo, estar-se-á a contribuir pró-ativamente para a redução do risco de imitação ou contágio. Um programa eficaz de pós-venção implica que o discurso em torno do fenómeno não seja de glorificação do suicídio – o que conduziria ao encorajamento do ato – mas, por outro lado, também não deve ser de crucificação do mesmo – que levaria à estigmatização. Esta e outras importantes questões na abordagem do suicídio estão contempladas no trabalho de Berkowitz e colegas^[29], que nos pode auxiliar enquanto conjunto de linhas orientadoras para a elaboração de planos de pós-venção. Os autores sugerem que se:

- Evite simplificar em demasia as causas de suicídio ou apresentá-las como inexplicáveis ou inevitáveis, enfatizando que o suicídio não é o resultado de um único fator ou evento na vida do falecido (por exemplo, o fim de uma relação), mas de uma complexa ação combinada de eventos;

- Enfatize a existência de alternativas ao suicídio, mesmo quando as pessoas se sentem sem esperança, salientando os recursos de apoio existentes. Pode ser útil caracterizar o ato de suicídio como um grave erro de juízo por parte do suicida, devido ao comprometimento da sua capacidade pela dor psicológica, para que se possam identificar alternativas ou recursos de ajuda;

- Realce a correlação entre depressão, doença mental e suicídio, salientando-se que existem tratamentos adequados. A redução do estigma da doença mental e a promoção de atitudes de procura de apoio vão aumentar a probabilidade de a comunidade procurar ajuda, especialmente se conhecer as vias que conduzem à mesma;

- Evite glorificar ou valorizar alguém que morreu por suicídio, no sentido de heroificar o indivíduo, sendo que este também não deve ser apresentado como um vilão digno de despeito;

- Desencoraje a focalização no método de suicídio, que muitas vezes é sensacionalizado, e se reporte o processo factualmente, enfatizando que a pessoa sentiu que não conseguiu ser ajudada, quando tal era possível;

- Providenciem estruturas que desenvolvam esforços de prevenção de suicídios futuros.

Importa salientar que, apesar de existirem princípios comuns entre os indivíduos enlutados, os planos e estratégias de pósvenção devem ser social e culturalmente adaptados, tendo em vista providenciar uma resposta efetivamente eficaz para as necessidades específicas dos sobreviventes. Para que tal seja possível, é fundamental que se examinem dentro do contexto da comunidade, junto dos enlutados, quais os mecanismos de apoio que estes percecionam como mais indicados para os ajudar no trabalho de lidar e reduzir o sofrimento experienciado.

Se em Portugal ainda não existem medidas de pósvenção eficazes, internacionalmente, vários suicidologistas^[1,5] têm investido em projetos prosequutores do lema de Shneidman^[4], segundo o qual "uma comunidade benigna deve rotineiramente fornecer pósvenção ao nível dos cuidados de saúde mental imediatos para os sobreviventes vítimas de mortes suicidas".

Nas últimas décadas vários países, nos quais se incluem os EUA, o Reino Unido, a Irlanda, a Nova Zelândia, a Austrália, a Suécia, a Noruega e a Região Belga da Flandres, desenvolveram programas abrangentes de prevenção do suicídio, integrados em políticas que abraçam também estratégias de pósvenção. Estes projetos compreendem atividades de suporte relacionadas com a disponibilização de grupos de apoio, recursos *online*, a sinalização de dias nacionais pelos sobreviventes de suicídio, bem como englobam atividades de sensibilização da população em geral, através da difusão de folhetos, de livros e da organização de passeios públicos. Algumas destas atividades têm também por objetivo a angariação de fundos, visando, por exemplo, o desenvolvimento de pacotes de apoio aos sobreviventes e às pessoas em contacto com as famílias enlutadas, como sejam a polícia, os líderes religiosos e/ou os clínicos gerais^[28].

Felizmente, tem-se assistido a um consenso político e científico crescente em torno da necessidade de continuar a desenvolver a área da pósvenção^[5,6]. De acordo com Andriessen e Krynska^[28], os esforços devem focalizar-se na:

- Formulação de definições operacionais e consensuais de sobrevivente e de pós-venção, bem como na realização de mais pesquisas que permitam estabelecer o número real de indivíduos afetados pelo suicídio;

- Realização de estudos metodologicamente rigorosos que possibilitem a identificação das experiências e necessidades específicas de vários subgrupos particulares de sobreviventes, em função da idade, do sexo, do grau de proximidade e do tipo de relação mantida com o falecido, incluindo nestes estudos transculturais;

- Realização de investigações que permitam estimar a eficácia das atividades de pós-venção, particularmente as desenvolvidas nos grupos de suporte e nas políticas de saúde pública, incluindo estudos no âmbito da economia da saúde.

Desejamos que estes objetivos (ou outros semelhantes) possam ser brevemente estabelecidos no nosso país, pois só assim poderemos contribuir para a minimização do sofrimento e dos dramáticos riscos experimentados pelos sobreviventes e, deste modo, prevenir novas mortes por suicídio fazendo justiça à menção de Shneidman^[10], segundo a qual a “pós-venção é a prevenção para a próxima geração”, pois “mesmo quando se morre, não se morre sozinho”^[30].

6. CONCLUSÃO

A gravidade das consequências da exposição ao suicídio – de entre as quais se destaca a possibilidade de concretização do próprio suicídio –, associadas às de um processo de luto desta natureza e às necessidades apresentadas pelos sobreviventes, legitimam a urgente implementação de medidas de pós-venção. Estas visam amenizar as sequelas negativas decorrentes da exposição suicidária, prevenindo, em última instância a ocorrência de futuros suicídios.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Dyregrov, K. What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2011; 32 (6): 310-318. doi:10.1027/0227-5910/a000098.
- ² Saraiva, C. B. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*. 2010; 31(3):185-205.
- ³ Shneidman, E. S. *Deaths of man*. New York: Quadrangle. 1973; pp. 33.
- ⁴ Shneidman, E. Prologue: Fifty-eight years. In E. Shneidman (Ed), *On the nature of suicide*. San Francisco: Jossey-Bass; 1969; pp. 1–30.
- ⁵ Andriessen, K. Can postvention be prevention? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2009; 30(1): 43-47.
- ⁶ Jordan, J. R., McIntosh, J. L. Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan, J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. New York: Routledge; 2011; pp. 3-17.
- ⁷ Shneidman, E. Foreword. In Cain A. C. (Ed), *Survivors of suicide*. Oxford: Charles C Thomas; 1972; pp. ix-xi.
- ⁸ Jordan, J., McMenamy, J. Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-threatening Behavior*. 2004; 34: 337-349.
- ⁹ Kessing, L., Agerbo, E., Mortensen, P. Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? *Psychological Medicine*. 2003; 33: 1177-1184.
- ¹⁰ Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J., Canobbio, R. Long-term impact of exposure to suicide: a three-year controlled follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996; 35(5): 646-653.
- ¹¹ Tsuchiya, K. Agerbo, E., Mortensen, P. Parental death and bipolar disorder: a robust association was found in early maternal suicide. *Journal Affective Disorders*. 2005; 86: 151-159.
- ¹² Crosby, A. E., & Sacks, J. J. Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002; 32(3):321-328.
- ¹³ Cerel, J., Roberts, T. A. Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*. 2005; 36, (325):9-16.

- ¹⁴ de Leo, D., Heller, T. Social modeling in the transmission of suicidality. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2008; 29 (1):11-19. doi:10.1027/0227-5910.29.1.11.
- ¹⁵ Hedstrom, P., Liu, K.-Y., Nordvik, M. K. Interaction domains and suicide: A population-based panel study of suicide in Stockholm, 1991-1999. *Social Forces*. 2008; 87:713-740.
- ¹⁶ Goodwin, R. D., Beautrais, A. L., Fergusson, D. M. Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: Evidence from a general population sample. *Psychiatry Research*. 2004;126(2):159-165.
- ¹⁷ Rubinstein, D. H. Epidemic suicide among Micronesian adolescents. *Social Science and Medicine*, 1983;17(10):657-665.
- ¹⁸ Santos, S., Sampaio, A., Tavares, S. A ideação suicida em familiares de suicidas portugueses. In R. Campos, S. Tavares, Suicidalidade em adolescentes e adultos II. Simpósio realizado no âmbito do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Aveiro. 2013; Junho.
- ¹⁹ Jordan, J. R., Fiegelman, W., McMenamy, J., Mitchell, A. M. Research on the needs of survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. New York: Routledge; 2011; pp. 115-131
- ²⁰ De Groot, M. H., de Keijser, J., Neeleman, J. Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006; 36(4):418-431.
- ²¹ Bailley, S. E., Kral, M. J., Dunham, K. Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1999; 29(3):256-271.
- ²² Sveen, C.-A., Walby, F. A. Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008; 38 (1):13-29. doi:10.1521/suli.2008.38.1.13.
- ²³ Farberow, N. L., Gallagher-Thompson, D., Gilewski, M., Thompson, L. The role of social supports in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1992; 22(1):107-124.

- ²⁴ Jordan, J. R., McIntosh, J. L. Is suicide bereavement different? A framework for rethinking the question. In J. R. Jordan, J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. New York: Routledge; 2011; pp. 19-42.
- ²⁵ Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., Schut, H. The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*. 2006; 63(9):2440-2451.
- ²⁶ McMenemy, J. M., Jordan, J. R., Mitchell, A. M. What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008; 38(4):375-389. doi:10.1521/suli.2008.38.4.375.
- ²⁷ Provini, C., Everett, J. R., Pfeffer, C. R. Adults mourning suicide: Self-report concerns about bereavement, needs for assistance, and helpseeking behavior. *Death Studies*. 2000; 24(1):1-19.
- ²⁸ Andriessen, K., Kryszynska, K. Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012; 9(1):24-32. doi:10.3390/ijerph9010024.
- ²⁹ Berkowitz, L., McCauley, J., Schuurman, D. L., Jordan, J. R. Organizational postvention after suicide death. In J. R. Jordan, J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. New York: Routledge; 2011; pp. 157-178.
- ³⁰ Sampaio, D. *Ninguém morre sozinho*. 14^a Ed. Lisboa: Caminho. 2006.

CAPÍTULO II

DISTRESS IN PORTUGUESE FAMILY MEMBERS BEREAVED BY SUICIDE: AN EXPLORATORY STUDY

Este artigo foi submetido e aceite para publicação na revista *Journal of Loss and Trauma*:

Santos, S., Tavares, S., & Campos, R. C. (In press). Distress in Portuguese family members bereaved by suicide: An exploratory study. *Journal of Loss and Trauma*.

DISTRESS IN PORTUGUESE FAMILY MEMBERS BEREAVED BY SUICIDE: AN EXPLORATORY STUDY

1. ABSTRACT

The present study examined the impact of several sociodemographic and suicide related variables on the distress of family members bereaved by suicide. A sample of Portuguese family members bereaved by suicide (N=93) living in the Alentejo region completed a sociodemographic and suicide information questionnaire and the Brief Symptom Inventory. Forward Multiple Linear Regression Analysis demonstrated that several sociodemographic and suicide variables related with general distress, depression and anxiety. Results contribute to characterize family members bereaved by suicide and have implications for the implementation of postvention programmes.

Keywords: suicide survivors, distress, sociodemographic variables, suicide related variables, depression, anxiety.

2. INTRODUCTION

Suicide is a major mental health issue in clinical and non clinical populations throughout the life span. The World Health Organization (2011) estimated that every year almost one million people die by suicide in the world. In Portugal, over a thousand people die every year, with suicide being the leading cause of unnatural death (National Institute of Statistics, 2013).

For those who commit suicide the pain comes to an end but, for the victims' loved ones the suicide is usually the beginning of an intense journey of suffering and distress (Chow, 2006). This is what Edwin Shneidman (1973, p. 33) meant when he stated that "a person's death is not only an ending: it is also a beginning – for the survivors". According to Jordan and McIntosh (2011a, p.7) "a suicide survivor is someone who experiences a high level of self-perceived psychological, physical, and/or social distress for a considerable length of time after the exposure to the suicide of another person". Several authors (e.g., Jordan & McMenemy, 2004) have suggested that for each suicide there are between six to ten survivors. In Portugal, therefore, more than a thousand of suicides per year may be translated into approximately 6,000 to 10,000 new survivors every year.

Suicide survivors have been characterized as a significantly distressed population that reports a high number and persistent degree of psychological symptoms (Jordan, Feigelman, McMenemy, & Mitchell, 2011). In fact, research has found high rates of psychiatric disorders in survivors (e.g., Mitchell, Sakraida, Kim, Bullian, & Chiappetta, 2009; Tsuchiya, Agerbo, & Mortensen, 2005), like depression (e. g., Brent, Melhem, Donohoe, & Walker, 2009; de Groot, de Keijser, & Neeleman, 2006; Li & Zhang, 2010; Mitchell et al., 2009; Zhang, Tong, & Zhou, 2005), anxiety (e. g., Brent, Moritz, Bridge, Perper, & Canobbio, 1996; Mitchell et al., 2009) and suicidal ideation (e. g., Cerel & Roberts, 2005; Kuramoto, Stuart, Runenson, Lichtenstein, Långström, & Wilcox, 2010) as well as risk behaviours (Cerel & Roberts, 2005). The literature also suggests that survivors may be particularly vulnerable to complicated grief (de Groot , et al., 2006; Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003). Individuals with complicated grief present high rates of psychiatric comorbidity, including high rates of comorbid major depression (Newson, Boelen, Hek, Hofman, & Tiemeier, 2011) and are at high risk for suicidal ideation and behavior (Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer, 2005). However, contradictory

results can be found in the literature. While some authors have found elevated rates of depression, anxiety and suicidal ideation, others find no difference when suicide bereaved individuals are compared with those bereaved by other causes of death (see Bolton et al., 2013).

Gender and age have been related to distress, depression and anxiety in survivors, namely suicide survivors (Brent et al., 2009; de Groot et al., 2006; Newson et al., 2011), with women generally reporting more depressive symptoms (Brent et al., 2009; de Groot et al., 2006) and more anxiety (Farberow, Gallagher-Thompson, Gilewski, & Thompson, 1992) than men. Greater age (Newson et al., 2011) and lower levels of education (Tomarken et al., 2008) were found to be significantly associated with complicated grief and lower education in survivors correlated with distress (Dyregrov et al., 2003) and depression (Zhang et al., 2005). It has been reported that complicated grievers are more likely to be divorced (Newson et al., 2011) and single people have a significantly higher risk of suicide compared to married people (McIntosh, Santos, Hubbard, & Overholser, 1994; Qin et al., 2003). Being divorced or widowed has also been associated with high risk (McIntosh et al., 1994).

Previous studies have also demonstrated that suicide survivors of a close relative, for example a spouse, presented significantly higher levels of depression (Kessing, Agerbo, Mortensen, 2003; Zhang et al., 2005) and anxiety (Mitchell et al., 2009).

Whilst some studies show that the length of time elapsed since suicide is predictive of the presence of complicated grief (e. g., Newson et al., 2011) and mental disorders in survivors (Saarinen, Hintikka, Lehtinen, Lönnqvist, & Viinamäki, 2002), other studies show that as time passes, trauma caused by the suicide of a loved one decreases (Li & Zhang, 2010). Brent, Melhem, Donohoe and Walker (2009) found that bereavement due to suicide is associated with a high risk of depression from 9 to 21 months following the death. Feigelman, Jordan and Gorman (2009) reported that an elapsed time of 3 to 5 years usually marks the turning point, with a decrease in acute grief difficulties accompanying the loss. Murphy, Johnson, Wu, Fan and Lohan (2003) found an elapsed time of 3 to 4 years to be the crucial turning point in the acceptance of loss. Some clinicians (e.g. Archibald, 2011) describe cases of suicide survivors that are emotionally disturbed several decades after the occurrence of the suicide.

Research also shows that survivors of victims with multiple past suicide attempts reported higher psychological distress than survivors of those who had no such past history (Kaslow et al., 2000). Chiu et al. (2006) also reported that multiple past suicide attempts are associated with higher psychological distress and greater difficulties in the mourning process (Feigelman et al., 2009).

Survivors of younger victims report high levels of guilt and shame (Reed & Greenwald, 1991), and the suicide of a younger relative is also associated with higher levels of psychological distress (Séguin, Lesage, & Kiely, 1995). Finally, poor coping strategies (Marty, Segal, & Coolidge, 2010) have been related with suicide ideation in survivors.

This exploratory study targeted other potentially important variables that, to the best of our knowledge, have yet to be tested for their relationship to suicide survivor distress. Some suicide survivors benefit from professional help, which potentially attenuates distress. Additionally, a suicide related variable may also potentially contribute to suicide survivors' distress: suicide in other family members. A family history of suicidality could have been experienced as a traumatic event and traumatic re-experiencing (see for example Bower & Sivers, 1998) may potentially occur as a result of the current suicide, possibly increasing survivor distress. Method of suicide will also be investigated. In Portugal, hanging is a commonly used method, especially in the Alentejo region (Saraiva, 2010), so the impact of this variable will also be tested. As far as we know, no one has proposed a convincing explanation for the high rate of this violent method of death in the region. We expect that this study would further the understanding of distress in this population, and thus aid in the implementation of effective postvention programmes amongst Portuguese family members bereaved by suicide with high levels of distress.

2.1. Aim of the Study

Despite the traumatic consequences of dealing with a suicide, the effect on family members bereaved by suicide has received less attention in Suicidology literature than other issues (Jordan & McIntosh, 2011b). In Portugal, as far as we know, no other study has examined either the impact of suicide on survivors' well being or the relationship between sociodemographic and suicide related variables with survivors' distress. Reported studies have usually looked at a limited number of variables in their relationship with distress. In order to fill in this gap, this exploratory study intended to

assess distress (general distress, depression and anxiety) in a sample of family members bereaved by suicide (household' survivors) collected at the Portuguese region with the highest rate of suicide, Alentejo (National Institute of Statistics, 2013), and its relationship with a pool of 12 variables previously described in the introduction: sociodemographic variables (*age, education, gender, marital status, spouse of the deceased, survivor coping strategies and recourse to professional help*) and suicide related variables (*time elapsed since the suicide, family history of suicide, age of deceased, suicide method and previous suicide attempts by the deceased*). We expect that these variables will relate to general distress, depression and anxiety.

3. METHOD

3.1. Participants and Procedure

An initial convenience sample of 120 family members bereaved by suicide (household' survivors) living in the Alentejo region, in Portugal, was contacted to participate in this study. Twenty seven participants refused to participate resulting in a final sample of 93, comprising 62 (66.7%) female participants and 31 (33.3%) male, and ranging in age from 18 to 89 years ($M=52.6$; $SD=18.9$), with a mean education level of 7.0 years ($SD= 5.5$). Participants were recruited in several community services such as Private Institutions of Social Solidarity. Each potential participant was personally contacted by the first author and asked to take part in a study about the impact of suicide on the family. Participants gave written informed consent and were given the opportunity to discontinue their participation at any time. None of the participants chose to do so. The guidelines of the *Portuguese Psychologists Board* were followed. Data collection was conducted in individual sessions and met all ethical guidelines regarding the confidentiality and psychosocial well being of the participant. When the participant had a low educational level or difficulties reading, items and questions were presented orally. Sessions took an average time of 27 minutes and were conducted by the first author. Participants were not paid or compensated for their participation. All potential risk cases were referred to the Department of Psychiatry of Évora Hospital. Data collection took approximately 12 months.

3.2. Measures

Sociodemographic and suicide information questionnaire. Participants responded to a questionnaire to supply information regarding sociodemographic and suicide related variables. The questionnaire gathered information regarding 12 variables: *age, education, gender, marital status, spouse of the deceased, time elapsed since the suicide, survivor coping strategies, recourse to professional help (family doctor or mental health professional), family history of suicide, age of deceased, suicide method and, previous suicide attempts by the deceased* (see table 1). Coping strategies were assessed through an open question: "In what way(s) did you try to cope with your loss?" All valid responses were coded as YES, and NO was coded if the participant failed to respond or said "none". Examples of valid responses were "using family support", "working", "support of friends", "hobbies" or "finding a meaning to the suicide".

Brief Symptom Inventory (BSI). General distress, depression and anxiety were assessed with the Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993), which is a 53-item self-report inventory that assesses several psychopathological dimensions. It also produces global indices, namely the positive symptom distress index (PSDI), which was developed to provide an overall assessment of psychopathology or distress. Items are answered according to a Likert scale ranging from 0 (not at all) to 4 (extremely). In the present study we used the depression and anxiety scales, and the PSDI (to assess general distress). The psychometric properties of the BSI are adequate and are available in the manual (Derogatis, 1993). The BSI was adapted for the Portuguese population by Canavarro (2007). In the Portuguese version (Canavarro, 2007), a score ≥ 1.7 in the PSDI suggests emotional disturbance. Cronbach Alphas for the Portuguese version (Canavarro, 2007) varied between .62 and .80 for the nine symptom subscales. In the present study, alpha values were .97 for the total scale, .91 for the depression scale and .84 for the anxiety scale.

3.3. Data Analysis

In order to study the relationship between the 12 sociodemographic and suicide related variables and distress (general distress, depression and anxiety, assessed respectively with the PSDI and the depression and anxiety scales of the Brief Symptom Inventory), we performed three Multiple Linear Regression Analyses using software SPSS 21. As a multivariate method, multiple regressions estimate the unique

contribution of each one of the sociodemographic and suicide related variables towards predicting each type of distress (i.e., it considers simultaneously the other independent variables and the shared variance between predictors).

We used the forward method to select variables for the models, given the exploratory nature of the study (Field, 2005) and the large number of predictors, in order to enable the software to define ‘the best models’, selecting the best set of predictors from the initial pool of 12 variables. In the first step of the regression, the forward method enters the independent variable that presents the highest correlation with the dependent variable. The next variables to enter, one at each step, are those with the highest correlations with the dependent variable after controlling for the shared variance with the independent variables previously entered. General distress, depression and anxiety were entered as dependent or criterion variables.

4. RESULTS

Participants obtained a mean value of 1.93 (SD= .63) in the PSDI, a mean value of 1.61 (SD= 1.16) in the depression scale and a mean value of 1.17 (SD= .86) in the anxiety scale. According to the Canavarro’s (2007) criteria for the Portuguese version of the BSI a score ≥ 1.7 on the PSDI, 58 participants (62.4% of the sample, 51.6% of men and 67.7% of women) suffer significant distress.

Three Forward Multiple Linear Regression Analysis were computed to predict general distress (BSI PSDI), depression and anxiety, allowing the 12 sociodemographic and suicide related variables to be entered as predictors in the models. Results appear in Table 2.

We examined the normality of residuals using the Kolmogorov-Smirnov Z test. The results indicated that the distributions of residuals from the three regression analysis were normal (p values $> .05$). Dependent variables were also normally distributed. Homoscedasticity was confirmed using White test. We also examined the multicollinearity between variables. Eigenvalues of the cross-products matrix, condition indexes along with variance inflation factors (VIF) and tolerances from multicollinearity analyses indicated the absence of any multicollinearity.

In the first analysis, to predict PSDI, the final model was obtained after six steps. The final regression model is significant ($F = 10.55$, $p < .001$, $R^2 = .42$). Age ($\beta = .39$, $p < .001$), previous attempts ($\beta = .22$, $p < .05$), spouse ($\beta = .30$, $p < .005$),

coping strategies ($\beta = -.31, p < .001$), age of deceased ($\beta = -.18, p < .05$) and gender ($\beta = .17, p < .05$), related with general distress. In the prediction of depression, the final model was obtained after five steps. The final regression model is significant ($F = 6.65, p < .001, R^2 = .28$). Previous attempts ($\beta = .23, p < .05$), age ($\beta = .34, p < .001$), coping strategies ($\beta = -.32, p < .005$), professional help ($\beta = .21, p < .05$) and gender ($\beta = .20, p < .05$) related with depression. Finally, in the third analysis, related to the prediction of anxiety, the final model was obtained after four steps. The final regression model is significant ($F = 8.53, p < .001, R^2 = .28$). Coping strategies ($\beta = -.39, p < .001$), gender ($\beta = .30, p < .005$), age ($\beta = .25, p < .01$) and age of deceased ($\beta = -.20, p < .05$) related with anxiety.

For the three analyses presented in Table 2, given the probability level of .05, the twelve predictors, the observed R^2 (of .42, .28 and .28), and the sample size of 93 participants, the observed power (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003) was found to be 1.00, 0.98 and 0.98, respectively.

5. DISCUSSION

The aim of the present study was to assess the relationship between a set of sociodemographic and suicide related variables and distress (general distress, depression and anxiety) in a sample of Portuguese suicide family members bereaved by suicide.

Our observation that a large percentage of family members bereaved by suicide (62.4%) are significantly distressed is consistent with other studies where family members bereaved by suicide are at risk for developing psychiatric disorders, or poor physical health (Bailey, Kral & Dunham, 1999), and that suicide survivors closely related to the deceased experience higher levels of distress (Calhoun & Allen, 1991; Mitchell et al., 2009), depression (Brent et al., 2009; Kessing et al., 2003; Li & Zhang, 2010; Mitchell et al., 2009) and anxiety (Brent et al., 1996; Mitchell et al., 2009).

In our study, several sociodemographic variables related to general distress, depression and anxiety. In particular, age was found to be significantly associated with general distress, depression and anxiety, with older adults being more vulnerable. This is not surprising given that elderly people present several

characteristics (e.g. health problems, social isolation, multiple losses, poor social networks and low socioeconomic status) that may contribute to a more dysfunctional response to the suicide of a loved one (Balter, 1994; McIntosh et al., 1994).

We also found a relation between gender and distress, with women presenting higher levels of general distress, depression and anxiety. These results accord well with results from previous studies showing that women bereaved by suicide presented more depressive symptoms (Brent et al., 2009; de Groot et al., 2006), more anxiety (Farberow et al., 1992) and more distress (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003) than men. Cultural and gender role factors may explain this difference, because different reactions to risk factors, specifically to bereavement, may be socially expected (Qin et al., 2003). Men may generally be more unwilling to recognize their own distress, depression and helplessness (Qin et al., 2003).

Lack of coping strategies is also associated with distress, depression and anxiety in our sample of suicide family members bereaved by suicide. According to Marty et al. (2010), poor coping skills may be related with suicidal ideation. According to their results using of coping strategies that are oriented toward disengagement and maladaptive avoidance of a problem, such as denial and reducing one's effort to deal with a stressor, may be a risk factor for suicidal ideation (Marty et al., 2010). The way the individual copes with a traumatic event may in fact be more important than the traumatic event itself, and the use of effective coping strategies may decrease distress when responding to a traumatic event (e. g., Mikulincer & Florian, 1996).

According to our results, the age of the deceased is negatively related to general distress and anxiety. A death of a younger relative by suicide is a non normative, almost always unexpected and traumatic event, which may increase anxiety (Murphy et al., 1999), psychological distress (Séguin, Lesage, & Kiely, 1995) and grief symptoms (Keese, Currier, & Neimeyer, 2008) in survivors.

We found that previous suicide attempts by the deceased are related to distress and depression. This agrees with the literature which mentions that a prolonged 'death watch' can be destructive (Osterweis, Solomon, & Green, 1984; Sanders, 1982-1983) and the idea of anticipating a suicide and being helpless to prevent it, can be extremely distressing (see Callahan, 2000). Some family members bereaved by suicide may not have taken seriously past suicide attempts of the deceased and may believe that they did not do enough to prevent the suicide; an increase in

psychological distress and depressive symptoms with associated feelings of guilt, shame and stigma (see Jordan & McIntosh, 2011c; Sveen & Walby, 2008) may result.

Our results also identified that being the spouse of the deceased is also related to distress. This result is consistent with the literature (e. g., Kitson, 2000; Saarinen et al., 2002) showing that distress and psychiatric symptoms in spouses of suicide victims may last as long as 10 years. According to Jordan and McIntosh (2011c), spouses may feel more distressed due to a perception that they may have had the opportunity to prevent the suicide and were unable to do so. Jordan and McIntosh (2011c) also report that spouses of individuals who have died by suicide feel generally guiltier and more ashamed than survivors of individuals who died of others causes.

Our results show that family members bereaved by suicide who have taken recourse to professional help present more depressive symptoms. At least two explanations can be proposed for this unexpected result. Firstly, mental health services provided to survivors in the region where the sample was collected may be ineffective. As far as we know, there is a complete absence of postvention programs in the region. It is very important that mental health professionals have a basic understanding of bereavement by suicide, both because of its prevalence and possible risk outcomes (Mitchell et al., 2005). Another possible explanation is the hypothesis that it is exactly the most depressed survivors who may be seeking out professional help. Some evidence exists (Horowitz, et al., 1984; Watson, 1991) that individuals who seek out psychotherapy are, in fact, more distressed than those who do not. The cross-sectional nature of the study does not allow for a more definitive explanation of this result.

5.1. Limitations and conclusions

The present study has several limitations. The sample is heterogeneous, namely regarding age, is relatively small and not representative of Portuguese family members bereaved by suicide, since it was collected in just one Portuguese region – Alentejo. Another limitation is the cross sectional nature of the study. It is possible that participants were already distressed before the occurrence of suicide, that they are responding to other important issues that happened to them in the intervening years or that they are simply reporting normal reactions to a traumatic event. Another limitation is that a relatively large number of predictors were considered for the

regression analysis. In addition, data may be relatively clustered because the interviewer collected data from more than one person per family, although this happened with just a small number of families. Finally it must be said that the coping measure used in the present study is relatively rough. Future studies should address these issues in longitudinal designs with more extensive and representative samples. Given the fact that suicide survivors are a group at major risk of suicide (Andriessen & Krysinska, 2012), it seems also important to further study variables associated with suicide risk in this population in Portugal.

However, our results may have important implications, because they contribute to characterising the population of Portuguese family members bereaved by suicide. Our results point out that they face significant distress. The management of distress should be an important goal for postvention interventions (Andriessen & Krysinska, 2012). Our results also suggest that significant sociodemographic and suicide related variables may help to identify high risk family members bereaved by suicide, in need of professional help and assessment of distress.

6. REFERENCES

- ANDRIESSEN, K., & KRYSINSKA, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9*, 24-32.
- BAILLEY, S. E., KRAL, M. J., & DUNHAM, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *29*, 256-271.
- BALTER, R. (1994). The elderly suicide: Those left behind. In D. Lester, & M. Tallmer (Eds.), *Now I lay me down: Suicide in the elderly* (pp. 105-178). Philadelphia, PA: Charles Press.
- BOLTON, J. M., AU, W., LESLIE, W. D., MARTENS, P. J., ENNS, M.W., & ROOS, L. L., et al. (2013). Parents bereaved by offspring suicide: A population-based longitudinal case-control study. *JAMA Psychiatry*, *70*, 158-6.
- BOWER, G., H., & SIVERS, H. (1998). The cognitive impact of traumatic events. *Developmental Psychopathology*, *10*, 625-653.
- BRENT D.A., MELHEM, N., DONOHOE, M. B., & WALKER, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 786–794.
- BRENT, D. A., MORITZ, G., BRIDGE, J., PERPER, J., & CANOBBIO, R. (1996). Long-term impact of exposure to suicide: A three-year controlled follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*, 646-653.
- CALLAHAN, J. (2000). Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *30*, 104-124.
- CANAVARRO, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos efectuados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. (vol. 3) (pp. 305–330). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- CEREL, J., & ROBERTS, T. A. (2005). Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, *36*, 9-16.

- CHIU C. H., KUO C. J., CHEN Y. Y., CHEN C. C., LEE M. B., LIN C. H., HUANG DY, ET AL. (2006). Comparison of epidemiological characteristics between first-ever and repeated suicide attempters. *Taipei City Medical Journal*, 3, 1000–1007.
- CHOW, A. Y. M. (2006). The day after: The suicide bereavement experience of Chinese in Hong Kong. In C. W. Chan, & A. M. Chow (Eds.), *Death, dying and bereavement: The Hong Kong Chinese experience* (pp. 293–310). Hong Kong: Hong Kong University Press.
- COHEN, J., COHEN, P., WEST, S.G., & AIKEN, L.S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (3rd edition)". Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- DE GROOT, M. H., DE KEIJSER, J., & NEELEMAN, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 418-431.
- DEROGATIS, L. (1993). *Administration, scoring, and procedures for the brief symptom inventory* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- DYREGROV, K., NORDANGER, D., & DYREGROV, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27, 143-165.
- FARBEROW, N. L., GALLAGHER-THOMPSON, D., GILEWSKI, M., & THOMPSON, L. (1992). The role of social supports in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural deaths. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 22, 107-124.
- FEIGELMAN, W., GORMAN, B. S., & JORDAN, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33, 591-608.
- FEIGELMAN, W., JORDAN, J. R., & GORMAN, B. S. (2008-2009). How they died, time since loss, and bereaved outcomes. *Omega*, 58, 251-273.
- FIELD, A. (2005). *Discovering Statistics with the SPSS*. London: Sage.
- HOROWITZ, M. J., WEISS, D. S., KALTREIDER, N., KRUPNICK, J., MARMAR, C., WILNERN, N., & DEWITT, K. (1984). Reactions to the death of a parent: Results from patients and field subjects. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 172, 383-392.
- JORDAN, J. R., FIEGELMAN, W., MCMENAMY, J., & MITCHELL, A. M. (2011). Rechearch on the needs os survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 115-131). New York: Routledge.

- JORDAN, J. R., & MCINTOSH, J. L. (2011a). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh, *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 3-17). New York: Routledge.
- JORDAN, J. R., & MCINTOSH, J. L. (2011b). Introduction. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. xxvii-xxx). New York: Routledge.
- JORDAN, J. R., & MCINTOSH, J. L. (2011c). The impact of suicide on adults. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 43-79). New York: Routledge.
- JORDAN, J., & MCMENAMY, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-threatening Behavior, 34*, 337-349.
- KASLOW, N. J., THOMPSON, M., MEADOWS, L., CHANCE, S., PUETT, R., HOLLINS, L., ET AL.. (2000). Risk factors for suicide attempts among African American women. *Depression and Anxiety, 12*, 13–20.
- KEESEE, N. J., CURRIER, J. M., & NEIMEYER, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 1145-1163.
- KESSING, L., AGERBO, E., & MORTENSEN, P. (2003). Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? *Psychological Medicine, 33*, 1177-1184.
- KITSON, G. C. (2000). Adjustment to violent and natural deaths in later and earlier life for Black and White widows. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 55B*, S341-S351.
- KURAMOTO, S. J., STUART, E. A., RUNENSON, B., LICHTENSTEIN, P. L., LÅNGSTRÖM, N., & WILCOX, H. C. (2010). Maternal or paternal suicide and offspring's psychiatric and suicide-attempt hospitalization risk. *Pediatrics, 126*, 1026-1032.
- LI, N., & ZHANG, J. (2010). Influencing factors for depression among Chinese suicide survivors. *Psychiatry Research, 178*, 97–100.
- 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 & Mental Health, 14*, 1015-1023.

- MCINTOSH, J. L., SANTOS, J. F., HUBBARD, R. W., & OVERHOLSER, J. C. (1994). *Elder suicide: Research, theory and treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- MIKULINCER, M., & FLORIAN, V. (1996). Coping and adaptation to trauma and loss. In Zeidner, M., & Endler, N. (eds.), *Handbook of coping* (pp. 554-572). New York: Wiley.
- MITCHELL, A. M., KIM, Y., PRIGERSON, H.G., & MORTIMER, M. K. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*, 498-506.
- MITCHELL, A. M., SAKRAIDA, T. J., KIM, Y., BULLIAN, L., & CHIAPPETTA, L. (2009). Depression, anxiety and quality of life in suicide survivors: A comparison of close and distant relationships. *Archives of Psychiatric Nursing*, *23*, 2–10.
- MURPHY, S. A., JOHNSON, L. C., WU, L., FAN, J. J., & LOHAN, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Studies*, *27*, 39–61.
- NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2013). *Óbitos por lesões provocadas intencionalmente*. Retrived from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001674&contexto=bd&selTab=tab2
- NEWSON, R., BOELEN, P. A., HEK, K., HOFMAN, A., & TIEMEIER, H. (2011) The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults, *Journal of Affective Disorders*, *132*, 231–238.
- OSTERWEIS, M., SOLOMON, F., & GREEN, M. (1984). *Bereavement: Reactions, consequences, and care*. Washington: National Academy Press.
- PROVINI, C., EVERETT, J. R., & PFEFFER, C. R. (2000). Adults mourning suicide: Self-report concerns about bereavement, needs for assistance, and help seeking behavior. *Death Studies*, *24*, 1-19.
- QIN, P., AGERBO, E., & MORTENSE, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Archives of General Psychiatry*, *160*, 765-772.
- REED, M. D., & GREENWALD, J. Y. (1991). Survivor-status, attachment, and sudden death bereavement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *21*, 385-401.

- SAARINEN, P. I., HINTIKKA, J., LEHTONEN, J., LÖNNQVIST, J. K., & VIINAMÄKI, H. (2002). Mental health and social isolation among survivors ten years after a suicide in the family: A case-control Study. *Archives of Suicide Research*, *6*, 221-226.
- SANDERS, C. M. (1982-1983). Effects of sudden vs. chronic illness death on bereavement outcome. *Omega*, *13*, 227-241.
- SARAIVA, C. B. (2010). Suicídio: De Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, *31*, 185-205.
- SÉGUIN, M., LESAGE, A., & KIELY, M. C. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: A comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *25*, 489-498.
- SHNEIDMAN, E. S. (1973). *Deaths of man*. New York: Quadrangle.
- STROEBE, M. S., FOLKMAN, S., HANSSON, R. O., & SCHUT, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, *63*, 2440-2451.
- SVEEN, C. A., & WALBY, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*, 13-29.
- TOMARKEN, A., HOLLAND, J., SCHACHTER, S., VANDERWERKEN, L., ZUCKERMAN, E., NELSON, C., ET AL. (2008). Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psycho-oncology*, *17*, 105-111.
- TSUCHIYA, K., AGERBO, E., & MORTENSEN, P. (2005). Parental death and bipolar disorder: A robust association was found in early maternal suicide. *Journal of Affective Disorders*, *86*, 151-159.
- WATSON, S. (1991). *The grief process of suicide survivors: A study on the effectiveness of psychotherapy and support group intentions*. Unpublished doctoral dissertation, Northwestern University, Evanston, IL.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *WHO Suicide prevention (SUPRE)*. Retrived from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.htm
- ZHANG, J., TONG, H. Q., & ZHOU, L. (2005). The effect of bereavement due to suicide on survivors' depression: A study of Chinese samples. *Omega*, *51*, 217-227.

7. SUPPLEMENTAL MATERIALS

Table 1. *Sociodemographic and suicide related variables*

<i>Variables</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Mean (SD)</i>
Age				52.6 (18.9)
Education				7.0 (5.5)
Gender	<i>Male</i>	31	33.3%	
	<i>Female</i>	62	62.47%	
Marital status	<i>Married or living together</i>	55	59.1%	
	<i>Not married</i>	38	40.9%	
Spouse of the deceased	<i>Yes</i>	12	12.9%	
	<i>No</i>	81	87.1%	
Time elapsed since the suicide	<i>Less than 3 years</i>	20	21.5%	
	<i>More than 3 years</i>	73	78.5%	
Survivor coping strategies	<i>Yes</i>	75	80.6%	
	<i>No</i>	18	19.4%	
Recourse to professional help	<i>Yes</i>	27	29.0%	
	<i>No</i>	66	71.0%	
Family history of suicide	<i>Yes</i>	39	41.9%	
	<i>No</i>	54	58.1%	
Age of deceased				53.2 (20.0)
Suicide method	<i>Hanging</i>	57	61.3%	
	<i>Other</i>	36	38.7%	
Previous suicide attempts by the deceased	<i>Yes</i>	25	26.9%	
	<i>No</i>	68	73.1%	

Table 2. Results of Forward Regression Analysis: Final models

Predictor	<i>B</i>	β	<i>t</i>	* <i>p</i> <	<i>d</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	* <i>p</i> <
General distress						.65	.42	10.55	.001
<i>Age</i>	.013	.394	4.624	.000	0.99				
<i>Previous attempts</i>	.300	.215	2.546	.013	0.55				
<i>Spouse</i>	.547	.296	3.463	.001	0.74				
<i>Coping strategies</i>	-.493	-.314	-3.675	.000	0.79				
<i>Age of deceased</i>	-.006	-.181	-2.154	.034	0.46				
<i>Gender</i>	.227	.173	2.029	.046	0.44				
Depression						.53	.28	6.65	.001
<i>Previous attempts</i>	.591	.227	2.438	.017	0.52				
<i>Age</i>	.021	.341	3.662	.000	0.78				
<i>Coping strategies</i>	-.919	-.315	-3.245	.002	0.69				
<i>Professional help</i>	.530	.209	2.175	.032	0.46				
<i>Gender</i>	.480	.196	2.080	.041	0.44				
Anxiety						.53	.28	8.53	.001
<i>Coping strategies</i>	-.832	-.386	-4.134	.000	0.88				
<i>Gender</i>	.547	.303	3.260	.002	0.69				
<i>Age</i>	.011	.253	2.744	.007	0.58				
<i>Age of deceased</i>	-.009	-.201	-2.197	.031	0.47				

Note: Age= Age of the survivor; Previous attempts = Previous suicide attempts by the deceased; Spouse= Being the spouse of the deceased; Coping= Coping strategies used by the survivor; Gender= Gender of the survivor; Professional help= The survivor has benefitted from professional help.

N = 93; *(two-tailed)

CAPÍTULO III

SUICIDAL IDEATION AND DISTRESS IN FAMILY MEMBERS BEREAVED BY SUICIDE IN PORTUGAL

Este artigo foi submetido e aceite para publicação na revista *Death Studies*:

Santos, S., Campos, R. C., & Tavares, S. (In press.) Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death Studies*.

SUICIDAL IDEATION AND DISTRESS IN FAMILY MEMBERS BEREAVED BY SUICIDE IN PORTUGAL

1. ABSTRACT

The present study assessed the impact of suicide and distress on suicidal ideation in a sample of 93 Portuguese family members bereaved by suicide. A control community sample of 102 adults also participated. After controlling for educational level, those bereaved by the suicide of a family member were found to have higher levels of suicidal ideation. Forty-two percent of family members had Suicide Ideation Questionnaire scores at or above the cutoff point. General distress, depression, anxiety and hostility related to suicidal ideation, while time since suicide also interacted with general distress and depression in predicting suicidal ideation.

Keywords: family members bereaved by suicide, suicidal ideation, distress.

2. INTRODUCTION

Exposure to suicide carries with it a number of adverse consequences (e. g., complicated grief, distress, depression, anxiety, post-traumatic stress disorders) with the increased likelihood for one's own suicide, being, perhaps, the most disturbing (Jordan & McIntosh, 2011a). In fact, several worldwide studies have reported that losing someone close to you to suicide increases the risk for both suicidal ideation and behaviour. Crosby and Sacks (2002) reported that Americans who knew someone who had died by suicide in the previous year were more likely to report suicidal ideation and suicide plans and attempts. Hedstrom, Liu and Nordvik (2008) found that Swedish men who were exposed to a suicide in their family or at the workplace were more likely to die by suicide. Rostila, Saarela and Kawachi (2013) also found an increased risk of mortality by suicide among Swedish people who had experienced the death of a sibling by suicide.

In Denmark, a series of studies based on national health records illustrated a strong association between a family history of suicide and current suicide (Agerbo, Nordentoft, & Mortensen, 2002; Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003). De Leo and Heller (2008), using data from large-scale studies conducted in Australia and in several European countries, found that exposure to suicide increases the risk for suicide behaviour and death by suicide, particularly in young people. Cerel and Roberts (2005) concluded that adolescents who have been exposed to family member suicide attempts and deaths are likely to engage in risk behaviours, to experience suicidal ideation and to attempt to kill themselves. Research conducted with Micronesia citizens indicates that familiarity with suicide leads to an acceptance of the act by peers, who become prone to reproduce it (Rubinstein, 1983). In addition, several other studies (e.g., Agerbo et al., 2002; Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000; Kim et al., 2003; Kuramoto, Stuart, Runenson, Lichtenstein, Långström, & Wilcox, 2010; Qin, Agerbo & Mortensen, 2002; Runeson & Asberg, 2003) have demonstrated that *suicide survivors* (suicide bereaved individuals) - "someone who experiences a high level of self-perceived psychological, physical, and/or social distress for a considerable length of time after exposure to the suicide of another person" (Jordan & McIntosh, 2011a, p. 7), often exhibit a higher risk for suicide than the general population.

Several researchers (e.g., Andriessen & Krysincka 2012; McIntosh & Jordan, 2011) have called for cross cultural research of the impact of suicide in terms of distress and risk in several specific subgroups of individuals bereaved by suicide based on categories such as family members bereaved by suicide. This is important because the way suicide is

perceived socially and its consequences vary cross-culturally (Kaslow, Samples, Rhodes, & Gantt, 2011). In Portugal, to the best of our knowledge, no study has examined the impact of suicide on suicide risk of individuals bereaved by suicide, namely regarding the variables that might be related to suicidal ideation and risk, such as distress. Suicidal ideation is considered a key indicator of suicide risk (Ash, 2006; Bolognini, Plancherel, Laget, & Halfon, 2003; Bonner & Rich, 1987; Joiner et al., 2005; Linehan, 1981). Thus, identifying factors potentially contributing to suicidal ideation in family members bereaved by suicide is critical for the reduction and prevention of suicide thoughts and the transition from ideation to suicide (Kessler, Borges, & Walters, 1999; Mann et al., 2005).

In suicide bereaved samples, mental illness has been found to relate to suicide risk (e.g., Agerbo, Mortensen, Eriksson, Qin, & Westergaard-Nielsen, 2001; Agerbo et al., 2002; Fleischmann, Bertolote, Belfer, & Beautrais, 2005), and complicated grief and depression to increase the likelihood of suicidal ideation (Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer, 2005). However, the literature is scarce regarding the influence of other variables, namely other distress variables (e.g. anxiety) in suicidal ideation of individuals bereaved by suicide.

In clinical and non clinical populations, extreme psychological distress has been considered a major risk factor for suicidal ideation (Rosenfeld, Breitbart, Krivo et al., 2000) and psychological distress has been shown to make a large contribution to suicide behaviour (e.g., Hirsch, Webb, & Jeglic, 2011; Kim et al., 2003; Lamis, Malone, Langhinrichsen-Rohling, & Elis, 2010; Martin, 1997; Overholser, Freheit, & DiFilippo, 1997; Youssef et al., 2004; Zayas, Hausmann-Stabile, & Kuhlberg, 2011). In the general population, suicidal ideation is related with psychiatric illness and depressive mood (Bae, Lee, Cho, Kim, Im, & Cho, 2013) and several empirical studies linked depression, anxiety and hostility with suicidal ideation (e.g., Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013; Goldblatt, 2008; Lamis et al., 2010; Nepon, Belik, Bolton, & Sareen, 2010; Youssef et al., 2004).

Additionally, demographic variables can provide a preliminary if crude assessment of suicide risk (Overholser, Braden, & Dieter, 2012). Being unmarried or a man is often believed to be related with suicide risk (e. g., McIntosh, Santos, Hubbard, & Overholser, 1994; Overholser et al., 2012; Qin et al., 2003). Being elderly has also been associated with suicide (Beautrais, 2001; Kposowa, 2001) as has being widowed (Borges et al., 2006), separated or divorced (Kposowa, 2001). It has also been reported that unemployment is a risk factor for suicide (Marmot, 2013; Mortensen, Agerbo, Erikson, Qin, & Westergaard-Nielsen, 2000; Koskinen et al., 2002; Platt, & Hawton, 2000; Qin et

al., 2003) and that financial problems, which may be related to unemployment and low educational level, are mentioned by persons who have attempted suicide (Hall et al., 1999). Additionally, the literature mentions that family members bereaved by suicide, namely spouses, present high levels of depression (Kessing, Agerbo, & Mortensen, 2003; Li & Zhang, 2010; Zhang et al., 2005), that the suicide of a younger relative may be associated with higher levels of distress (Séguin, Lesage, & Kiely, 1995), and that time elapsed since suicide predicts the presence of mental disorders (Saarinen, Hintikka, Lehtinen, Lönnqvist, & Viinamäki, 2002) and complicated grief (Newson et al., 2011; Piper, Ogrodniczuk, Azim, & Weideman, 2001) in suicide individuals bereaved by suicide, which can, in turn, be associated with suicide risk. Feigelman, Jordan and Gorman (2008-2009) reported that a period of 3 to 5 years since the death usually marks the turning point leading to a decrease in grief pain, whilst Murphy, Johnson, Wu, Fan and Lohan (2003) found that 3 to 4 years is the turning point in the acceptance of loss.

2.1. Aim of the study

Despite the negative consequences of being confronted with a suicide in the family, individuals bereaved by suicide, namely individuals who lived with the deceased prior to the suicide, have received less attention in suicidology literature than other issues (Jordan & McMenemy, 2004; Jordan & McIntosh, 2011b). In Portugal, to the best of our knowledge, no other study has examined the impact of suicide on well being and suicide risk of individuals bereaved by suicide. Additionally, literature is scarce regarding the variables that might be related with suicidal ideation in individuals bereaved by suicide, namely distress variables, despite the fact that these variables have been studied in other populations.

The present paper aims to assess suicidal ideation and its relationship to distress in Portuguese family members bereaved by suicide (household survivors) from the Alentejo, the Portuguese region with the highest rate of suicide in Portugal (National Institute of Statistics, 2013). A sample of family members bereaved by suicide was compared with a community control sample regarding suicidal ideation, and the impact of distress (general distress, depression, anxiety and hostility) on suicidal ideation was tested within the sample of family members bereaved by suicide, controlling for the effect of a pool of sociodemographic and suicide related variables deemed important by previous literature.

We expected suicidal ideation to be stronger among family members bereaved by suicide relatively than in the community controls and distress to be related with suicidal

ideation in family members bereaved by suicide, upon control for relevant sociodemographic and suicide related variables.

3. METHOD

3.1. Samples and Procedures

Two samples participated in this study. An initial convenience sample of 120 family members bereaved by suicide (individuals who lived with the deceased prior to the suicide) living in the Alentejo Central region, in Portugal, was invited to participate. Twenty-seven people declined to participate resulting in a final sample of 93, comprising 62 (66.7%) female participants and 31 (33.3%) male participants; they ranged in age from 17 to 89 years ($M=52.6$; $SD=18.9$) and had a mean educational level of 7.0 years ($SD= 5.5$) (see Table 1). The final sample of 93 bereaved participants and the group of 27 who declined to participate did not differ regarding the number of male and female individuals.

The second sample was a convenience control community sample. The initial community sample comprised 120 participants but 18 preferred not to respond to the proposed measures, resulting in a final sample of 102 participants, also residing in the Alentejo, Central region, which was 73 (71.4%) female and 29 (28.4%) male and ranged from 25 to 90 years of age ($M=48.6$; $SD=15.9$), with a mean educational level of 11.45 years ($SD= 5.8$) (see Table 2).

The samples did not differ significantly regarding sociodemographic variables except for educational level ($t_{(192)}= 5.5$, $p < .001$). Community participants ($M= 11.5$, $SD= 5.8$) had a significantly higher number of years of formal education than the family members bereaved by suicide ($M= 7.0$, $SD= 5.5$). Educational level was controlled when both groups were compared.

Participants were recruited in several community services such as Private Institutions of Social Solidarity (e. g., religious community centers; programmes for health education in the community; food providing programs in the community) and city government services. Community participants were also recruited in public places like churches or shops. Each potential participant was personally contacted by the first author and asked to take part in a study about the impact of suicide on the family. Potential bereaved participants were recruited by a "word of mouth" method. Potential community control participants were asked in the initial contact if they had already been exposed to a suicide of another person. If they responded affirmatively they were not accepted for participation

(data collection). Participants gave written informed consent and were given the opportunity to discontinue their participation at any time. None of the participants chose to do so. Data were collected in individual sessions and met all the recommended ethical guidelines of the Portuguese Psychologists Board. Participants were neither paid nor compensated for their participation. When the participant had a low educational level or difficulties reading, items and questions were presented orally. Sessions took an average time of 27 minutes and were conducted by the first author. All potential risk cases were referred to the Department of Psychiatry of Évora Hospital. Data collection took approximately 12 months.

3.2. Measures

Sociodemographic questionnaire. Participants completed a questionnaire with sociodemographic and suicide related information. Information gathered pertained to: *age, education, gender, marital status, employment status (working), kinship, time since the suicide (more or less than 3 years), recourse to professional assistance (the bereaved individual seek the assistance of a doctor or a psychologist following the suicide)* and *age of deceased* (see Table 1). The community sample did not receive the suicide related questions.

Suicide Ideation Questionnaire. Suicidal ideation was assessed with the Suicide Ideation Questionnaire, a 30 item self-report measure (SIQ; Reynolds, 1988). Items are scored in a 6 point Likert scale ranging from 0 - I have never had this thought - to 6 - Almost every day, regarding suicidal ideation in the previous month. The psychometric properties of the SIQ are adequate and are available in the manual. A cutoff point of 41 was established (see Reynolds, 1988). The SIQ was adapted to Portuguese population by Ferreira and Castela (1999). The alpha for the Portuguese version (Ferreira & Castela, 1999) was .96. In the present study, alpha was .97.

Brief Symptom Inventory. General distress, depression, anxiety and hostility were assessed with the Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993), a 53-item self-report inventory using a Likert scale ranging from 0 (not at all) to 4 (extremely). It assesses nine psychopathology dimensions: somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism. It also produces three global indices, the global severity index (GSI), the positive symptom total (PST), and the positive symptom distress index (PSDI), which were developed to provide overall assessments of psychopathology or distress. We used

only the depression, anxiety and hostility scales, and the PSDI to assess general distress. PSDI was calculated by dividing the sum of all item values by the positive symptom total. Item 9, which assesses suicidal ideation, was removed from the computation of depression scale and the PSDI. The psychometric properties of the BSI are adequate and are available in the manual (Derogatis, 1993). The BSI was adapted for the Portuguese population by Canavarro (2007). In the Portuguese version a score ≥ 1.7 in the PSDI suggests emotional disturbance. Cronbach alphas for the Portuguese version (Canavarro, 2007) ranged between .62 and .80 for the nine symptom scales. In the present study, alpha values were .91 for the depression scale, .84 for the anxiety scale and .75 for the hostility scale.

3.3. Data Analysis

We first compared family members bereaved by suicide and community controls regarding the number of cases scoring above the cut-off point in the SIQ using a χ^2 test. We also compared both samples regarding suicidal ideation using a t test, and while controlling for educational level, using a partial correlation.

Second, we related distress and suicidal ideation amongst the family members bereaved by suicide. The percentage of at risk individuals bereaved by suicide (with a SIQ score equal to or above the cutoff point) who also scored a significant level of PSDI general distress (≥ 1.7 , the criterion adopted by Canavarro (2007) for the Portuguese version of the BSI) was calculated. A χ^2 test then was used to compare the high and low risk individuals bereaved by suicide in regards to the number of cases scoring significantly for general distress.

We then explored the associations between scores on distress: general distress, depression, anxiety and hostility and scores on suicidal ideation, controlling for potentially significant sociodemographic variables. The correlations between distress, as assessed by the BSI scales, and PSDI and suicidal ideation, as assessed by the Suicide Ideation Questionnaire, were calculated to identify the significant univariate zero-order associations (see Table 3). Possible associations between a pool of 9 relevant sociodemographic and suicide related variables and suicidal ideation were also tested. Variables were: *age, education, gender, marital status, employment status (working or not working), spouse of the deceased, time since the suicide (more or less than 3 years), recourse to professional assistance (consulting with a doctor or a psychologist following the suicide) and age of deceased*. We also compared male and female bereaved participants regarding distress and suicidal ideation.

Because univariate zero-order correlations do not allow control for the effect of significant sociodemographic variables in the relation between distress and suicidal ideation and testing for a potential contribution of interactions between distress and sociodemographic variables, the multivariate technique of hierarchical multiple linear regression analysis was used. Significant sociodemographic variables were entered in a first step; each of the distress variables were entered in a second step and the interactions of each of the sociodemographic variables with each distress variable were entered in a third step. Variables were standardized prior to the computation of the product terms.

We examined the normality of residuals using the Kolmogorov-Smirnov Z test (K-S test). The results indicated that the distributions of residuals from the four regression analyses were relatively normal (p values $> .05$). Homoscedasticity was confirmed using the White test. We also examined multicollinearity between variables. Eigenvalues of the cross-products matrix, condition indexes along with variance inflation factors (VIF) and tolerances from multicollinearity analyses indicated the absence of any multicollinearity.

4. RESULTS

4.1. Suicidal ideation in individuals bereaved by suicide and controls

Forty-two per cent of family members bereaved by suicide scored at or above the cutoff point in the SIQ, compared to just 5% of the community sample participants. The number of participants in either group scoring at or above the cut off point in the Suicide Ideation Questionnaire was significantly different ($\chi^2 = 38.18, p < .001$). The bereavement group received a mean Suicide Ideation Questionnaire score ($M = 42.53, SD = 41.68$) significantly higher ($t_{(192)} = 6.33, p < .0001$) than that of the community group ($M = 14.0, SD = 17.46$). The partial correlation between group (family members bereaved by suicide coded as 1 versus community participants coded as -1) and suicidal ideation, controlling for educational level, was significant ($\beta = .39, p < .001$).

4.2. Suicidal ideation and distress in individuals bereaved by suicide: Univariate and bivariate analysis

Ninety percent of at risk individuals bereaved by suicide (scoring at or above the cut off point in the SIQ) also had high levels of distress, according to the criteria adopted by Canavarro (2007) for the Portuguese version of the BSI. Comparing the number of

bereaved family members at risk for high distress with those not at risk, a significant difference was obtained ($\chi^2 = 19.49, p < .001$).

As can be seen in Table 3, the four distress variables tested correlated with suicidal ideation. A series of correlations also indicated significant association between age and suicidal ideation ($r = .29, p < .01$) and time elapsed since the suicide and suicidal ideation ($r = .26, p < .05$). Accordingly, subsequent analysis controlled for age and time since the suicide. Male and female participants did not significantly differ regarding general distress ($t_{(91)} = 1.74, ns$), depression ($t_{(91)} = 1.95, ns$), anxiety ($t_{(91)} = .85, ns$), hostility ($t_{(91)} = 1.47, ns$) and suicidal ideation ($t_{(91)} = .31, ns$).

4.3. Suicidal ideation and distress in individuals bereaved by suicide: Multivariate analysis

The results of the multivariate hierarchical multiple regression analyses are summarized in Table 4. In Step 1 we found that age ($\beta = .25, p < .05$) and time since suicide ($\beta = -.21, p < .05$) were associated with suicidal ideation. In Step 2, general distress ($\beta = .73, p < .001$), depression ($\beta = .73, p < .001$), anxiety ($\beta = .65, p < .001$) and hostility ($\beta = .59, p < .001$) were also associated with suicidal ideation. Finally in Step 3, time since the suicide X General distress ($\beta = .22, p < .005$) and time since the suicide X depression ($\beta = .18, p < .01$) were also significant. Figures 1A and 1B illustrate the significant interactions. As can be seen in Figures 1A and 1B, levels of general distress and depression are significantly associated with suicidal ideation scores as a function of time since the suicide, with significantly stronger associations as time since the loss grows long (more than three years).

5. DISCUSSION

The present study aimed to assess suicidal ideation and its relation to general distress, depression, anxiety and hostility, in Portuguese family members bereaved by suicide. A community control sample was compared to one of family members bereaved by suicide and, after controlling for significant sociodemographic variables, the relation between distress and suicidal ideation was tested in the bereavement group.

Our findings showed that forty-two per cent of the Portuguese family members bereaved by suicide are at risk compared to just 5% of the community participants, which is a statistically significant and clinically substantial difference. Controlling for educational

level, the samples differed significantly regarding suicidal ideation. These results are consistent with the literature (e.g., Agerbo et al., 2002; Cheng et al., 2000; Kim et al., 2005; Kuramoto et al., 2010; Qin et al., 2002; Runeson & Asberg, 2003), which reports that individuals bereaved by suicide often exhibit an increased risk for suicide compared to the general population.

According to results, almost every family member bereaved by suicide who was at risk for suicide had high levels of distress. In fact, individuals bereaved by suicide have been characterized as a significantly distressed population with a high and persistent degree of psychological symptoms (Jordan, Feigelman, McMenemy, & Mitchell, 2011) and high rates of psychiatric disorders (Calhoun & Allen, 1991; Kessing et al., 2003; Mitchell, Sakranda, Kim, Bullian, & Chiappetta, 2009; Tsuchiya, Agerbo & Mortensen, 2005). The results raise the urgent need for postvention in Portugal. Postvention refers to “those activities developed by, with or for individuals bereaved by suicide, in order to facilitate recovery after suicide and to prevent adverse outcomes including suicidal behaviours” (Andriessen, 2009, p. 43). Unfortunately, the Portuguese National Suicide Prevention Plan has just begun implementation, and postvention is not yet a common clinical practice. In contrast, during recent decades, a number of countries, including the USA, the UK, Ireland, New Zealand, Australia, Sweden, Norway and Flemish Belgium have developed and implemented comprehensive suicide prevention programs and policies that encompass postvention strategies (Andriessen & Krysinska, 2012).

According to our results the four distress variables tested are related to suicidal ideation. This relationship has been observed in other clinical populations (e.g., Campos et al., 2012, 2013; Goldblatt, 2008; Lamis, et al., 2010; Nepon et al., 2010; Youssef et al., 2004) and in individuals bereaved by suicide, with other reports confirming that complicated grief and depression are related to suicidal ideation (Mitchell et al., 2005). Our findings reaffirm the need to intervene with individuals bereaved by suicide, in order to reduce distress as well as suicidal ideation and risk. It is of great importance that individuals bereaved by suicide who are traumatized and feel distressed and unable to actively access public health services can benefit from an *active postvention model* (Campbell, Cataldie, McIntosh & Millet, 2004) capable of proactively reaching new individuals bereaved by suicide and enabling them to access the services they need, when they need them. In fact, it is essential that postvention allow for "multiple points of access to multiple types of services" (Jordan et al., 2011, p. 129).

Our results demonstrate that age and time since the suicide are related to suicidal ideation. In fact, advanced age has been related to an increased risk of suicide (Beautrais, 2001; Kposowa, 2001). Furthermore, whilst some studies have suggested a decrease in the trauma of suicide over time (Li & Zhang, 2010), others have pointed out that time since suicide is predictive of the presence of complicated grief (Newson et al., 2011; Piper, et al., 2001) and mental disorders (Saarinen et al., 2002) in individuals bereaved by suicide, which, in turn, may contribute to suicidal ideation (Mitchell et al., 2005). Some clinicians describe cases of individuals bereaved by suicide who are emotionally disturbed as long as 70 years after the event (e.g. Archibald, 2011).

We also observed that levels of general distress and depression are significantly associated with suicidal ideation as a function of time elapsed since the suicide, with significantly stronger associations with longer periods of time. This suggests that the relationship between distress and depression with suicidal ideation is stronger over time than it is at the three-years mark. As time passes, distress may increase individuals' thoughts about death, thoughts that may be hypothetically associated with fantasies or a wish to reencounter the deceased loved one. They may, in fact, be a way to cope with suffering that persists, at least in part, due to an inability to elaborate loss. In other words, thinking about death may be thinking of a way to be reunited with the deceased. Grinberg (2000) describes several suicidal attitudes, one of which is identification with a loved one who has died by suicide. From our clinical practice, we can recall cases of older family members bereaved by suicide who, after the event, began to say for many years, that if distress were to become overwhelming, suicide would be an effective solution, so that "I would finally meet him [or her]". This finding may also relate to the stigma around suicide and individuals bereaved by suicide, described in the literature (e.g., Feigelman, Gorman, & Jordan, 2009; Jordan & McIntosh, 2011c). Individuals bereaved by suicide may withdraw from potentially supportive interactions with others, because of their belief that they will be negatively judged (Jordan et al., 2011). This can result in isolation, leading to distress and depression. The literature (e. g. Feigelman et al, 2009) shows that stigmatization interferes with suicide mourning and that these difficulties may place individuals bereaved by suicide at a greater risk for depression and suicidal ideation. Again, our results point to the need for postvention, even long after the suicide, and recall Shneidman's words (1969, p. 22): "A benign community ought routinely to provide postventive mental health care for the survivor victims of suicidal deaths."

5.1. Limitations and Conclusions

The present study has some limitations. The sample is heterogeneous, namely regarding age, and is not representative of Portuguese family members bereaved by suicide, since it is relatively small and was collected in just one Portuguese region. Other limitations are the cross sectional nature of the study and that time since suicide was not measured as a continuous variable. The quality of relationships beyond kinship relation was not assessed, which is another limitation. It is also possible that other variables in addition to distress are responsible for suicidal ideation, and that family members bereaved by suicide already experienced suicidal ideation before the suicide or that they were responding to other important issues that happened in the intervening years. Whatever the explanation, family members bereaved by suicide present a significantly higher level of suicidal ideation than the community controls. Future studies should address these issues in longitudinal designs with larger and more representative samples.

Despite these limitations, our results carry clinical implications because they confirm that family members bereaved by suicide are an at risk population that reports high levels of suicidal ideation. These results remind us of the urgent need for postvention programs. Our findings also provide clinical indications for intervention with family members bereaved by suicide, particularly because they demonstrate that distress, depression, anxiety and hostility are related with suicidal ideation. These factors should be the focus of intervention. Finally, our results are also important because they alert to the fact that time since suicide is a major risk factor, and hence there is a need for postvention that extends to those whose relatives' suicides are long past.

6. REFERENCES

- Agerbo, E., Mortensen, P. B., Eriksson, T., Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N. (2001). Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: Nested case-control study. *British Medical Journal*, *322*, 334-335.
- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortense, P. B. (2002). Familial, psychiatric and socioeconomics risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *British Medical Journal*, *325*, 74-77.
- Aguirre, R. T. P., & Slater, H. (2010). Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. *Death Studies*, *34*, 529–540.
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *30*, 43-47.
- Andriessen, K., & Krysiniska, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9*, 24-32.
- Archibald, L.-R. (2011). HEARTBEAT Survivors after suicide, inc. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 349-356). New York: Routledge.
- Ash, P. (2006). Children and Adolescents. In Simon, R. I., & Hales, R. E (Eds), *Textbook of suicide assessment and management* (pp. 35-55). Washington, DC: The American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bae, S. M., Lee, Y. J., Cho, I. H., Kim, S. J., Im, J. S., & Cho, S. J. (2013). Risk factors for suicidal ideation of the general population. *Journal of Korean Medical Sciences*. *28*, 602-607.
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological Medicine*, *31*, 837-845.
- Beautrais, A. L., et al. (2005). *Suicide prevention: A review of evidence of risk and protective factors and points of effective intervention*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., & Halfon, O. (2003). Adolescent's suicide attempts: Populations at risk, vulnerability and substance use. *Substance Use and Misuse*, *38*, 1651–1669.

- Bonner, R., & Rich, A. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior some preliminary data on college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17*, 50-63.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A., & Kessler, R. C. (2006). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of Affective Disorders, 105*, 25–33.
- Calhoun, L. G., & Allen, B. G. (1991). Social reactions to the survivor of a suicide in the family: A review of the literature. *Omega: Journal of Death and Dying, 23*, 95-108.
- Campbell, F. R., Cataldie, L., McIntosh, J., & Millet, K. (2004). An active postvention program. *Crisis: The Journal Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25*, 30-32.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2012). Distress mediates the association between personality predispositions and suicidality: A preliminary study in a Portuguese community sample. *Archives of Suicide Research, 16*, 1-16
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research, 17*, 58-74.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos efectuados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. (vol. 3) (pp. 305–330). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Cerel, J., & Roberts, T. (2005). Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *Journal Adolescent Health, 36*, 9-16.
- Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry, 177*, 360-365.
- Crosby, A. E., & Sacks, J. J. (2002). Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behaviour: United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*, 321-328.
- de Leo, D., & Heller, T. (2008). Social modeling in the transmission of suicidality. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 29*, 11-19.

- Derogatis, L. (1993). *Administration, scoring, and procedures for the brief symptom inventory* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Feigelman, W., Jordan, J. R., & Gorman, B. S. (2008-2009). How they died, time since loss, and bereaved outcomes. *Omega*, 58, 251-273
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33, 591-608.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.). *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 676-683.
- Goldblatt, M. J. (2008). Hostility and suicide: The experience of aggression from within and without. In S. Briggs, A. Lemma, & W. Crouch (Eds.), *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention* (pp. 95–108). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Hedstrom, P., Liu, K.-Y., & Nordvik, M. K. (2008). Interaction domains and suicide: A population-based panel study of suicide in Stockholm, 1991-1999. *Social Forces*, 87, 713-740.
- Hirsch, J. K., Webb, J. R., & Jeglic, E. L. (2011). Forgiveness, depression and suicidal behaviour among a diverse sample of college students. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 896–906.
- Joiner, T. et al. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when ‘everything but the kitchen sink’ is covaried. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 291-303.
- Jordan, J. R., Feigelman, W., McMenamy, J., & Mitchell, A. M. (2011). Research on the needs of survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 115-131). New York: Routledge.
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011a). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 3-17). New York: Routledge.

- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011b). Introduction. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. xxvii-xxx). New York: Routledge.
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011c). Is suicide bereavement different? A framework for rethinking the question. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 19-42). New York: Routledge.
- Jordan, J., & McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-threatening Behavior, 34*, 337-349.
- Kaslow, N. J., Samples, T. C., Rhodes, M., & Gantt, S. (2011). A family-oriented and culturally sensitive postvention approach with suicide survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 301-323). New York: Routledge.
- Kessing, L., Agerbo, E., & Mortensen, P. (2003). Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? *Psychological Medicine, 33*, 1177-1184.
- Kessler, R.C., Borges, G., Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 56*, 617-625.
- Kim, C. et al. (2003). Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine, 33*, 1299-1309.
- Koskinen, O., Pukkila, K., Hakko, H., Tjihonen, J., Vaisanen, E., Sarkioia, T., & Rasanen, P. (2002). Is occupation relevant in suicide? *Journal of Affective Disorders, 70*, 197-203.
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology & Community Health, 54*, 254-261.
- Kuramoto, S. J., Stuart, E. A., Runenson, B., Lichtenstein, P. L., Långström, N., & Wilcox, H. C. (2010). Maternal or paternal suicide and offspring's psychiatric and suicide-attempt hospitalization risk. *Pediatrics, 126*, 1026-1032.
- Lamis, D. A., Malone, P. S., Langhinrichsen-Rohling, J., & Elis, T. E. (2010). Body investment, depression, and alcohol use as risk factors for suicide proneness in college students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 31*, 118-127.

- Li, N., & Zhang, J. (2010). Influencing factors for depression among Chinese suicide survivors. *Psychiatry Research, 178*, 97–100.
- Linehan, M. (1981). A social behavioral analysis of suicide and parasuicide: Implications for clinical assessment and treatment. In J. F. Clarkin & H. Glazer (Eds.), *Depression: Behavioral and directing treatment strategies*. New York: Garland Press.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., et al. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *The Journal of the American Medical Association, 294*, 2064–2074.
- Marmot, M. G. (2013). Social determinants of mental health. Presentation at the *International Forum on Innovation in Mental Health*, Lisbon, 3rd and 4th October.
- Martin, K. M. (1997). *Attachment style, depression and loneliness in adolescent suicide attempters*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol. 57(9-B).
- McIntosh, J. L., & Jordan, J. R. (2011). Going forward: A research agenda for suicide survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 507-522). New York: Routledge.
- McIntosh, J. L., Santos, J. F., Hubbard, R. W., & Overholser, J. C. (1994). *Elder suicide: Research, theory and treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Mitchell, A. M., Yookyung Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer, M. K. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*, 498-505.
- Mitchell, A. M., Sakraida, T. J., Kim, Y., Bullian, L., & Chiappetta, L. (2009). Depression, anxiety and quality of life in suicide survivors: A comparison of close and distant relationships. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 2–10.
- Mortensen, P. B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N., (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *The Lancet, 355*, 9–12.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Wu, L., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Studies, 27*, 39-61.

- National Institute of Statistics (2013). *Óbitos por lesões provocadas intencionalmente*.
Retrieved from [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE
&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod0001674&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod0001674&contexto=bd&selTab=tab2)
- Nepon, J., Belik, S., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and Anxiety, 27*, 791–798.
- Newson, R., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders, 132*, 231–238.
- Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L., (2012). Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 334–348.
- Overholser, J. C., Freiheit, S. R., & DiFilippo, J. M. (1997). Emotional distress and substance abuse as risk factors for suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry, 42*, 402–408.
- Piper, W. E., Ogradniczuk, J. S., Azim, H. F., & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services, 52*, 1069–1074.
- Platt, S., & Hawton, K. (2000). Suicidal behaviour and the labour market. In K. Hawton & K. Van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 303-378). Chichester: John Wiley & Sons.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortense, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet, 360*, 1126–1130.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortense, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Archives of General Psychiatry, 160*, 765-772.
- Reynolds, W. (1988). *Suicide Ideation Questionnaire: Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Rosenfeld, B., Breitbart, W., Krivo, S., & Chochinov, H. M. (2000). Suicide, assisted suicide, and euthanasia in the terminally ill. In H. M. Chochinov & W. Breitbart (Eds.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (pp. 51-62). New York: Oxford University Press.

- Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi I. (2013). Suicide following the death of a sibling: A nationwide follow-up study from Sweden. *BMJ Open*, 3, 1-6.
- Rubinstein, D. H. (1983). Epidemic suicide among Micronesian adolescents. *Social Science and Medicine*, 17, 657-665.
- Runeson, B., & Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1525–1526
- Saarinen, P. I., Hintikka, J., Lehtonen, J., Lönnqvist, J. K., & Viinamäki, H. (2002). Mental health and social isolation among survivors ten years after a suicide in the family: A case-control Study. *Archives of Suicide Research*, 6, 221-226.
- Séguin, M., Lesage, A., & Kiely, M. C. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: A comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 489-498.
- Shneidman, E. S. (1969). Prologue: Fifty-Eight Years. In E. S. Shneidman (Eds.), *On the Nature of Suicide* (pp. 1-30). San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.
- Tsuchiya, K. Agerbo, E., & Mortensen, P. (2005). Parental death and bipolar disorder: a robust association was found in early maternal suicide. *Journal of Affective Disorders*, 86, 151-159.
- Youssef, G., Plancherel, B., Laget, J., Corcos, M., Flament, M. F., & Halfon, O. (2004). Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *European Psychiatry*, 19, 131–139.
- Zayas, L. H., Hausmann-Stabile, C., & Kuhlberg, J. (2011). Can better mother-daughter relations reduce the chance of a suicide attempt among Latinas? *Depression Research and Treatment*, 1–7.
- Zhang, J., Tong, H. Q., & Zhou, L. (2005). The effect of bereavement due to suicide on survivors' depression: A study of Chinese samples. *Omega: Journal of Death and Dying*, 51, 217-227.

7. SUPPLEMENTAL MATERIALS

Table 1. *Sociodemographic and Suicide Related Variables of the Family Members Bereaved by Suicide*

<i>Variables</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Mean (SD)</i>
Age				52.6 (18.9)
Education				7.0 (5.5)
Gender	<i>Male</i>	31	33.3%	
	<i>Female</i>	62	62.47%	
Marital status	<i>Married or living together</i>	55	59.1%	
	<i>Not married</i>	38	40.9%	
Employment status (working)	<i>Yes</i>	43	46.2%	
	<i>No</i>	50	53.8%	
Kinship	<i>Spouse</i>	12	12.9%	
	<i>Brother</i>	14	15.1%	
	<i>Children</i>	42	45.2%	
	<i>Father or Mother</i>	6	6.5%	
	<i>Grand Children</i>	10	10.8%	
	<i>Other</i>	9	9.7%	
Time since the suicide	<i>Less than 3 years</i>	20	21.5%	
	<i>More than 3 years</i>	73	78.5%	
Recourse to professional assistance	<i>Yes</i>	27	29.0%	
	<i>No</i>	66	71.0%	
Age of deceased				53.2 (20.0)

Table 2. *Sociodemographic and Suicide Related Variables of the Community Controls*

<i>Variables</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Mean (SD)</i>
Age				48.6 (15.9)
Education				11.5 (5.8)
Gender	<i>Male</i>	29	28.4%	
	<i>Female</i>	73	31.6%	
Marital status	<i>Married or living together</i>	53	52.0%	
	<i>Not married</i>	49	48.0%	
Employment status (working)	<i>Yes</i>	59	57.8%	
	<i>No</i>	43	42.2%	

Table 3. Zero-order Correlations amongst Variables Studied

Variables	1	2	3	4	5	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Suicidal Ideation</i>							
1. SIQ score	—					42.53	41.68
<i>Distress Symptoms</i>							
2. General distress	.75 *	—				1.93	0.62
3. Depression	.77 *	.87 *	—			1.61	1.16
4. Anxiety	.69 *	.77 *	.74 *	—		1.17	0.86
5. Hostility	.54 *	.58 *	.60 *	.58 *	—	1.03	0.76

Note. *N* = 93 **p* < .001, two-tailed.

Table 4. *Multivariate Hierarchical Multiple Regression of Suicidal Ideation*

Predictors		R^2	ΔR^2	B	SE B	β	t/F	Overall F	Df
	Step 1	.13					6.54 ***	6.54 ***	2,90
Age				10.34	4.20	.25	2.48 *		
Time				8.71	4.20	.21	2.08 *		
	Step 2	.57	+44%				91.95 *****	39.42 *****	1,89
General distress				30.40	3.17	.73	9.60 *****		
	Step 3	.64	+7%				7.78 ***	30.33 *****	2,87
General distress X Age				4.64	3.13	.10	1.48		
General distress X Time				8.15	2.66	.22	3.07 ***		
	Alt. Step 2	.51	+38%				112.84 *****	47.40 *****	1,89
Depression				30.32	2.85	.73	10.62 *****		
	Alt. Step 3	.54	+3%				4.11 *	32.06 *****	2,87
Depression X Age				1.23	3.08	.03	0.40		
Depression X Time				7.11	2.71	.18	2.62 **		
	Alt. Step 2	.62	+49%				69-53 *****	30.86 *****	1,89
Anxiety				26.98	3.24	.65	8.34 *****		
	Alt. Step 3	.65	+3%				2.67	20.28 *****	2,87
Anxiety X Age				1.93	3.18	.05	.61		
Anxiety X Time				6.54	3.30	.16	1.98		
	Alt. Step 2	.44	+31%				50.17 ***	23.47 *****	1,89
Hostility				24.43	3.45	.59	7.08 *****		
	Alt. Step 3	.46	+2%				1.20	14.63 *****	2,87
Hostility X Age				1.37	3.83	.03	.36		
Hostility X Time				4.96	3.54	.12	1.40		

Note. $N = 93$; ΔR^2 = increase in R^2 ; $t = t$ value associated with β ; $F = F$ value associated with the changes in R^2 .

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .005$. **** $p < .001$ (two-tailed).

Figure 1A. Interaction between general distress and time elapsed since suicide in the prediction of suicidal ideation.

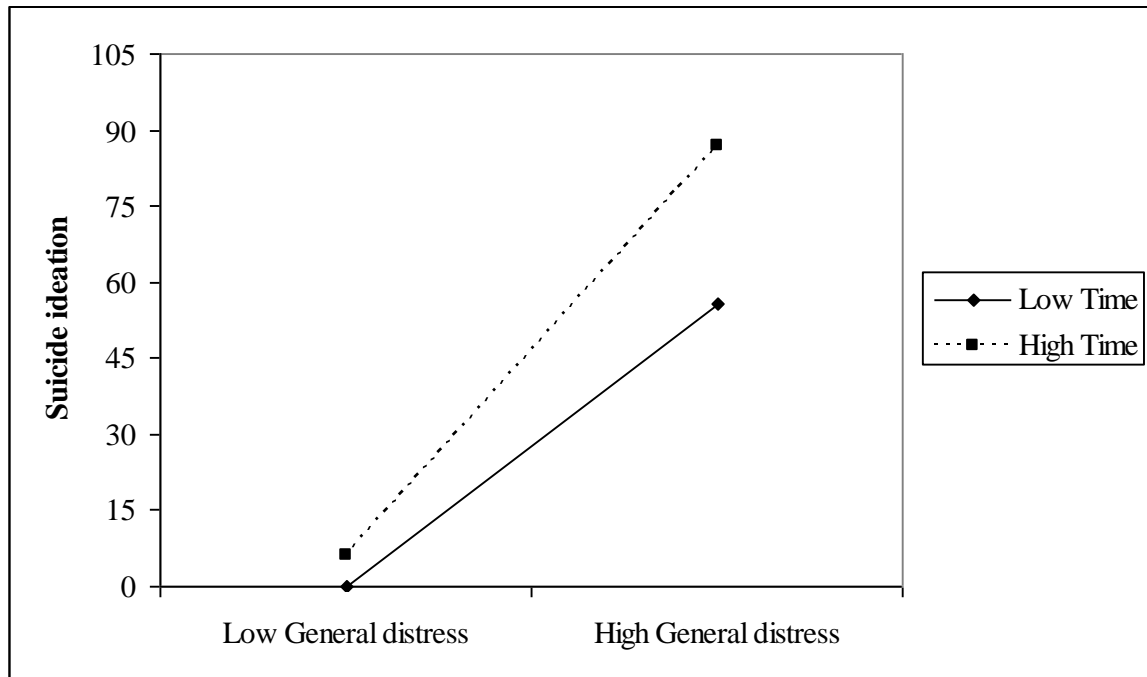
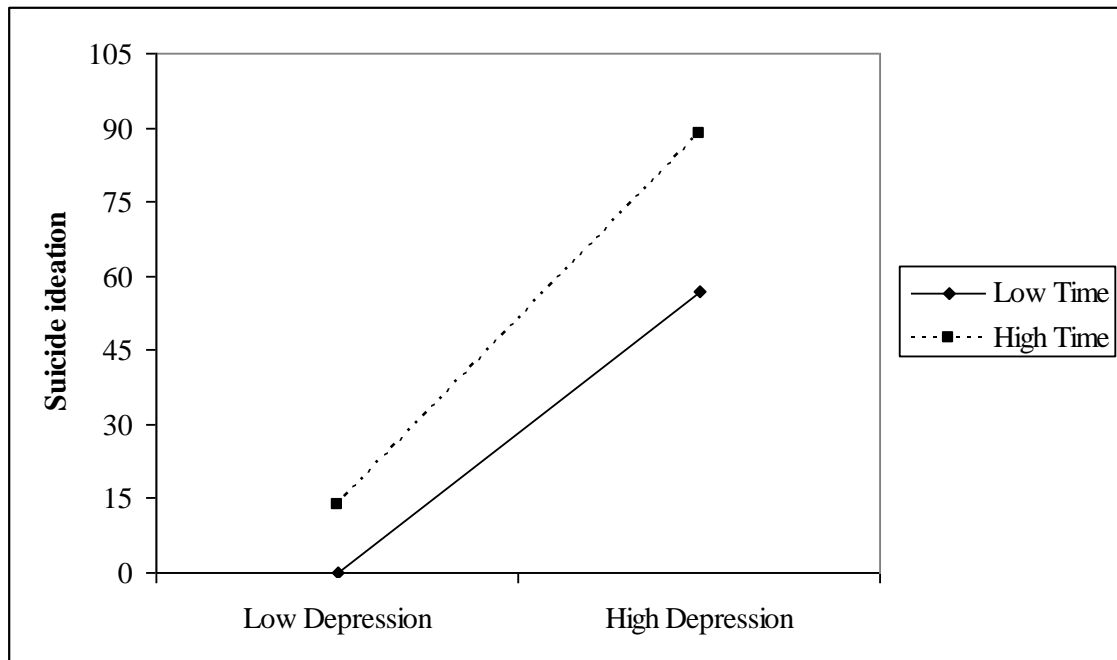


Figure 1B. Interaction between depression and time elapsed since suicide in the prediction of suicidal ideation.



DISCUSSÃO

Discussão

A benign community ought routinely to provide immediate postventive mental health care for the survivor-victims of suicidal deaths (Shneidman, 1969).

A discussão que agora se apresenta está estruturada em quatro secções. A primeira secção apresenta uma síntese dos resultados obtidos. A segunda descreve as limitações do nosso trabalho e propõe linhas de investigação futura. Na terceira secção discutimos as implicações clínicas que o presente trabalho permite elencar e terminamos com uma conclusão final.

Síntese reflexiva dos resultados

Relativamente aos resultados obtidos com este trabalho parece-nos importante realçar os seguintes aspetos:

- A literatura revista no primeiro capítulo (e.g., Brent, Moritz, Bridge, Perper, & Canobbio, 1996; Crosby & Sacks, 2002; Kessing, Agerbo, & Mortensen, 2003), indica-nos que o processo de luto por suicídio encerra vicissitudes específicas decorrentes da exposição ao fenómeno suicidário, que habitualmente colocam os sobreviventes em risco elevado de desenvolver perturbações psicopatológicas (e.g., depressão, ansiedade), ideação suicida e, conseqüentemente, a possibilidade de tentar o suicídio. Os resultados da presente investigação reforçam estas ideias, ao confirmarem que os familiares que pertenceram ao agregado de uma pessoa que se suicidou apresentam, na sequência do suicídio do ente próximo, sintomatologia psicopatológica significativa, nomeadamente *distress* geral, depressão e ansiedade, e elevada ideação suicida.

- De acordo com os resultados do primeiro estudo empírico, o *distress* geral encontra-se associado às seguintes variáveis: o familiar ter idade mais avançada, ser do sexo feminino, ser cônjuge do suicidado, não utilizar estratégias de *coping* eficientes para lidar com o suicídio, o suicidado ter uma idade jovem e ter efetuado tentativas prévias antes de consumir o suicídio. Por sua vez, tentativas prévias de suicídio, ter uma idade mais avançada, ser do sexo feminino, ausência de estratégias de *coping* eficientes,

assim como ter recebido apoio técnico por parte de um profissional de saúde, constituem-se como variáveis preditoras da depressão. Finalmente, a ausência de estratégias de *coping* eficientes, ser do sexo feminino, a idade mais avançada do familiar, assim como o suicidado ter uma idade mais jovem apresentam-se como fatores preditores da ansiedade. Estes resultados revestem-se de grande importância, na medida em que permitem identificar os sobreviventes que poderão estar a experienciar maior sofrimento (que revelam sintomatologia clínica significativa) e que, por isso, necessitam de ações de pós-venção urgentes. Os resultados vão ao encontro daquilo que tem sido referido em estudos internacionais (e.g., Brent, Melhem, Donohoe, & Walker, 2009; de Groot, de Keijser, & Neeleman, 2006; Newson, Boelen, Hek, Hofman, & Tiemeier, 2011), nos quais se verifica que diversas variáveis sociodemográficas e relacionadas com o suicídio se associam significativamente com a sintomatologia psicopatológica manifestada pelos sobreviventes.

- Os resultados do segundo estudo demonstram que os sobreviventes revelam níveis mais elevados de ideação suicida do que os indivíduos da comunidade (isto é, indivíduos sem história familiar de suicídio). Estes resultados são consonantes com a literatura (e.g., Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000; Kuramoto, Stuart, Runeson, Lichtenstein, Långström, & Wilcox, 2010; Qin, Agerbo, & Mortensen, 2002; Runeson & Asberg, 2003), que indica que os sobreviventes apresentam maior risco de suicídio do que a população geral e remetem uma vez mais para a necessidade de se promover ações de prevenção do suicídio com esta população. Esta indicação relembra e reforça a premissa deixada pelo "pioneiro" Shneidman: “postvention is prevention for...the next generation” (1972, p. x).

- Estes mesmos resultados sugerem também a existência de uma transmissão familiar do suicídio, evidenciada em estudos internacionais (e.g., de Leo & Heller, 2008) e reiterada por peritos da área, que referem que o suicídio “runs in families” (McIntosh & Jordan, 2011, p. 515). Este tipo de resultados sugere a necessidade de se realizar intervenção psicológica no âmbito das famílias onde o suicídio ocorre de forma repetida.

- Ainda de acordo com os resultados do segundo estudo empírico, a sintomatologia psicopatológica evidenciada pelos familiares dos suicidados – isto é, *distress* geral, ansiedade, depressão e hostilidade – encontra-se significativamente associada com a ideação suicida. Estes dados revelam-se importantes para a prática

clínica, na medida em que apelam à implementação de ações terapêuticas de acordo com modelos de intervenção que visem reduzir este tipo de sintomatologia.

- Os resultados obtidos mostram, ainda, que a idade dos sobreviventes e o tempo decorrido desde o suicídio se relacionam com a ideação suicida. Ou seja, a idade e o facto do suicídio ter ocorrido há mais tempo (mais de 3 anos) relacionam-se com um risco suicidário mais elevado. Para além disso, o *distress* geral e a depressão relacionam-se significativamente com a ideação suicida em função do tempo decorrido, ou seja, o impacto do *distress* geral e da depressão no risco suicidário é maior quando o suicídio ocorreu há mais de três anos. Estes resultados chamam a atenção para a necessidade de intervir junto dos sobreviventes mais velhos e cujo suicídio do familiar ocorreu há mais tempo, e podem estar relacionados com o estigma existente em torno do suicídio e com suas consequências. É sabido que este estigma não se verifica habitualmente noutro tipo de morte. Os nossos resultados alertam-nos para o facto dos sobreviventes de suicídio poderem tender a retirar-se das interações sociais – que seriam potencialmente favoráveis – pelo receio de serem negativamente julgados (Jordan, Fiegelman, McMenemy, & Mitchell, 2011). Isto pode resultar, com o passar do tempo, num maior isolamento, que conduz a um agravamento do desconforto, que por sua vez pode colocar os sobreviventes em maior risco de depressão e ideação suicida (Feigelman, Gorman, & Jordan, 2009).

Limitações e linhas futuras de investigação

O presente trabalho apresenta naturalmente diversas limitações. Em primeiro lugar, a amostra de familiares utilizada nesta investigação, além de ser relativamente reduzida, restringe-se à região do Alentejo Central não sendo representativa dos sobreviventes existentes no país, nem sequer de toda a região do Alentejo. Outra limitação diz respeito à natureza transversal da metodologia usada neste estudo.

Tendo em conta que este é o primeiro estudo realizado em Portugal com sobreviventes, e por isso, ainda pouco se conhece sobre as consequências decorrentes do suicídio de alguém próximo e significativo, consideramos imperiosa a necessidade de se realizarem estudos futuros com este tipo de população, que possam desencadear informação útil, visando o avanço da ciência, e incluindo a criação de ferramentas de intervenção capazes de promover a redução dos comportamentos suicidários.

Parece-nos importante que futuras investigações possam ser realizadas longitudinalmente, com amostras maiores e mais representativas, e que avaliem os efeitos da exposição ao suicídio em subgrupos de sobreviventes (e.g. amigos, familiares, colegas de escola ou de trabalho). Deve, também, ser estudado o impacto de outras características sociodemográficas e pessoais, como por exemplo a zona de residência e a religiosidade.

Para além de avaliar o impacto direto que o *distress* pode ter no risco suicidário nesta população, seria também interessante estudar aspetos ligados ao funcionamento interno dos sujeitos, como os traços de personalidade. A literatura tem mostrado de forma sistemática (e.g., Blatt, 1995; Campos, Besser & Blatt, 2012, 2013; Fazaá & Page, 2003) como o perfeccionismo autocrítico – uma dimensão importante do funcionamento mental – pode contribuir para a suicidalidade. Esta investigação tem evidenciado que a relação entre personalidade e risco de suicídio é mediada justamente pela psicopatologia/*distress*, nomeadamente a depressão e a ansiedade (veja-se Campos et al., 2012, 2013).

Além disto, é hoje (mais) consensualmente aceite que a compreensão das perturbações emocionais e a melhoria das práticas terapêuticas, requer que se dê voz ao *sujeito experiencial*, que se conheça o significado idiossincrático das experiências que constituem os mundos pessoais e sociais dos indivíduos, e que se faça sentido disso – ou seja, requer uma «sensibilidade qualitativa» (Smith & Osborn, 2008). Neste sentido, entendemos que seria importante conduzir estudos de natureza qualitativa com esta população, nomeadamente centrados nas narrativas dos sobreviventes sobre como experienciaram o suicídio do familiar e o processo de luto na sequência do mesmo.

Finalmente, não podemos deixar de destacar a importância de se conhecer com rigor a prevalência de sobreviventes em Portugal, pois não se pode intervir de forma eficaz num fenómeno que não se conhece efetivamente! Relativamente a este aspeto, acreditamos que o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), implementado desde 1 de Janeiro de 2014, contribuirá, tal como pretende, para contabilizar com maior precisão o número de mortes por suicídio¹ e logo de sobreviventes.

¹ Jornal Sol – 29/10/2013, obtido em http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=89283.

Implicações para a prática

Sistematizamos em seguida as implicações que o nosso trabalho pode ter do ponto de vista prático, para a prevenção do fenómeno suicidário em Portugal, especificamente ao nível da implementação de programas de pósvenção:

- Os familiares que pertenceram ao agregado familiar de um suicidado devem ser alvo de pósvenção, uma vez que apresentam, na sequência da exposição ao suicídio, sintomatologia psicopatológica significativa – designadamente *distress* geral, depressão e ansiedade, e risco suicidário.

- As ações de prevenção do suicídio devem dirigir-se de forma prioritária aos sobreviventes, relativamente à população geral, uma vez que estes apresentam maior risco de suicídio.

- Os familiares enlutados que experienciam maior sofrimento, e a quem porventura se devem dirigir prioritariamente os programas de pósvenção, são aqueles que apresentam idade mais avançada, que eram cônjuges do suicidado, que não apresentam competências de *coping* eficientes, que são familiares de suicidados mais jovens, nos casos em que estes últimos tinham efetuado tentativas prévias antes de consumar o suicídio e quando o suicídio ocorreu há mais tempo (mais de 3 anos).

- Na construção dos programas de pósvenção é conveniente que sejam estabelecidas linhas orientadoras de intervenção assentes em modelos clínicos e psicossociais adequados, que permitam reduzir o *distress* geral, a ansiedade, a depressão e a hostilidade – dado que os resultados mostram que este tipo de sintomas tem uma forte relação com o risco de suicídio.

- A presença desta constelação de sintomas e de ideação suicida sugere porventura um funcionamento psicológico marcado por um profundo desamparo e necessidade de ajuda, raiva canalizada contra si, acontecimento traumático mal elaborado e constante risco de rutura, potencializado pela ausência de estratégias de *coping* eficazes e por um suporte social deficiente. Vale a pena dizer – e é a nossa leitura mais clínica –, que estas pessoas, para além de simplesmente precisarem de falar sobre o acontecimento traumático, precisam de o fazer perante um "interlocutor lúcido" e "benévolo", capaz de aceitar a sua dor e a sua zanga; precisam de ser verdadeiramente contidas e compreendidas.

- O nosso trabalho sugere também a realização de ações de sensibilização na comunidade que visem o combate ao estigma que circunda o suicídio e, de algum modo, a promoção de suporte social informal para os sobreviventes por parte da população.
- Considera-se ainda fundamental a realização de ações de formação específicas para técnicos (e.g., assistentes sociais e profissionais de saúde), visando a desmitificação do suicídio e a aquisição de estratégias pós-ventivas que lhes permitam prestar um suporte formal eficaz aos enlutados.
- Finalmente, consideramos que importa que os programas de pós-venção sejam proactivos e implementados na proximidade dos enlutados, uma vez que estes, por se apresentarem, na sua grande maioria, emocionalmente perturbados e eventualmente receosos de serem negativamente julgados pelos outros devido ao suicídio, têm dificuldade em procurar a ajuda que necessitam.

Conclusão e notas finais

Apesar do crescente investimento nacional e internacional no estudo e na prevenção do suicídio persiste ainda um défice na implementação de medidas preventivas capazes de fazer diminuir o número de mortes por suicídio, nomeadamente em Portugal². Para além disso, a realização de atividades de intervenção junto dos enlutados – que visam amenizar as sequelas negativas decorrentes da exposição suicidária onde se incluem o *distress* e o risco de suicídio – não é uma prática comum no nosso país. Todavia, acreditamos que este pode ser um momento de mudança! No ano de implementação do primeiro Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017), consideramos que os resultados do presente trabalho podem constituir um recurso válido, enquanto conjunto de linhas orientadoras, para a intervenção a desenvolver junto dos sobreviventes – isto é, pós-venção. Consequentemente poderão contribuir para a prevenção de futuros suicídios.

A realização do presente trabalho teve como objetivo contribuir para o estudo e prevenção do suicídio em sobreviventes. Partindo da necessidade (amplamente justificada no capítulo I) de se conhecer cientificamente o impacto do suicídio em familiares próximos dos suicidados, assumimos o estudo do impacto suicidário nos

² Veja-se o aumento de 6,3% no número de suicídios em Portugal no ano de 2012 face ao ano anterior, o que corresponde a mais 64 casos num total de 1076 casos (Jornal Público – 24/10/2013, *obtido em* <http://www.publico.pt/portugal/jornal/suicidios-aumentaram-63-em-2012-e-chegaram-aos-1076-casos-27289014>).

sobreviventes, em termos de *distress* psicológico/psicopatologia e ideação suicida, como o objetivo central desta investigação. Subjacente à sua realização estiveram também outros aspetos, nomeadamente a nossa convicção de que é importante combater o estigma associado ao suicídio, observável não apenas no comportamento dos sobreviventes e no discurso suicidário da comunidade envolvente, mas também nas atitudes e crenças de alguns técnicos, onde se incluem profissionais de saúde³.

Procurámos fundamentar a necessidade da pósvenção e contribuir para o desenvolvimento de planos desta natureza adaptados à população portuguesa. Os resultados decorrentes da presente investigação não só apoiam a necessidade urgente de implementação de programas estruturados de pósvenção em Portugal, como nos facultam informação a considerar aquando do desenvolvimento dos mesmos.

Há efetivamente um enorme percurso a realizar no âmbito da suicidologia no nosso país, nomeadamente ao nível da investigação e intervenção com sobreviventes. Esperamos que o nosso trabalho possa constituir um estímulo para que novos trabalhos de investigação sejam realizados. Desejamos que o conteúdo destas páginas contribua – dado o investimento que nele depositámos e o entusiasmo que sentimos ao realizá-lo –, para que o Alentejo deixe de ser “a paisagem nua, cheia de pessoas que se mudaram para longe, desapareceram para sempre, um local de encontro com o isolamento, com a solidão e com a doença, que convida as pessoas mais vulneráveis a uma viagem sem retorno” (Alte da Veiga, 2006, p. 71) e que passe, ao invés, a ser uma paisagem hospitaleira, capaz de promover o encontro com a vida, em que a busca de soluções se encontra no apoio do outro, que acolhe e acompanha, que acalma e encaminha para um futuro cheio de esperança e alegria!

³ Frequentemente, na nossa prática clínica e aquando da recolha dos dados para este estudo, ouvimos os sobreviventes dizerem que, na sequência do suicídio do familiar, não se sentiram apoiados pelos profissionais que já acompanhavam a família (como o médico de família ou a assistente social local). Esta atitude dos profissionais de saúde pode dever-se à crença de que “falar sobre o suicídio” pode ser prejudicial para o sobrevivente, aumentando o sofrimento psicológico e o risco de suicídio. Para além disso, é infelizmente muito comum a desvalorização das tentativas de suicídio por parte dos profissionais de saúde que transmitem mensagens como “quem tenta e não consegue, não quer suicidar-se”. Estes são apenas alguns exemplos dos muitos mitos que foram crescendo e proliferando em torno do suicídio, e que necessitam de ser ultrapassados (Kutcher & Chehil, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alte da Veiga, F. (2006). Epidemiologia e metodologias de investigação dos comportamentos suicidários. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Brent D. A., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 786–794.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, *53*, 103–120.
- Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J., & Canobbio, R. (1996). Long-term impact of exposure to suicide: A three-year controlled follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*, 646-653.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2012). Distress mediates the association between personality predispositions and suicidality: A preliminary study in a Portuguese community sample. *Archives of Suicide Research*, *16*, 1–16.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, *17*, 58-74..
- Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 360-365.
- Crosby, A. E., & Sacks, J. J. (2002). Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *32*, 321-328.
- de Groot, M. H., de Keijser, J., & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*, 418-431.
- de Leo, D., & Heller, T. (2008). Social modeling in the transmission of suicidality. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *29*, 11-19.
- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*, 172–185.

- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies, 33*, 591-608.
- Jordan, J. R., Feigelman, W., McMenemy, J., & Mitchell, A. M. (2011). Research on the needs of survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 115-131). New York: Routledge.
- Kessing, L., Agerbo, E., & Mortensen, P. (2003). Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? *Psychological Medicine, 33*, 1177-1184.
- Kuramoto, S. J., Stuart, E. A., Runeson, B., Lichtenstein, P. L., Långström, N., & Wilcox, H. C. (2010). Maternal or paternal suicide and offspring's psychiatric and suicide-attempt hospitalization risk. *Pediatrics, 126*, 1026-1032.
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de risco de suicídio: Um manual para profissionais de saúde*. Paço de Arcos: Ludbeck Institute – Portugal.
- McIntosh, J. L., & Jordan, J. R. (2011). Going forward: A research agenda for suicide survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 507-522). New York: Routledge.
- Newson, R., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults, *Journal of Affective Disorders, 132*, 231–238.
- Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017. *Obtido de* <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet, 360*, 1126–1130.
- Runeson, B., & Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1525–1526.
- Shneidman, E. (1969). Prologue: Fifty-Eight Years. In *On the Nature of Suicide*.
- Shneidman, E. (1972). Foreword. In A. C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide* (pp. ix-xi). Springfield, IL: Charles C Thomas.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretive phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2nd Ed.) (pp. 53-80). London: Sage.



Contactos:

Universidade de Évora
Instituto de Investigação e Formação Avançada - IIFA
Palácio do Vimioso | Largo Marquês de Marialva, Apart. 94
7002-554 Évora | Portugal
Tel: (+351) 266 706 581
Fax: (+351) 266 744 677
email: iifa@uevora.pt